

LANDKREIS AHRWEILER

Teilhabeplan für den Landkreis Ahrweiler

**Zielgerichtete und bedarfsorientierte Hilfen für Menschen mit
Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen**

**Analysen, Einschätzung und Empfehlungen
der Planungsgruppen**

Barmherzige Brüder Trier e.V.



**Zentrum für Planung und
Evaluation Sozialer Dienste
der Universität Siegen**



Barmherzige Brüder Trier e.V.

Soziale und berufliche Rehabilitation, Psychiatrie und Altenhilfe

Aumerich 4

56648 Saffig

www.bb-trier.de

Wolfgang Junker	Barmherzige Brüder Schönfelderhof Zemmer
Albert Mandler	Barmherzige Brüder Schönfelderhof Zemmer
Jörg Nagel	Barmherzige Brüder Saffig
Manfred Nelius	Barmherzige Brüder Saffig

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen

Adolf-Reichwein-Straße 2

575076 Siegen

Tel.: 0271/740-2228

sekretariat@zpe.uni-siegen.de

www.zpe.uni-siegen.de

Dr. Albrecht Rohrmann

Dr. Johannes Schädler

Kreisverwaltung Ahrweiler

Wilhelmstr. 24 – 30

Fachbereich II Jugend, Soziales und Gesundheit

53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Tel.: 02641/975/0

www.kreis-ahrweiler.de

Klaus-Peter Kniel

Lothar Marquardt

Ulrich Marx

Vorwort



Der Kreis Ahrweiler baut seine Hilfen für behinderte Menschen aus. Ziel ist es, unseren Mitbürgerinnen und Mitbürgern ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Dazu hat der Kreis- und Umweltausschuss bereits frühzeitig die Weichen gestellt und im März 2003 dem Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Siegen und den Barmherzigen Brüdern in Saffig den Auftrag erteilt, Analysen und Empfehlungen zur Ausgestaltung der Hilfen für behinderte Menschen (Teilhabeplanungen) zu erstellen. Projektgruppen wurden gebildet. Schriftliche und mündliche Befragungen sind durchgeführt und ausgewertet worden. Die Ergebnisse der Teilhabeplanungen wurden mit professionellen und ehrenamtlich tätigen Personen, Vertretern der Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Kirchen, der Selbsthilfegruppen, der Betroffenen sowie in Fachforen und im Psychiatriebeirat fachlich diskutiert.

Der Kreis- und Umweltausschuss und der Kreistag haben in den Sitzungen am 04.07. und 08.07.05 die Teilhabeplanungen beraten und verabschiedet.

Die Hilfe für behinderte Menschen steht vor großen Veränderungen und stellt sich als wichtige Zukunftsaufgabe im Kreis Ahrweiler dar. Sie geht weg von angebotsorientierten Planungen hin zur Entwicklung personensorientierter ambulanter Hilfesysteme. Im Zentrum der Teilhabeplanungen stehen der bedarfsorientierte Ausbau des Betreuten Wohnens und anderer geeigneter Wohnformen, die Schaffung von behindertengerechten Arbeitsplätzen, der Ausbau von tages- und freizeitstrukturierenden Angeboten, die Optimierung der Angebote der Frühförderung und die Schaffung von integrativen Angeboten in unseren Schulen und Kindergärten.

Die Optimierung der Hilfen für von Behinderungen betroffene Mitbürgerinnen und Mitbürger stellt sich als wichtiger Baustein für unsere Gesundheits- und Fitnessregion dar. Sie können auf individuell ausgerichtete (ambulante) Angebote und Hilfestellungen zurückgreifen und ihre Zukunft eigenverantwortlicher mitgestalten.

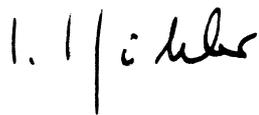
Der Landkreis nimmt bereits seit dem 01.01.04 an dem vom Land Rheinland-Pfalz initiiertem Projekt „Selbstbestimmen, Hilfe nach Maß“ teil. Bei der Hilfe nach Maß erhalten Betroffene ein Persönliches Budget, um sich eigenständig die erforderlichen Hilfen einzukaufen und damit im gewohnten Lebensumfeld verbleiben zu können. Die Hilfen sind auf positive Reso-

nanz der Betroffenen gestoßen. In einer stattlichen Zahl von Fällen hat dies bereits dazu beigetragen, passgenaue Hilfestellungen zu realisieren.

Ich möchte mich bei allen an dem Planungsprozess Beteiligten herzlich für die Mitarbeit und Kooperation bedanken.

Mein besonderer Dank gilt den Barmherzigen Brüdern Saffig und dem Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Siegen für die Ausarbeitung der – wie ich meine – sehr fundierten fachlichen Planung.

Bad Neuenahr-Ahrweiler im Juli 2005

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Pföhler'.

Dr. Jürgen Pföhler
Landrat des Kreises Ahrweiler

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Analysen zur Planung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen	10
2.1	Arbeitsauftrag	10
2.2	Ablauf der Untersuchungen	10
3	Teilhabe am öffentlichen Leben	17
3.1	Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler	17
3.2	Vertretung in politischen Gremien	25
3.3	Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei der Gestaltung der kommunalen Infrastruktur	27
3.4	Selbsthilfegruppen	37
3.5	Advokatorische Interessenvertretung.....	38
3.6	Information und Austausch	41
3.7	Integration im Kultur- und Freizeitbereich.....	42
4	Übergreifende Ergebnisse der schriftlichen Befragungen	45
4.1	Fragebogen zur Struktur der Dienste und Einrichtungen	45
4.2	Fragebogen zur Kooperation und Hilfeplanung.....	51
5	Professionelle Hilfen für Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen	55
5.1	Frühe Hilfen	61
5.1.1	Konzeptionelle Entwicklung der Frühen Hilfen in Rheinland-Pfalz.....	62
5.1.2	Angebotstruktur der Frühförderung im Landkreis Ahrweiler	65
5.1.3	Auswertung der Befragung zum Angebot der Frühförderung.....	69
5.2	Tagesstätten für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder	79
5.2.1	Kindertagesstätten-Angebot für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder.....	80
5.2.2	Kindertagesstätte St. Hildegard in Bad Neuenahr-Ahrweiler (Bachem).82	
5.2.3	Integrative Angebote in Allgemeinen Kindergärten - Befragungsergebnisse.....	83

5.3	Schulische Erziehung	90
5.3.1	Schulische Angebote für Kinder mit Behinderungen aus dem Landkreis Ahrweiler	90
5.3.2	Entwicklung der Schüler/innen/zahlen.....	90
5.3.3	Bedarfseinschätzungen – Ergebnisse der Befragungen	92
5.4	Wohnbezogene Hilfen und Unterstützung im Alltag	97
5.4.1	Wohnbezogene Hilfen in Rheinland-Pfalz	101
5.4.2	Angebote im Landkreis Ahrweiler.....	106
5.4.3	Bedarfsüberlegungen für den Landkreis Ahrweiler	112
5.5	Unterstützung im Bereich von Arbeit und Beschäftigung.....	118
5.5.1	Aktionsprogramm zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen	119
5.5.2	Arbeit in der Werkstatt für behinderte Menschen	121
5.6	Beratung	127
5.7	Örtliche und Individuelle Planung von Hilfen für Menschen mit Behinderungen	133
5.7.1	Theoretische Grundlagen des Planungskonzeptes	133
5.7.2	Entwicklungslinien und Trägertraditionen im Landkreis Ahrweiler	134
5.7.3	Individuelle Hilfeplanung	138
6	Zielgerichtete und bedarfsorientierte Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	143
6.1	Die Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie	143
6.2	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	143
6.3	Fachliche und strukturelle Rahmenbedingungen	145
6.3.1	Gemeindeintegration.....	145
6.3.2	Personenorientierung.....	145
6.3.3	Gemeindepsychiatrischer Verbund, Kooperation und Versorgungsverpflichtung	146
6.3.4	Trialog	147
6.3.5	Das Leistungssystem "Gemeindenaher Psychiatrie".....	147
6.3.6	Zusammenfassung:.....	148
6.4	Regionale und geographische Rahmenbedingungen.....	150
6.5	Datenlage und Bewertung - Ziele und Empfehlungen – Maßnahmen	153
6.5.1	Erwartungen an die Planung.....	153

6.5.2	Angaben zur Methodik, Begründungsansätze, Berechnungsgrundlagen	155
6.5.3	Stationäre Wohnbetreuung – Die Wohnheimsituation.....	156
6.5.4	Ambulante Wohnbetreuung – Das „Betreute Wohnen“	162
6.5.5	Tagesstrukturierende Betreuung (Tagesstätte, Kontakt- und Informationsstelle).....	168
6.5.6	Arbeitsangebote	172
6.5.7	Ambulante Betreuungsangebote	176
6.5.8	Ambulante Betreuung – Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß“ Das Persönliche Budget in Rheinland-Pfalz	180
6.5.9	Fachmedizinische Versorgung	183
6.5.10	Inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklung von Einrichtungen	185
6.5.11	Hilfeplanung.....	188
6.5.12	Teilhabekoordination/ Psychiatriekoordination.....	191
6.5.13	Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)	194
6.5.14	Hilfeplankonferenz	196
6.5.15	Psychiatriebeirat.....	198
6.5.16	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)	200
6.5.17	Mitwirkung und Beteiligung	203
6.5.18	Integration in das Gemeinwesen und Ehrenamt	206
6.6	Umsetzungsempfehlungen	209
6.7	Literatur zu Kapitel 6.....	210
7	Zusammenfassung der Ergebnisse in einfacher Sprache	212
8	Anhang: Angeschriebene Dienste und Einrichtungen.....	218
9	Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Diagramme	225

1 Einleitung

Der Kreis- und Umweltausschuss des Landkreises Ahrweiler hat in seiner Sitzung am 24.03.2003, dem Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Siegen (ZPE) und den Barmherzigen Brüdern Saffig (BBS), den Auftrag erteilt, Analysen und Empfehlungen zur Ausgestaltung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler zu erarbeiten. Damit sollte es dem Landkreis möglich werden, die veränderten Anforderungen an die konzeptionelle, strukturelle und finanzielle Entwicklung in diesen Feldern künftig wirksamer bewältigen zu können.

Die Barmherzigen Brüder Trier e.V. sind ein Unternehmen, das sich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen betätigt. Die Barmherzigen Brüder Saffig sind eine Einrichtung des Ressort 4 – „Soziale und berufliche Rehabilitation, Psychiatrie und Altenhilfe“. Das Spektrum der Einrichtung umfasst alle psychiatrischen Leistungsbereiche, ausgehend von klinischen Angeboten bis hin zu personenzentrierten ambulanten Betreuungsformen. Partneereinrichtungen in Trägerschaft der Barmherzigen Brüder Trier e.V. haben in mehreren rheinland-pfälzischen Landkreisen am Aufbau von Versorgungsstrukturen im sozialpsychiatrischen Kontext, wesentlich mitgearbeitet.

Das ZPE wurde 1996 als zentrale sozialwissenschaftliche Forschungseinrichtung der Universität Siegen gegründet. Die Aktivitäten des ZPE beziehen sich auf Forschung, Beratung und Lehre im Gesundheits- und Sozialwesen. Schwerpunkte im Bereich der Behindertenhilfe bilden die Erarbeitung von Instrumenten zur Qualitätsentwicklung in Einrichtungen und Diensten sowie die Erstellung von Arbeitshilfen zur kommunalen Behindertenhilfeplanung.

Der vorliegende Bericht enthält nach einem übergreifenden Eingangsteil (Abschnitte 2 bis 4) Aussagen zu zwei Fachplanungsbereichen. Sie wurden von den beauftragten Planungsinstituten in parallelen Planungsprozessen erarbeitet. Das Siegener ZPE verantwortet dabei die Aussagen zum Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderungen (Abschnitt 5), die Planungsgruppe der Barmherzigen Brüder Saffig die Aussagen für den Bereich der Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen (Abschnitt 6). Der Landkreis Ahrweiler stellte im Verlauf des Gesamtprojekts eine kontinuierliche Koordination der Planungsaktivitäten sicher, auch um nicht erforderliche Mehrbelastungen (z.B. durch Doppelbefragungen) von Einrichtungen und Diensten zu vermeiden. Die Abschnitte 5 und 6 haben einen unterschiedlichen Aufbau. Dies ist der jeweiligen Besonderheit des Feldes geschuldet. Um die Lesbarkeit zu erleichtern wurden jedoch einheitlich alle Unterabschnitte mit Planungsrelevanz abgeschlossen durch einen Abschnitt mit ‚Einschätzungen‘ und ‚Empfehlungen‘ der Planer. Die Empfehlungen wurden zusätzlich hervorgehoben, indem sie einheitlich grau unterlegt sind.

Bereits 1975 wurde durch die Verabschiedung der Psychiatrie- Enquete ein grundlegender Entwicklungsprozess in der Unterstützung und Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland eingeleitet. Die damals grundlegenden Forderungen, wie die Gleichstellung von psychisch kranken und somatisch erkrankten Menschen, die bedarfsgerechte und umfassende Versorgung von psychisch beeinträchtigten Menschen, die Schaffung gemeindenaher Angebote, sowie die gleichgestellte Kooperation aller Beteiligten, finden nach wie vor eine hohe fachliche Zustimmung. Wesentliche Anliegen der Psychiatriereform konnten aber bis heute nur ansatzweise verwirklicht werden.

Die Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung sind bis heute von der Durchsetzung des teilstationären Ansatzes geprägt, mit dem in den 60er Jahren begonnen wurde, Menschen mit Behinderung ein Leben außerhalb von Anstalten mit Vollzeitcharakter zu ermöglichen. Der teilstationäre Ansatz, der vor allem auf Förderung und Betreuung von Menschen mit Behinderungen in geschützten, d.h. gesonderten Räumen setzte, blieb seinerseits nicht unwidersprochen. Behinderte Menschen und ihre Angehörigen wiesen auf die Probleme der gesonderten Förderung in gesonderten Einrichtungen hin und forderten integrative Angebote in Kindergärten, Schule und zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben überhaupt. Mit der Einfügung des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär‘ in das Bundessozialhilfegesetz (§ 3a BSHG) im Jahre 1984, entwickelten sich „Offene Hilfen“ als neuer Hilfetypus gerade auch für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Die Hilfen sollen durch individuelle Planung und ambulante Unterstützung Menschen mit Behinderung ein Leben in ihrer eigenen Wohnung und ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung ermöglichen.

Ein grundlegender Wandel im Verständnis von Behinderung und der Hilfen für Menschen mit Behinderung deutete sich 1994 mit der Aufnahme des Benachteiligungsverbot in Artikel 3 des Grundgesetzes an. Die Sichtweise von Behinderung als einem persönlichen Schicksal und Defizit weicht einem Verständnis, in dem die Barrieren im Alltag als eine zentrale Ursache von aktiver Behinderung verstanden werden. Es wird zur Aufgabe aller, diese Barrieren zu beseitigen und das Recht auf Teilhabe sicherzustellen. Mittlerweile hat das Benachteiligungsverbot eine Konkretisierung in Gleichstellungsgesetzen auf Bundes- und Landesebene erfahren. Auch wenn die konkreten Vorschriften hinter manchen Hoffnungen und Ansprüchen zurückbleiben, ist die normative Kraft der gesetzlichen Regelung als Aufforderung zum Umdenken in der Gesellschaft, in der Politik und in der Gestaltung der Hilfen gleichwohl wirksam.

Der Paradigmenwechsel und die Orientierung an dem Recht auf Teilhabe drücken sich auch in dem am 01.07.2001 in Kraft getretenen Rehabilitationsgesetz (SGB IX) und dem in diesem Jahr in Kraft getretenen SGB XII aus. Nicht mehr die fremdbestimmte Fürsorge, sondern die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe sind die Leitmotive dieser Gesetzeswerke. Menschen mit Behinderung soll es ermöglicht werden, ein Wunsch- und Wahlrecht in ihrer Alltagsgestaltung zu verwirklichen, um somit an einem Leben in der Gemeinschaft aktiv teilhaben zu können. In einem wesentlich stärkerem Maße als bisher werden die Rolle und die individuellen Bedarfe von Klienten, nicht nur berücksichtigt, sondern in den Vordergrund sozialen Handelns gestellt. Dies hat Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen und sozialpolitischen Felder.

Das Prinzip „Teilhabe statt Fürsorge“ soll die Chancen auf ein selbstbestimmtes Leben garantieren. Menschen mit Behinderung sind nicht mehr Objekte von Hilfeangeboten, sondern werden aktiv am Prozess der Zusammenstellung bestmöglicher Unterstützungsangebote beteiligt. Gemeindeintegrierte und wohnortnahe Betreuungsangebote sollen gewährleisten, dass gewünschte, bzw. erforderliche Hilfen ‚zum Bürger kommen‘ und nicht umgekehrt. Um dies umzusetzen, ist es erforderlich, ein flächendeckendes, bedarfsgerechtes Netz von Hilfen in der Gemeinde zu schaffen, das den unterschiedlichen Ansprüchen an die Versorgung von Menschen mit Behinderung gerecht wird.

§ 7 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) überträgt dabei den Landkreisen und kreisfreien Städten die Verantwortung für die Planung, Entwicklung und Etablierung bedarfsgerechter, regionaler Hilfen. Damit ist den Kommunen für den Bereich der sozi-

alpsychiatrischen Hilfen ein eindeutiger Planungsauftrag zugewiesen. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen ist ein solcher kommunaler Planungsauftrag zwar nicht explizit gegeben. Die Notwendigkeit kommunaler Planungsaktivitäten ergibt sich jedoch aus der Tatsache, dass das Land seit geraumer Zeit explizit daran arbeitet, die Behindertenhilfe in Rheinland-Pfalz zu regionalisieren. Über Landesprojekte wie ‚Hilfe nach Maß‘ geraten die Kommunen zunehmend in die Pflicht, eigenständig Versorgungsverantwortung für ihre behinderten und psychisch kranken Bürger/innen zu organisieren. Angesichts konzeptioneller Neuorientierungen, steigender Fallzahlen und Kosten wächst das Erfordernis, gemeindenahе Unterstützungsnetzwerke aufzubauen und integrative sowie ambulante Hilfen systematisch zu entwickeln.

Der Kreis Ahrweiler hat sich diesen Herausforderungen gestellt. Diese Planung verfolgt das Ziel, die Angebots- und Bedarfssituation für behinderte Menschen im Kreis Ahrweiler zu ermitteln und dort, wo Defizite und Bedarfe in der aktuellen Angebotsstruktur bestehen, diese zu benennen und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Aufgrund des geänderten Verständnisses von Beeinträchtigung und Behinderung durch die Einführung des Rehabilitationsgesetzes SGB IX wurde beschlossen, den Begriff der Teilhabeplanung für das Vorhaben einzuführen. Demnach ist es das Ziel der Unterstützung, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Teilhabeplanung ist als zielgerichteter Veränderungsprozess zu verstehen, der sich auf strukturelle Gegebenheiten bezieht. Die Prozessorientierung des hier gewählten Planungsansatzes zeigt sich nicht zuletzt darin, dass es nicht nur auf die ‚Erstellung eines Plans‘ ankommt, sondern darauf, Planung als kontinuierliche Aufgabe zu institutionalisieren. In diesem Zusammenhang erfolgten die Untersuchungsarbeiten gewissermaßen im dialogischen Verständnis sozialpsychiatrischen Arbeitens, unter Einbeziehung der für diesen Prozess relevanten Akteure.

Entwurfssfassung von Teilen dieses Berichtes wurde im Internet veröffentlicht. Die Textentwürfe wurden in den beiden, die Prozesse begleitenden Projektgruppen sowie in öffentlichen Fachforen vorgestellt und diskutiert. Zusätzlich bestand für die Fachöffentlichkeit die Möglichkeit, schriftliche Stellungnahmen abzugeben. Auf diese Weise wurde versucht, den zu Beginn formulierten partizipativen Planungsanspruch auch tatsächlich einzulösen. Der Gesamtbericht zur Teilhabeplanung kann nun abschließend sowohl dem Kreis- und Umweltausschuss, als auch dem Kreistag vorgelegt werden. Es ist nun an den politischen Gremien, über mögliche Konsequenzen, bzw. Umsetzungsschritte zu entscheiden.

2 Analysen zur Planung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen

Einführend werden in diesem Kapitel der Planungsauftrag und der Planungsprozess beschrieben.

2.1 Arbeitsauftrag

Der Planungsprozess insgesamt gliedert sich in folgende Aufgaben:

- eine Analyse der bestehenden Bedarfslagen, der Angebote und Rahmenbedingungen der Hilfen,
- die Schaffung von Strukturen für kontinuierliche Planungsprozesse und
- die konkrete Umsetzung von einzelnen Planungsschritten.

Durch die Barmherzigen Brüder Saffig und das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen wurde mit der Erarbeitung des vorliegenden Berichts der erste Arbeitsschritt realisiert. Auf der Grundlage der Analyse enthält der Bericht Empfehlungen für den weiteren Planungsprozess und Handlungsvorschläge für bestimmte Maßnahmen. Die Empfehlungen zielen gemäß dem Arbeitsauftrag darauf, vorhandene Strukturen weiterzuentwickeln und zu vernetzen. Es soll an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Empfehlungen um Vorschläge aus der Sicht der beauftragten Planungsgruppen handelt. Sie bieten für die jeweils angesprochenen Akteure fachliche Anregungen für die anstehenden Entscheidungen darüber, wie das Unterstützungsangebot für Menschen mit Behinderungen im Kreis Ahrweiler weiter entwickelt werden soll.

Die Weiterbearbeitung der Empfehlungen und ihre Umsetzung in einen konkreten Aktionsplan ist eine Aufgabe, die in erster Linie von den verantwortlichen Akteur/inn/en im regionalen Unterstützungssystem wahrgenommen werden muss. Insofern bildet der hier vorliegende Bericht nicht den Abschluss der Planung, sondern bietet vielmehr die Grundlage für einen weitergehenden Planungsprozess im Kreis Ahrweiler.

2.2 Ablauf der Untersuchungen

Die Durchführung der Analysen wurde zwischen dem Kreis und den beiden Planungsgruppen abgestimmt. Für die Erhebungen und Auswertungen wurde der Zeitraum eines Jahres eingeplant. Zum Auftakt fand eine öffentliche Informationsveranstaltung des Kreises am 30. September 2003 statt, in der die Ziele der Untersuchung vorgestellt und Erwartungen an das Projekt diskutiert wurden. Zur Begleitung der Untersuchung wurden den Teilplanungen entsprechend zwei Projektgruppen gebildet, die sich am 28. bzw. 29. Oktober 2003 konstituiert haben. In den Projektgruppen arbeiteten:

- Selbsthilfegruppen / Menschen mit Behinderungen,
- Anbieter von Hilfen im Kreis Ahrweiler und
- Vertreter/innen und Mitarbeiter/innen des Kreises mit.

In den Projektgruppen wurden die einzelnen Arbeitsschritte der Analyse beraten und die Gruppen wurden in die Bewertung von Zwischenergebnissen einbezogen.

Ausgewählte Ergebnisse der Analyse wurden in mehreren bereichsspezifischen Foren und im

Psychiatriebeirat vorgestellt. Die Zwischenergebnisse der Analysen wurden zu diesem Zweck allen Interessierten im Internet zugänglich gemacht. Die entsprechenden Rückmeldungen aus beiden Planungsbereichen konnten in die abschließende Bearbeitung des vorliegenden Berichts einbezogen werden.

Folgende Instrumentarien kamen bei den Analysen zum Einsatz:

1. Auswertung vorhandener sozialstatistischer Daten

Um einen Überblick zu gewinnen, wie viele Personen mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen potentiell die Unterstützung von professionellen Diensten und Einrichtungen in Anspruch nehmen könnten, wurde eine Auswertung der verfügbaren Statistiken vorgenommen.

2. Erhebungen zu den Angeboten und der Struktur des Netzwerkes der Hilfen für Menschen mit Behinderungen¹

In die Analyse wurden durch schriftliche Befragungen einbezogen:

- Dienste und Einrichtungen,
- Schulen und Kindergärten, die von Kindern mit Behinderungen besucht werden oder besucht werden könnten,
- kreisangehörige Gemeinden und Städte,
- Eltern, deren Kinder das Angebot der Frühförderung nutzen und
- Stellen im Unterstützungssystem, die mit Frühförderstellen kooperieren oder kooperieren könnten.

Strukturfragebögen für Dienste und Einrichtungen²

Ein schriftlicher Strukturfragebogen an Einrichtungen und Dienste, durch die Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unterstützt werden, erbrachte Informationen darüber:

- welche Zielgruppen erreicht werden,
- wie sich der Kreis der Nutzer/innen zusammensetzt,
- welche Vereinbarungen mit Kostenträgern und
- welche Perspektiven für die Entwicklung eines Netzwerkes Offener Hilfen bestehen.

1 Im Folgenden werden die Fragebögen kurz vorgestellt, die Auswertung erfolgt in den jeweiligen Fachteilen (Kapitel 5 und 6) bzw. in der übergreifenden Auswertung (Kapitel 4) und im Kapitel zur Teilhabe am öffentlichen Leben (Kapitel 3).

2 Angaben zu Versand und Rücklauf werden in Kapitel 4.1 gemacht, in dem auch eine übergreifende Auswertung vorgenommen wird. Bereichsspezifische Auswertungen fließen in die Kapitel 5 und 6 ein.

Fragebogen zur Kooperation und Hilfeplanung³

Zusammen mit dem Strukturfragebogen wurden an die Dienste und Einrichtungen mehrere Exemplare eines Fragebogens zur Kooperation und Hilfeplanung verschickt, der sich an Mitarbeiter/innen richtet, die mit der Planung und Bewilligung von individuellen Hilfen befasst sind. Die Fragebögen wurden auch an Kindertageseinrichtungen und Schulen verschickt. Sie sollten dort ausgefüllt werden, wenn Kinder mit Behinderungen betreut werden. Außerdem wurde der Fragebogen an die Krankenkassen im Kreis Ahrweiler und Mitarbeiter/innen der Kreisverwaltung im Gesundheits-, Jugend- und Sozialamt versandt.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen:

- zur Planung von Hilfen für einzelne Hilfeempfänger/innen,
- zur Weiterentwicklung von Angeboten und
- zum Informationsaustausch.

Darüber hinaus wurden die Befragten um die Angabe guter und schwieriger Kooperationsbeziehungen gebeten.

Fragebogen für Kindertageseinrichtungen und Schulen⁴

In die schriftliche Befragung waren alle Kindertageseinrichtungen und Schulen im Kreisgebiet einbezogen, soweit sie nicht speziell für behinderte Kinder konzipiert sind und daher an der Befragung der Dienste und Einrichtungen beteiligt waren. Mit der Befragung wurden die Möglichkeiten der Integration von behinderten Kindern untersucht. Gefragt wurde nach:

- den Erfahrungen mit integrativen Angeboten,
- dem Bedarf an integrativen Angeboten,
- den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration und
- den Planungen hinsichtlich integrativer Angebote.

Angeschrieben wurden 48 Schulen und 64 Kindertageseinrichtungen. Der Fragebogen wurde in 22 Schulen und in 35 Kindergärten bearbeitet. Der Rücklauf von etwa 50% ist aus der Sicht der Planung als erfreulich zu bezeichnen, da zu erwarten war, dass viele der angeschriebenen Einrichtungen sich bislang noch nicht mit dem Thema der Integration behinderter Kinder auseinandergesetzt haben und sich durch den Fragebogen nicht angesprochen fühlten.

Fragebogen für die kreisangehörigen Gemeinden und Städte⁵

Die (Verbands-) Gemeinden und Städte wurden durch einen schriftlichen Fragebogen in die Teilhabeplanung einbezogen. In dem Fragebogen wurde gefragt nach:

- der Vertretung von Menschen mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen in der Gemeinde / der Stadt,

3 Angaben zu Versand und Rücklauf werden in Kapitel 4.2 gemacht, in dem auch eine übergreifende Auswertung vorgenommen wird. Bereichsspezifische Auswertungen fließen in die Kapitel 5 und 6 ein.

4 Die Auswertung des Fragebogens für Kindertageseinrichtungen erfolgt insbesondere in Kapitel 5.2.3. Die Auswertung zum Schulbereich insbesondere im Kapitel 5.3.3

5 Die Auswertung dieses Fragebogens erfolgt insbesondere in Kapitel 3

- Möglichkeiten der Information und des Austausches,
- der Zugänglichkeit von öffentlichen Einrichtungen und der Umsetzung der Vorschriften zum barrierefreien Bauen,
- der Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen und von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im öffentlichen Verkehr,
- der Integration im kulturellen Leben und im Freizeitbereich und
- der Förderung von Einrichtungen und Diensten.

An der Befragung haben sich alle (Verbands-)Gemeinden und Städte im Kreis Ahrweiler beteiligt.

Fragebögen zum Angebot der Frühförderung

Zur Einschätzung der Frühförderangebote wurde ein Fragebogen an Eltern und an alle Stellen geschickt, die mit Frühförderstellen zusammenarbeiten. Der Fragebogen erhebt Einschätzungen zur Qualität der Frühförderung und zum Kooperationsverhalten der Frühförderstellen. Er gliedert sich in die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Insgesamt wurden 305 Fragebögen verschickt.⁶

3. Leitfadeninterviews⁷

Einen weiteren Zugang zur Analyse des bestehenden Netzwerkes boten leitfadengestützte Interviews mit ausgewählten Stellen im Hilfesystem und einigen Nutzer/innen des Unterstützungsangebotes. Von den Planungsgruppen wurden dazu auf der Grundlage einer ersten Auswertung der schriftlichen Befragung Vorschläge gemacht, die in den Projektgruppen beraten wurden.

A. Im Planungsbereich der Hilfen für Menschen mit Behinderung wurden folgende Leitfadeninterviews durchgeführt:

1. Interviews mit Nutzer/innen des Unterstützungsangebotes

Am Beispiel einer kleinen Zahl von Personen, die aktuell Leistungen der Behindertenhilfe in Anspruch nehmen, wurde untersucht, wie das individuelle Hilfearrangement zustande kam, wie es sich entwickelt hat und welche Erwartungen für die zukünftige Entwicklung bestehen. Als Gesprächspartner konnte ein Mitglied des Werkstatttrates der WfbM und eine Gruppe von drei Personen aus dem Heimbeirat des Lebenshilfehauses gewonnen werden.

2. Interviews zu Angeboten im Kreis Ahrweiler

Es wurden Mitarbeiter/innen aus den folgenden Diensten, Einrichtungen und Institutionen interviewt:

- Frühförderung:

6 Die Darstellung des Rücklaufs und die Auswertung des Fragebogens erfolgt im Fachteil in Kapitel 5.1.3.

7 Die Auswertung der Leitfadeninterviews erfolgt in den Fachteilen Kapitel 5 und Kapitel 6.

- Heilpädagogisch-therapeutisches Zentrum gGmbH Neuwied (HTZ)
- Rheinische Kliniken Bonn/Kinderneurologisches Zentrum
- Mobile Hausfrühförderung der Lebenshilfe Sinzig
- Kindertageseinrichtungen:
 - Kindertagesstätte St. Hildegard
 - Erzieher/innen in Regelkindergärten
 - Arbeitskreis Integration
- Schule:
 - Levana-Schule
 - Schulamt
- Arbeit:
 - Leitung und Sozialdienst der Caritas Werkstätte Sinzig
 - Tagesförderstätte der Caritas Werkstätte Sinzig
- Wohnbezogene Hilfen:
 - Wohnheim, Betreutes Wohnen und Ambulanter Dienst der Lebenshilfe,
 - Ambulante Dienste der Caritas-Werkstatt
 - Vertreter/inne/n der AHZ
 - Heinrich-Haus, Neuwied
 - Private Pflegedienste
- Selbsthilfe und Verbände behinderter Menschen:
 - Offener Gesprächskreis mit Vertreter/innen von Selbsthilfegruppen
- Gesetzliche Betreuung:
 - Sozialdienst Kath. Frauen und Männer für den Landkreis Ahrweiler e.V. (SKFM)
 - Diakonisches Werk des Ev. Kirchenkreises Koblenz - Außenstelle Ahrweiler - Allgemeiner Sozialer Dienst
 - Betreuungsbehörde des Kreises Ahrweiler
- Beratung:
 - Wohnraumberatung für barrierefreies Wohnen
 - Beratungsangebote der Träger
- Antragsbearbeitung im Kreis Ahrweiler:
 - Mitarbeiter/innen im Bereich der Hilfeplanung des Kreises Ahrweiler
 - Mitarbeiter/innen der Eingliederungshilfe

3. Interviews zur Angebotsplanung und -entwicklung

Um die Planungsprozesse im Kreis Ahrweiler exemplarisch erfassen zu können, wurde die Diskussion um das Projekt ‚Hilfe nach Maß‘ und dessen Umsetzung im Kreis Ahrweiler genauer untersucht. Einbezogen wurden:

- Caritasverband für die Region Rhein-Mosel-Ahr e.V. Geschäftsstelle Ahrweiler
- Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler e.V.

- Caritas Werkstätten
- Vertreter/innen aus der Politik
- Vertreter/innen aus der Kreisverwaltung

B. Im Planungsbereich der Hilfen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung wurden mit folgenden Zielgruppen Leitfadenterviews durchgeführt:

Ort/Einrichtung/Institution	Interviewpartner
• Kreisverwaltung AW	Abteilungsleiter 2.4 Soziales Sozialarbeiterin 2.4 Soziales Sachbearbeiter 2.4 Soziales
• Gesundheitsamt AW	Facharzt für Psychiatrie
• Förderverein gemeindenahe Psychiatrie	Vorsitzender des Fördervereins, sowie weitere Angehörige
• Psychiatrieerfahrene	Psychiatrieerfahrene (im Gruppengespräch)
• Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik	Mitarbeiter des Sozialdienstes Psychiatrieerfahrene
• DRK-Fachklinik	Leitende Ärztin
• Fachärzte für Psychiatrie	Niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
• Haus Alexander	Leiter der Einrichtung
• Wohn- und Pflegeheim Schröder	Leiter der Einrichtung Mitarbeiterin im Betreuungsdienst Vorsitzende des Heimbeirates
• Haus Bachtal	Leiter der Einrichtung Pflegedienstleitung Mitarbeiterin im Betreuungsdienst Vertreter des Heimbeirates
• GPZ –Lichtblick Bad Neuenahr	Leiter der Einrichtung Psychiatrieerfahrene
• Caritas Werkstätten Sinzig	Werkstattleiter Leiter Sozialdienst Vertreterin des Werkstatrates
• Beruflicher Integrationsfachdienst	Leiter

3 Teilhabe am öffentlichen Leben

Der Ansatz der Offenen Hilfen beinhaltet den Anspruch, dass Menschen die behinderungsbedingt notwendigen Hilfen dort bekommen, wo sie gerne leben möchten. Die Forderung gilt für Menschen mit Behinderungen selbst und auch für ihre Familien. Sie sollen mit Unterstützung ihre Angelegenheiten im Alltag genauso erledigen können, wie alle anderen Menschen auch. Daher kommt den Partizipationschancen von Menschen mit Behinderungen und psychisch beeinträchtigten Menschen, der Einbindung in das Gemeinwesen, der behindertengerechten Gestaltung des öffentlichen Raumes, der Sicherstellung der Zugänglichkeit von öffentlichen Einrichtungen und Verkehrsmitteln sowie der Schaffung von behindertengerechtem Wohnraum eine zentrale Bedeutung zu⁸. Dies stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar und setzt ein Umdenken hinsichtlich der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen voraus.

Um zu untersuchen, in welcher Weise die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen bei der Gestaltung der öffentlichen Infrastruktur berücksichtigt werden, wurde eine schriftliche Befragung der kreisangehörigen Städte und (Verbands-) Gemeinden durchgeführt. An der Befragung haben sich alle Städte und Gemeinden des Kreises beteiligt. In einem ersten Abschnitt sollen verfügbare grundlegende Daten zur Verbreitung von Behinderungen im Kreis Ahrweiler ausgewertet werden.

3.1 Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler

Im Landkreis Ahrweiler leben nach der amtlichen Statistik zum Stichtag 31.12.2003 insgesamt 9275 (2001: 8729) Schwerbehinderte⁹. Dies entspricht einem Anteil an der Bevölkerung von 7,1%¹⁰ (2001: 6,7%).

In einem zweijährigen Rhythmus wird die amtliche Statistik der Schwerbehinderten erhoben. Die letzte Erhebung fand zum 31.12.2003 statt.¹¹ Darin wird die Anzahl der amtlich anerkannten Schwerbehinderten (ab einem festgestellten Grad der Behinderung von 50), gegliedert nach Grad, Ursache, Art der Behinderung, Alter und Geschlecht, festgestellt. Die Statistik ermöglicht eine Orientierung in Bezug auf die Größe des Personenkreises, der auf behinderungsbedingte Unterstützung angewiesen ist. Die Statistik weist aber zur Gewinnung planungsrelevanter Daten erhebliche Probleme auf, die hier kurz genannt werden sollen:

- Es handelt sich um eine Zählung der Inhaber/innen eines Schwerbehindertenausweises.

8 Ihren deutlichsten Ausdruck findet die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen in der Erklärung von Barcelona; sie trägt den Titel ‚Die Stadt und die Behinderten‘. Dieser Erklärung aus dem Jahre 1995 sind mittlerweile viele europäische Städte beigetreten. In der Bundesrepublik Deutschland sind es allerdings nur wenige Großstädte. Auch für Kreise und kleinere Städte bietet die Erklärung Anlass zur Auseinandersetzung. Der vollständige Text und die Liste der beigetretenen Städte findet sich auf der Internetseite von www.selbsthilfe-online.de (Stand Dezember 2004)

9 Es handelt sich um Personen, die nach dem SGB IX auf Antrag als behindert anerkannt sind.

10 Die zugrunde gelegte Anzahl der Einwohner im Kreis Ahrweiler bezieht sich auf den Bevölkerungsstand von 130.900 Einwohnerinnen am 31.12.2003 (Statistisches Landesamt AI - hj 2/03).

11 Für die Teilhabeplanung wurde vom Statistischen Landesamt eine Sonderauswertung für den Kreis Ahrweiler zum Erhebungsdatum 31.12.2003 angefertigt.

Der Schwerbehindertenausweis muss beantragt werden. Die Beantragung eines solchen Ausweises ist nicht für alle Personen gleichermaßen vorteilhaft. Er bietet Anknüpfungspunkte für Stigmatisierungen und Diskriminierungen insbesondere beim Einstieg ins Erwerbsleben. Die größten Vorteile bietet die Anerkennung des Schwerbehindertensstatus für Personen im Erwerbsleben in bzw. am Ende eines gesicherten Beschäftigungsverhältnisses. Die Anerkennung als Schwerbehinderte/r wird in der Regel nur eine Person beantragen, die sich davon Vorteile verspricht. Die Abwägung bei der Entscheidung zur Beantragung des Ausweises setzt ein hohes Maß an Informationen voraus. Aus den genannten Gründen lässt sich feststellen, dass in der Statistik z.B. Kinder, Jugendliche, Frauen und ausländische Mitbürger unterrepräsentiert und Männer mit einer Erwerbskarriere im öffentlichen Dienst und in Großbetrieben überrepräsentiert sind. Überhaupt nicht erfasst sind Personen, die von einer Behinderung bedroht sind und Personen, bei denen ein Grad der Behinderung unter 50 % festgestellt wurde. Dies ist insbesondere im Hinblick auf präventive Angebote (z.B. im Bereich der Frühförderung, im Bereich der Integration im Kindergarten und Schulalter) bei Bedarfseinschätzungen zu beachten.

- Der Grad der Behinderung lässt keine Rückschlüsse auf einen tatsächlichen Unterstützungsbedarf im Alltag zu. Bei der Feststellung der Behinderung stehen gesundheitliche oder behinderungsbedingte Probleme bei der Ausübung einer Beschäftigung im Vordergrund. Zwar wurde der Begriff der 'Minderung der Erwerbsfähigkeit' (MdE) mit der Reform des Schwerbehindertengesetzes 1986 durch den Begriff des 'Grades der Behinderung' (GdB) ersetzt, damit ging allerdings keine inhaltliche Veränderung der Anhaltspunkte zur Feststellung einer Behinderung einher.
- Die Kategorien zur Feststellung der 'Art der Behinderung' sind problematisch, da hier Gruppen nach Kriterien zusammengefasst sind, die häufig eine Orientierung eher erschweren und zudem im Kreis Ahrweiler fast 10 % der Schwerbehinderten zu der Gruppe der 'Sonstigen und ungenügend bezeichneten Behinderungen' zählen. In der veröffentlichten Statistik für Rheinland-Pfalz sind in der Kreisauswertung lediglich die Oberkategorien berücksichtigt, in der beispielsweise Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen und Suchterkrankungen zu einer wenig aussagekräftigen Kategorie zusammengefasst wird. Das Statistische Landesamt hat jedoch auf Anfrage eine Gesamtauswertung erstellt.

Mit diesen einschränkenden Vorbemerkungen werden im Folgenden die Daten aus der aktuellen Schwerbehindertenstatistik wiedergegeben. Sie vermitteln für Bedarfseinschätzungen eine erste Orientierung.

Tabelle 1: Schwerbehinderte im Kreis Ahrweiler am 31.12.2001 und 31.12.2003 nach Art der schwersten Behinderung¹²

Art der (schwersten) Behinderung	Anzahl 31.12.2001	Anzahl 31.12.2003
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen	155	153
Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen	979	1053
Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes	2028	2091
Blindheit oder Sehbehinderung	482	544
<i>Blindheit oder Verlust beider Augen</i>	<i>130</i>	<i>151</i>
<i>Hochgradige Sehbehinderung</i>	<i>24</i>	<i>31</i>
<i>Sonstige Sehbehinderung</i>	<i>328</i>	<i>362</i>
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	304	326
<i>Sprach- oder Sprechstörungen</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Taubheit</i>	<i>27</i>	<i>27</i>
<i>Taubheit kombiniert mit Störungen der Sprachentwicklung und entsprechenden Störungen der geistigen Entwicklung</i>	<i>25</i>	<i>27</i>
<i>Schwerhörigkeit, auch kombiniert mit Gleichgewichtsstörungen</i>	<i>245</i>	<i>264</i>
<i>Gleichgewichtsstörungen</i>	<i>3</i>	<i>3</i>
Verlust einer Brust oder beider Brüste, Entstellung u.a.	278	294
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen	2534	2649
Querschnittslähmung, zerebrale Störung, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten	1126	1294
<i>Querschnittslähmung</i>	<i>23</i>	<i>26</i>
<i>Hirnorganische Anfälle (auch mit geistig-seelischen Störungen) ohne neurologische Ausfallserscheinungen am Bewegungsapparat</i>	<i>93</i>	<i>102</i>
<i>Hirnorganische Anfälle (auch mit geistig-seelischen Störungen) mit neurologischen Ausfallserscheinungen am Bewegungsapparat</i>	<i>84</i>	<i>85</i>
<i>Hirnorganisches Psychosyndrom (Hirnleistungsschwäche, organische Wesensänderung) ohne neurologische Ausfallserscheinungen am Bewegungsapparat, symptomatische Psychosen</i>	<i>173</i>	<i>213</i>
<i>Hirnorganisches Psychosyndrom (Hirnleistungsschwäche, organische Wesensänderung) mit neurologischen Ausfallserscheinungen am Bewegungsapparat</i>	<i>278</i>	<i>330</i>
<i>Störungen der geistigen Entwicklung (z.B. Lernbehinderung, geistige Behinderung)</i>	<i>257</i>	<i>275</i>

12 Die Statistik ist gegliedert nach Oberkategorien. Dafür wurden die Gesamtzahlen angegeben. In den für die Teilhabeplanung wurden aus der Sonderauswertung für den Kreis Ahrweiler auch Unterkategorien aufgenommen.

Art der (schwersten) Behinderung	Anzahl 31.12.2001	Anzahl 31.12.2003
<i>Körperlich nicht begründbare (endogene) Psychosen (Schizophrenie, affektive Psychosen)</i>	94	118
<i>Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</i>	116	131
<i>Suchtkrankheiten</i>	8	14
Sonstige und ungenügend bez. Behinderungen	840	871
Insgesamt:	8726	9275
Bevölkerung insgesamt:	130.141	130.845
Anteil der anerck. Schwerbehinderten:	6,7 %	7,1 %

Tabelle 2: Schwerbehinderte im Kreis Ahrweiler am 31.12.2001 und 31.12.2003 nach Alter

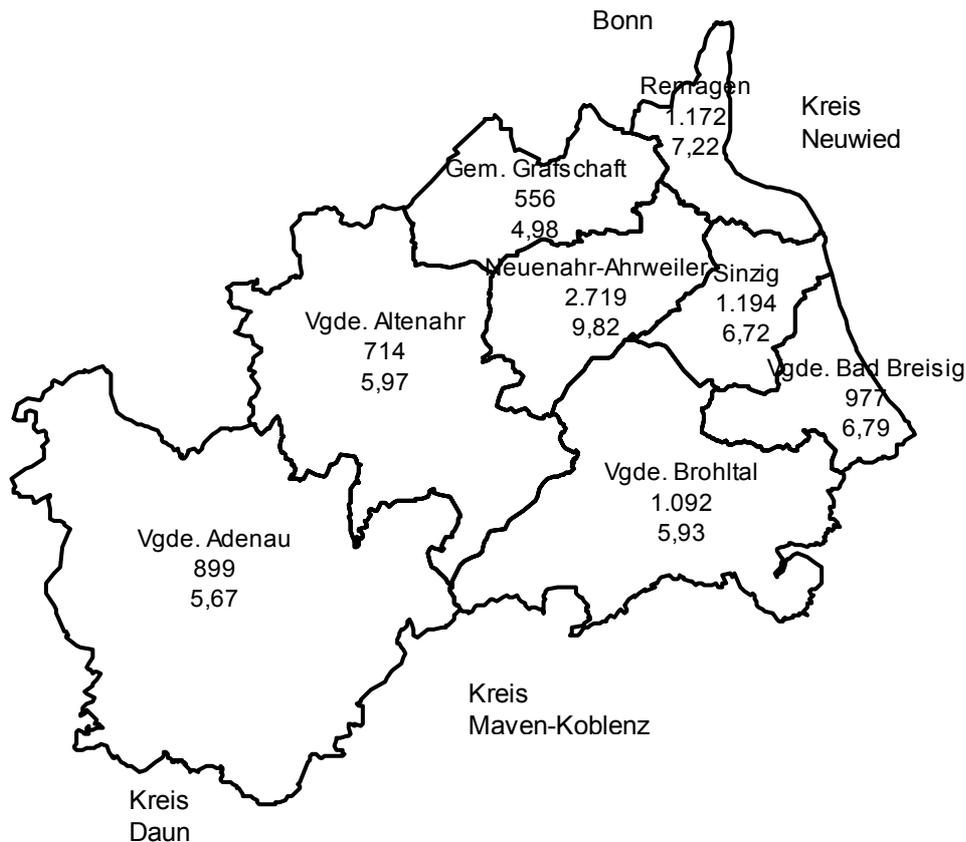
	Anzahl zum 31.12.2001	Anzahl zum 31.12.2003
Unter 4 Jahren	30	24
4 - 6 Jahre	23	20
6 - 15 Jahre	133	126
15 - 18 Jahre	38	42
18 - 25 Jahre	114	109
25 - 35 Jahre	284	217
35 - 45 Jahre	570	581
45 - 55 Jahre	908	949
55 - 60 Jahre	766	632
60 - 62 Jahre	508	351
62 - 65 Jahre	756	785
65 und mehr	4.596	5.439

Die Schwerbehindertenstatistik zeigt, dass es sich bei den anerkannten Schwerbehinderten um eine relativ große Bevölkerungsgruppe handelt. Es zeigt sich zugleich der enge Zusammenhang mit dem Lebensalter. Deutlich über die Hälfte der Schwerbehinderten ist älter als 65 Jahre. Der Zuwachs des Anteils schwerbehinderter Menschen im Vergleich von 2001 und 2003 ist ausschließlich auf Gruppe der über 65-jährigen zurückzuführen.

Die Differenzierung der Schwerbehindertenstatistik macht bereits auf den ersten Blick deutlich, dass die Oberkategorie Behinderung sehr unterschiedliche Gruppen vereinigt, die nur in sehr wenigen Bereichen eine gemeinsame Zielgruppe für politische Bemühungen darstellt. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Großteil der Personen, die in der Schwerbehindertenstatistik erfasst werden, überhaupt keine Zielgruppe für die kommunale Behindertenpolitik darstellt. Genannt sei beispielsweise die größte Gruppe: Personen mit Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen. Bei ihnen dominieren Probleme im gesundheitlich-medizinischen Bereich und bei der Sicherung des Arbeitsplatzes. In der Wahrnehmung werden sie eher der Gruppe der chronisch Kranken als der Gruppe der Behinderten zugerechnet.

Überlegungen zu Vertretungsgremien stehen vor dem Problem, dass es in den einzelnen Gruppen von Menschen mit Behinderungen nur vergleichsweise wenige ähnlich beeinträchtigte Personen gibt, die sich zur Verfolgung ihrer Interessen zusammenschließen können. Dieses Problem verschärft sich, wenn man bedenkt, dass für die meisten Menschen nicht der Kreis, sondern die Gemeinde der Orientierungspunkt ist. Die Verteilung der anerkannten Schwerbehinderten auf die Gemeinden und Städte des Kreises Ahrweiler stellt sich wie folgt dar:

Abbildung 1: Schwerbehinderte in den Gemeinden und Städten des Kreises Ahrweiler zum 31.12.2003¹³



Die Schwerbehindertenquote im Kreis Ahrweiler liegt deutlich unter der landesweiten Quote (8,2% in 2003 und 7,9% in 2001) und auch unter der Quote der Landkreise (7,7% in 2003 und 7,3% in 2001). Ein überdurchschnittlicher Anteil Schwerbehinderter findet sich in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Dies verdankt sich dem sehr hohen Durchschnittsalter in dieser Gemeinde.

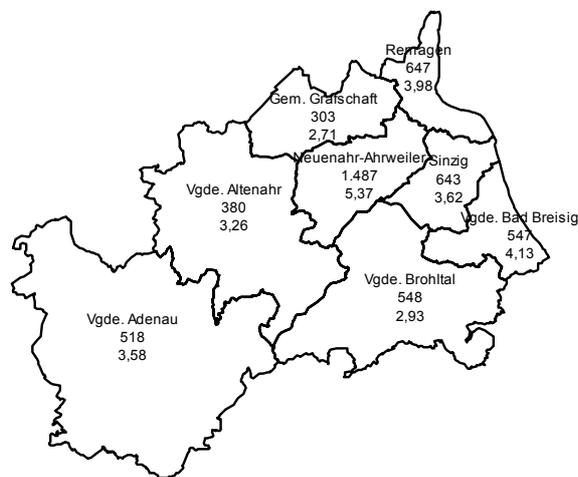
Weitergehenden Informationswert besitzen die Statistiken des Landesversorgungsamtes [s.u.] zu den Eintragungen im Schwerbehindertenausweis. Da auch diese Erhebungen an die Beantragung des Schwerbehindertenausweises gebunden sind, gelten die gleichen Einschränkungen.

13 Die Angaben zu schwerbehinderten Menschen in den Gemeinden und Städten beruhen auf einer Sonderauswertung des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung. Wenngleich die Auswertung sich auch wie die vorangegangene Tabelle auf den Stichtag 31.12.2003 bezieht, ergibt sich eine Abweichung von 48 Personen nach oben, die auf einen Fehler beim Abgleich mit dem Melderegister zurückzuführen ist. Angegeben sind die absolute Zahl der Schwerbehinderten und der Anteil an der Gesamtbevölkerung.

gen hinsichtlich der vollständigen Einbeziehung von bestimmten Bevölkerungsgruppen. Die Erhebungen lassen aber durch die Art der Merkzeichen eher Rückschlüsse auf einen möglichen Hilfebedarf zu. Die Erhebungen des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung werden nicht veröffentlicht, können aber bei Bedarf angefordert werden. Hinweise auf einen Hilfebedarf geben insbesondere die folgenden Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis:

- **Merkzeichen G:** Personen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind. Die Erläuterung dazu lautet: "In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich und andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurücklegen kann, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden."¹⁴

Abbildung 2: Menschen mit einer Gehbehinderung im Kreis Ahrweiler¹⁵

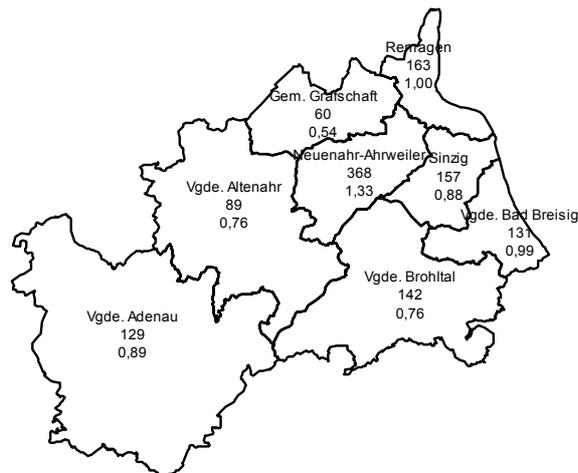


- **Merkzeichen aG:** Personen, bei denen eine außergewöhnliche Gehbehinderung vorliegt. "Als Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit größter Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können." (a.a.O., S. 167)

14 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz, Bonn 1996, S. 165. Bei der Vergabe von Merkzeichen ist zu beachten, dass die Kombination von mehreren Merkzeichen möglich und häufig ist. Das Merkzeichen 'B' wird beispielsweise nur vergeben, wenn das Merkzeichen 'G' oder 'H' gewährt wird.

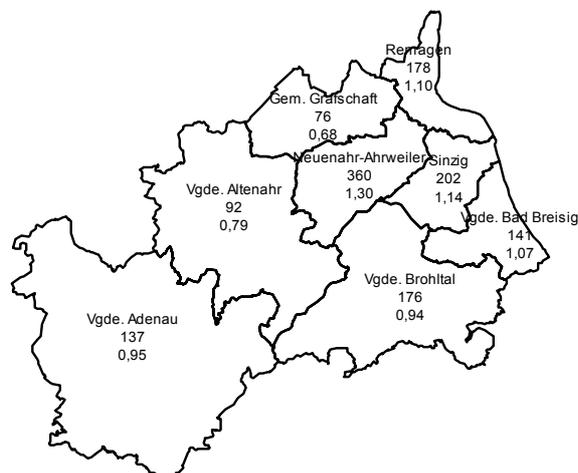
15 Angegeben sind in dieser und den folgenden Übersichten die Gesamtzahl und der prozentuale Anteil an der Gesamtbevölkerung.

Abbildung 3: Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung im Kreis Ahrweiler



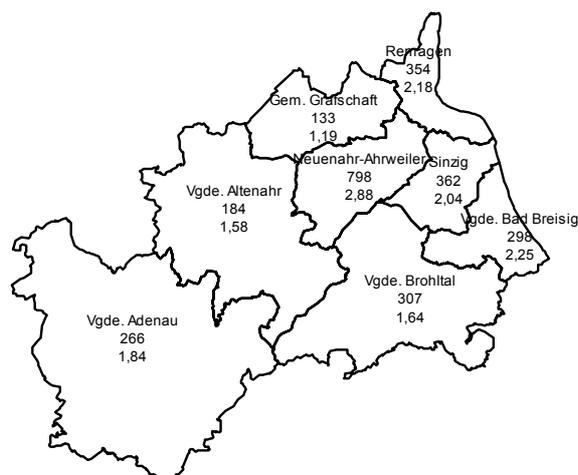
- Merkzeichen H:** Personen, die nach dem Schwerbehindertengesetz als 'hilflos' gelten: "Als hilflos ist derjenige anzusehen, der infolge von Gesundheitsstörungen, für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist." (a.a.O., S. 36)

Abbildung 4: Menschen im Kreis Ahrweiler, die ‚hilflos‘ sind



- Merkzeichen B:** Personen, bei denen die Notwendigkeit zu ständiger Begleitung besteht. "Ständige Begleitung ist bei Schwerbehinderten (bei denen die Voraussetzung für die Merkzeichen 'G' oder 'H' vorliegen) notwendig, die infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind." (a.a.O., S. 169)

Abbildung 5: Menschen im Kreis Ahrweiler, die auf ständige Begleitung angewiesen sind



Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Personen mit einem der erwähnten Merkmale um Menschen handelt, die im Alltag auf Unterstützung angewiesen sind, also um die zentrale Zielgruppe von Unterstützungsangeboten. Aus den erwähnten Problemen der Statistik ist allerdings zu folgern, dass es sich um Minimalzahlen handelt und bestimmte Gruppen in der Statistik nicht differenziert genug dargestellt werden konnten. Dies gilt z.B. für die Gruppe der psychisch Beeinträchtigten und den Kinder- und Jugendbereich. Zum anderen ist hier die Gruppe der von Behinderung bedrohten Menschen als Zielgruppe unbedingt einzubeziehen.

Aus der grafischen Darstellung wird deutlich, dass in allen Gemeinden des Kreises Menschen mit Behinderungen leben, die bei der Bewältigung ihres Alltages auf intensive Hilfen angewiesen sind. Mehr als die Hälfte der anerkannten Schwerbehinderten ist in ihrer Mobilität stark eingeschränkt. Etwa 1200 Personen sind soweit eingeschränkt, dass sie sich nur mit fremder Hilfe oder mit größter Anstrengung fortbewegen können. Für diesen Personenkreis ist die Sicherstellung des barrierefreien Zugangs von Infrastruktureinrichtungen von größter Bedeutung. Eine Gruppe von ca. 1300 Menschen im Kreis bedarf dauernd der Hilfe und Unterstützung im Alltag und eine Gruppe von etwa 2.600 Menschen sind auf ständige Begleitung angewiesen.

Auch die Daten zu Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen vermitteln ein Bild über ihre Lebenssituation. Während die amtliche Schwerbehindertenstatistik quantitative und orientierende Aussagen zur Zielgruppe von Unterstützungsangeboten zulässt, ermöglichen die Informationen, die von den Sozialleistungsträgern und den Anbietern von Hilfen zur Verfügung gestellt werden können, Aussagen über den Personenkreis der professionelle Hilfen in Anspruch nimmt.

- Nach der Sozialhilfestatistik des Landes zum 31.12.2003¹⁶ erhielten 498 (zum 31.12.2001: 411) Personen Eingliederungshilfe für Behinderte. Darunter fallen die heilpädagogische Förderung, der Besuch einer Kindertageseinrichtung, in Einzelfällen die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung und Berufsausbildung, die Beschäftigung in einer Werkstatt und wohnbezogene Hilfen in Wohneinrichtungen oder durch

16 Statistische Berichte K I 1/3 - j/03 und 01

ambulante Dienste. In diesem Bereich kommen Personen hinzu, die in überregionalen Einrichtungen der Behindertenhilfe leben und die in die Zuständigkeit des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung fallen.¹⁷ 434 (31.12.2001: 660) Personen erhielten Hilfen zur Pflege vom Sozialamt.

- Nach der Pflegestatistik zum 31.12.2003 im Kreis Ahrweiler bekamen insgesamt 3.332 (zum 31.12.2001: 3.086) Personen Leistungen der Pflegeversicherung. 504 (452) Personen erhielten ambulante Pflege, 1.242 (1.071) Personen stationäre Pflege und 1.586 (1.563) ein Pflegegeld.¹⁸
- Nach Auskunft der Betreuungsbehörde war zum Stand Mai 2005 für 1.625 Personen aus dem Kreis Ahrweiler eine gesetzliche Betreuung angeordnet.¹⁹

Die hier zusammengestellten Zahlen²⁰ verdeutlichen den enormen Unterstützungsbedarf, der von Angehörigen, ehrenamtlichen Helfer/inne/n und professionellen Mitarbeiter/inne/n zu leisten ist, wenn diesen Menschen tatsächlich die Teilhabe am öffentlichen Leben ermöglicht werden soll.

Im Rahmen der Teilhabepflicht wurden die acht Städte und (Verbands-) Gemeinden mit einem schriftlichen Fragebogen zu den Partizipationsmöglichkeiten und zu der Berücksichtigung von Belangen behinderter Menschen befragt. Auf die Angaben in den Fragebögen beziehen sich die folgenden Ausführungen.

3.2 Vertretung in politischen Gremien

Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben wie andere Bürger/innen auch die Möglichkeit, ihre Interessen selbst in den Parlamenten und anderen öffentlichen Gremien zu vertreten. Sie sind in gewählten Gremien auf allen Ebenen vertreten. Sie können auch von der Möglichkeit Gebrauch machen, ihre Fragen und Anliegen im Rahmen der Einwohnerfragestunde vorzubringen. Die Wahrnehmung ihrer demokratischen Rechte wird allerdings häufig durch Mobilitäts- oder Kommunikationsbarrieren erschwert.

Damit Menschen mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen sowie auch ihre Familien ihre Interessen vertreten können und eine Berücksichtigung ihrer Belange sichergestellt werden kann, können Beauftragte eingesetzt werden und/oder Beiräte gewählt werden. Bislang gibt es in keiner der kreisangehörigen Gemeinden einen solchen Beirat oder eine/n Beauftragte/n. In einem Fall wird auf den/die Schwerbehindertenbeauftragte/n nach SGB IX verwiesen, der/die allerdings nur für die Wahrnehmung der Belange der schwerbehinderten Mitarbeiter/innen in der Verwaltung zuständig ist. Auf die Frage nach der Interessenvertretung wird von einigen Gemeinden auf Selbsthilfegruppen und in einem Fall auf den Seniorenbeirat (Bad Neuenahr-Ahrweiler) verwiesen. Veränderungen werden in diesem Bereich

17 Ende 2003 waren dies in ganz Rheinland-Pfalz 6.637 (zum 31.12.2001: 5.249) Personen. Die überregionalen Einrichtungen sollen schrittweise in die kommunale Zuständigkeit übergehen.

18 Eine Auswertung der Pflegestatistik befindet sich auf S. 109. In Klammern gesetzt wurde jeweils der für den 31.12.2001 ermittelte Wert.

19 Eine Auswertung der Statistik zur gesetzlichen Betreuung befindet sich auf S. 39

20 Zu berücksichtigen ist, dass es hier viele Doppelnennungen gibt, da eine Person sowohl Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung haben und gleichzeitig unter gesetzlicher Betreuung stehen kann.

von keiner der befragten Gemeinde und Städte geplant. Von Initiativen, die mit der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und von Menschen mit psychischer Behinderung zu tun hatten, wird in vier Fällen berichtet. In drei Fällen ging es dabei um die Verbesserung der Barrierefreiheit, in einem Fall um eine Zuwendung für eine Einrichtung.

Es ist in den Gemeinden nicht bekannt, ob Verbände behinderter Menschen mit Firmen Zielvereinbarungen im Sinne des Bundesgleichstellungsgesetzes geschlossen haben.

Im Landesgesetz zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen wird die Berufung eines/einer Landesbeauftragten für die Belange behinderter Menschen (§ 11) geregelt. Diese/r soll die Umsetzung des Benachteiligungsverbot überprüfe. Er/Sie soll bei allen Entscheidungen der Landesregierung, die die Belange von Menschen mit Behinderungen betreffen, beteiligt werden. Zurzeit wird das Amt von dem Staatssekretär im Sozialministerium, Herrn Dr. Auernheimer, ausgeübt. Der/Die Landesbeauftragte beruft einen Behindertenbeirat, in dem die Verbände von Menschen mit Behinderung, die Freie Wohlfahrtspflege, die kommunalen Spitzenverbände, die Gewerkschaften und die Unternehmensverbände vertreten sein sollen.

Die Weiterentwicklung der Hilfen und die Umsetzung des Landesgleichstellungsgesetzes können als Impuls verstanden werden, nach geeigneten Vertretungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen auf der Ebene der Gemeinden, Städte und des Kreises zu suchen. Für die Aufgaben von Behindertenbeauftragten und Behindertenbeiräten auf kommunaler Ebene gibt es bislang keine rechtlichen Vorgaben. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat ein Handbuch für Behindertenbeauftragte und Behindertenbeiräte erarbeitet²¹. Dort heißt es: „Die örtlich gefundenen Lösungen sind recht unterschiedlich und vielfältig und somit ein Spiegelbild der Kommunalpolitik. Daraus resultierend gibt es keine einheitliche Tätigkeitsbeschreibung oder Empfehlungen für die Organisationsform von kommunalen Behindertenbeauftragten.“ (S. 20f) Es besteht also ein großer Gestaltungsspielraum für kommunal angepasste Lösungen.

Einschätzung

Die Vertretung von Menschen mit Behinderungen und von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und ihrer Angehörigen, sowie die Berücksichtigung ihrer Belange sind in den kreisangehörigen Gemeinden und Städten unzureichend entwickelt. Es fehlen entsprechende Beauftragte und Beiräte, die die spezifischen Interessen von Menschen mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen wirksam durchsetzen können. Die Entwicklung einer für den Kreis Ahrweiler passenden Struktur der Vertretung von Interessen könnte die Umsetzung von Gleichstellungsvorschriften erleichtern und bietet zugleich Anknüpfungspunkte zur Weiterentwicklung eines dezentralen Unterstützungsangebotes.

21 Das Handbuch kann bei der Bundesarbeitsgemeinschaft bestellt werden und auch im Internet von der Seite www.bar-frankfurt.de, Rubrik Publikationen (Stand Dezember 2004) abgerufen werden.

Empfehlungen

Ziel: Verbesserung der Selbstvertretungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen

Maßnahmen:

- In den (Verbands-)Gemeinden und Städten des Kreises werden Beauftragte benannt, die an allen Planungen, die Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen betreffen, beteiligt werden. Zugleich beraten die Beauftragten die Gemeinden und Städte bei der Gestaltung von Abläufen in der Verwaltung im Sinne des Landesgleichstellungsgesetzes. Es ist gut vorstellbar, dass diese Aufgabe auf der Ebene der Städte und Gemeinden ehrenamtlich wahrgenommen und durch eine/n Mitarbeiter/in in der Verwaltung unterstützt wird.
- Dem/Der Beauftragten kann auf der Ebene der Städte und Gemeinden ein informeller, für alle Interessierten offener Arbeitskreis zur Seite gestellt werden. In einem solchen Gremium kann der Bedarf an Hilfen und Infrastrukturentwicklung regional analysiert und in Kooperation zwischen Betroffenen, Gemeinden und Trägern von Angeboten realisiert werden.

Ziel: Schaffung vergleichbarer Strukturen zur Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen und der Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Kreis

Maßnahmen:

- Der Kreis nutzt die entstehenden Strukturen durch das Angebot einer Arbeitsgemeinschaft der Beauftragten bzw. –koordinator/inn/en.
- Die Gemeinden werden in den Planungsprozess zur Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen und für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einbezogen. In einem transparenten Planungsprozess werden alle Informationen zu Programmen und Angeboten in den Gemeinden und Städten zur Verfügung gestellt.

3.3 Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei der Gestaltung der kommunalen Infrastruktur

Neben der Verbesserung der Möglichkeiten zur Partizipation beinhaltet der Ansatz der Teilhabe die Aufforderung zur behindertengerechten Gestaltung des öffentlichen Raumes. Der Grundsatz der Teilhabe hat mit der Verabschiedung des Rehabilitationsgesetzes Eingang in das Sozialrecht gefunden und mit der Verabschiedung von Gleichstellungsgesetzen²² zugun-

22 Auf Bundesebene trat zum 1. Mai 2002 das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen in Kraft. Ein entsprechendes Landesgesetz zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen trat am 1. Januar 2003 in Kraft. Über das Bundesgesetz informiert eine Broschüre des Bundesministeriums mit dem Titel ‚Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen als Beitrag zur Umsetzung des Benachteiligungsverbot im Grundgesetz‘. Die Broschüre kann unter www.bmgs.bund.de bestellt oder heruntergeladen werden. Über das Landesgleichstellungsgesetz informiert der Landesbeauftragte unter www.masfg.rlp.de/Behindertenbeauftragter. Mit Unterstützung der

ten behinderter Menschen eine bürgerrechtliche Begründung erfahren. Die damit anzustrebende Barrierefreiheit bezieht sich nicht nur auf physische, sondern auf sozialräumliche Barrieren im umfassenden Sinne.

Es handelt sich um einen grundlegenden Wandel des Verständnisses von Behinderung. Während früher die Behinderung als individuelles Defizit im Vordergrund der sozialrechtlichen Betrachtung stand, wird nun das Bewusstsein dafür geschärft, dass es auch die Lebensbedingungen sind, die im Alltag Behinderungen verursachen. Die traditionelle Behindertenpolitik ist geprägt durch die Gewährung von Nachteilsausgleichen auf der Grundlage eines sozialrechtlichen Anerkennungsverfahrens und die Förderung von Menschen mit Behinderungen in spezialisierten Einrichtungen. Mit dem veränderten Verständnis von Behinderung werden solche Nachteilsausgleiche und Fördermaßnahmen nicht überflüssig. Generell kann jedoch die Forderung aufgestellt werden, dass eine Hilfestellung durch spezialisierte Einrichtungen so weit als möglich durch eine behindertengerechte Gestaltung der Umwelt vermieden werden soll.

Dazu ist es nicht ausreichend, wenn einzelne Gebäude oder Verkehrsmittel punktuell barrierefrei ausgestattet werden, sondern es bedarf einer systematischen Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen bei der Planung der öffentlichen Infrastruktur. Grundlage dafür sind die Vorschriften im Landesgleichstellungsgesetz und anderen Gesetzen, deren wichtigsten hier kurz vorgestellt werden sollen:

Grundsätzlich gilt, dass „bauliche Anlagen, öffentliche Wege, Plätze und Straßen sowie öffentlich zugängliche Verkehrsanlagen und Beförderungsmittel im öffentlichen Personennahverkehr nach Maßgabe der für den jeweiligen Bereich geltenden Rechtsvorschriften barrierefrei zu gestalten“ (§ 9, Abs. 1) sind.

Im Zusammenhang mit der Gestaltung der öffentlichen Infrastruktur fordert das Landesgleichstellungsgesetz (§ 9, Abs. 2) die Gemeinden und andere öffentliche Stellen auf:

„1. bei Neubauten sowie bei großen Um- oder Erweiterungsbauten die allgemein anerkannten Regeln der Technik zur barrierefreien Gestaltung so weit wie möglich [zu] berücksichtigen und

2. die bereits bestehenden Bauten schrittweise entsprechend den allgemein anerkannten Regeln der Technik so weit wie möglich barrierefrei [zu] gestalten.“

Die Landesbauordnung (§ 51) sieht vor, dass bauliche Anlagen, die von Behinderten, alten Menschen und Personen mit Kleinkindern nicht nur gelegentlich aufgesucht werden, in den dem allgemeinen Besuchsverkehr dienenden Teilen so herzustellen und instand zu halten, dass den besonderen Belangen dieser Personengruppen Rechnung getragen wird. Dies sind neben Verwaltungsgebäuden auch Verkaufs- und Gaststätten, Versammlungsräume, Schulen, Weiterbildungseinrichtungen, Krankenhäuser, Arztpraxen, Kindertageseinrichtungen, Museen, Bibliotheken, Ausstellungsräume, Sportstätten, Toilettenanlagen und PKW-Stellplätze.²³

„Aktion Mensch“ wurde im „Netzwerk Artikel 3“ eine Schulungsbroschüre „Gleichstellungsregelungen leicht gemacht!“ erarbeitet, die unter www.netzwerk-artikel-3.de bestellt oder heruntergeladen werden kann.

23 Abweichungen können zugelassen werden, wenn die Anforderungen wegen technischer Schwierigkeiten nur mit einem unverhältnismäßigen Mehraufwand erfüllt werden können. (§ 51, Abs. 4)

Das Nahverkehrsgesetz für Rheinland Pfalz schreibt vor, dass „bei der Planung und Ausgestaltung der Verkehrsinfrastruktur, der Beschaffung von Fahrzeugen des öffentlichen Personennahverkehrs und der Gestaltung der Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs [...] die Belange von behinderten und alten Menschen, von Kindern, von Familien mit Kindern und von Frauen besonders berücksichtigt werden. Soweit die in Satz 1 genannten Bereiche noch nicht barrierefrei gestaltet sind, sollen sie schrittweise entsprechend den allgemein anerkannten Regeln der Technik so weit wie möglich barrierefrei umgestaltet werden.“ (§ 3, Abs. 7)

Im Bereich des Wohnungsbaus legt die DIN 18025 Normen für behindertengerechtes Bauen fest. Teil 1 beinhaltet Anforderungen an Wohnraum für schwerstbehinderte Menschen, die auch mit der Beeinträchtigung in der Bewegungsfreiheit des Oberkörpers leben. Teil 2 zeigt Mindeststandards für Wohnungen auf, in denen Menschen mit weniger bewegungseinschränkenden Behinderungen und alte Menschen selbständig leben können. Die Landesbauordnung (§ 46, Abs. 2) sieht vor, dass Gebäude mit mehr als vier Wohnungen so herzustellen und instand zu halten sind, dass von den ersten fünf Wohnungen eine und von jeweils zehn weiteren Wohnungen zusätzlich eine Wohnung barrierefrei erreichbar ist. In diesen Wohnungen müssen die Wohn- und Schlafräume, eine Toilette, ein Bad und die Küche oder Kochnische mit dem Rollstuhl zugänglich sein.²⁴ Ziel des barrierefreien Wohnungsbaus ist damit nicht die ‚Spezialwohnung‘ für Behinderte, sondern die nutzungsneutrale ‚Universalwohnung‘, die mit geringem Aufwand an die individuellen Bedürfnisse behinderter Bewohner angepasst werden kann. Für die Wohnraumanpassung können im Falle der Pflegebedürftigkeit Zuschüsse bei der Pflegekasse beantragt werden. Behinderte Arbeitnehmer können für die Anpassung ihrer Wohnung Zuschüsse beim Integrationsamt beantragen.

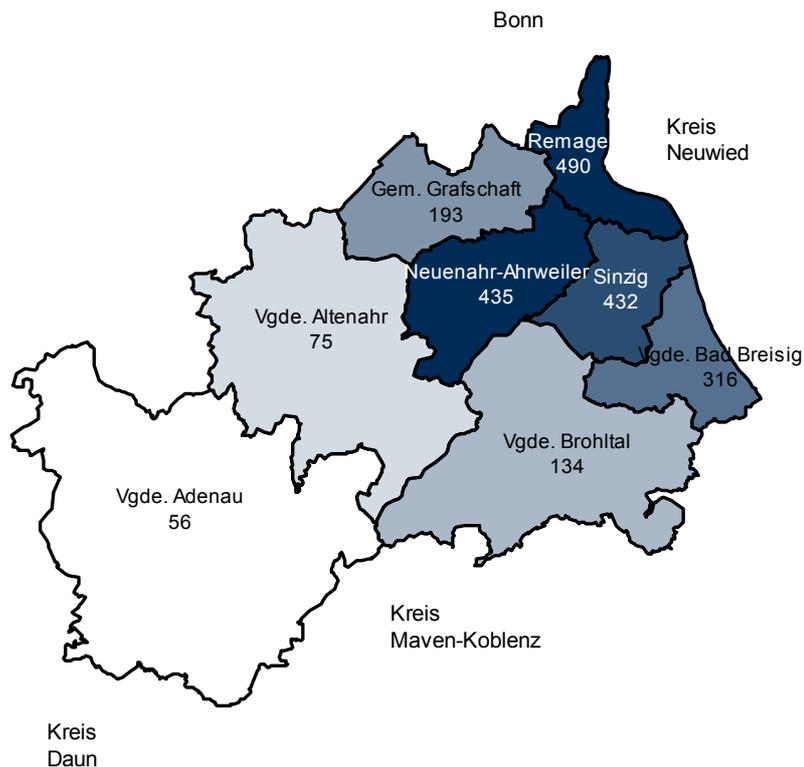
Eine Verbesserung der Belange von hörgeschädigten Menschen ist durch die Anerkennung der Gebärdensprache zu erwarten. Das Landesgleichstellungsgesetz führt dazu aus: „Gehörlose und hörbehinderte Menschen und Menschen mit eingeschränkter Sprechfähigkeit haben das Recht, sich mit [...] Behörden in Deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder mit anderen geeigneten Kommunikationshilfen zu verständigen, soweit dies zur Wahrnehmung eigener Rechte im Verwaltungsverfahren erforderlich ist. Die [...] Behörden haben auf Wunsch im erforderlichen Umfang die Übersetzung durch Gebärdendolmetscherinnen oder Gebärdendolmetscher oder die Verständigung mit anderen Kommunikationshilfen sicherzustellen; sie tragen die hierzu notwendigen Aufwendungen.“ (§ 8, Abs. 1)

Das Landesgleichstellungsgesetz führt zur Berücksichtigung der Belange sehbehinderter Menschen aus: „Blinden und sehbehinderten Menschen sind [...] Dokumente auf ihren Wunsch ohne zusätzliche Kosten auch in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich zu machen, soweit dies zur Wahrnehmung eigener Rechte im Verwaltungsverfahren erforderlich ist.“ (§ 6, Abs. 2) „Behörden haben ihre Internet- und Intranetseiten sowie die von ihnen zur Verfügung gestellten grafischen Programmoberflächen, die mit Mitteln der Informationstechnik dargestellt werden, schrittweise technisch so zu gestalten, dass sie auch von behinderten Menschen möglichst uneingeschränkt genutzt werden können.“ (§ 17, Abs. 1)

24 Einschränkend wird allerdings angefügt, dass diese Vorschriften nicht gelten, „soweit die Anforderungen insbesondere wegen schwieriger Geländeverhältnisse, wegen des Einbaus eines sonst nicht erforderlichen Aufzugs oder wegen ungünstiger vorhandener Bebauung nur mit unverhältnismäßigem Mehraufwand erfüllt werden können“. § 46, Abs. 2, Satz 3

Bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Auflagen müssen die grundlegenden Strukturen des Kreises Ahrweiler berücksichtigt werden. Der Landkreis Ahrweiler ist mit einer Fläche von 787 Quadratkilometern und 130.850 Einwohner/innen (Stand 30.06.04) im Vergleich der Kreise in Rheinland-Pfalz ein Kreis mittlerer Größenordnung. Im Kreis gibt es 75 Gemeinde und Städte. Die größte Einwohnerzahl hat die Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler mit 27.638 Einwohner/innen, die kleinste die Ortsgemeinde Bauler (Verbandsgemeinde Adenau) mit lediglich 49 Einwohnern

Abbildung 6: Bevölkerungsdichte zum 30.06.2004 (Einw. pro Quadratkilometer)



Der Kreis weist im nordöstlichen Teil eine städtisch-verdichtete Besiedlung mit entsprechender Infrastruktur auf, bedeutsam ist des Weiteren seine Nähe zum Oberzentrum Bonn. Die dünn besiedelten südwestlichen Teile sind durch eine ländliche Infrastruktur geprägt. Aufgrund von weiträumigen Einzugsgebieten spezialisierter Dienste und Einrichtungen aber auch von Selbsthilfegruppen stellt die Erreichbarkeit von Unterstützungsangeboten im Kreis Ahrweiler ein großes Problem dar. Angebote für Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder Sinnesbehinderung und mit psychischen Beeinträchtigungen befinden sich im nordöstlichen Kreisteil oder in dort angrenzenden Regionen. Die Angebote sind für Menschen aus dem südwestlichen Kreisteil nur mit langen Fahrtzeiten erreichbar.

Angebote der Frühförderung und der sonderpädagogischen Förderung in Kindertageseinrichtungen befinden sich in den Gemeinden Sinzig, Bad Neuenahr-Ahrweiler, in Bonn, Neuwied und Andernach.

Die Sonderschule für Menschen mit geistiger Behinderung befindet sich in Bad Neuenahr-

Ahrweiler, schulische Angebote für Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen insbesondere in Neuwied.

Ambulante Dienste für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung, die Wohneinrichtung der Lebenshilfe und die Werkstatt für behinderte Menschen der Caritas befinden sich in Sinzig. Menschen mit einer schweren körperlichen oder geistigen Behinderung leben außerhalb des Kreises, da im Kreis kein adäquates Unterstützungsangebot für die Hilfen außerhalb der Familie verfügbar ist.

Das Angebot an ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, die eine Zulassung durch die Pflegekassen haben, ist im Kreisgebiet dezentral verfügbar.

Stationäre Wohnangebote für psychisch beeinträchtigte Menschen befinden sich in den Gemeinden Bad Neuenahr-Ahrweiler, Bad Breisig und Burgbrohl.

Ein Tagesstättenangebot für die oben genannte Zielgruppe sowie die Leistung einer Kontakt- und Informationsstelle (KIS) konzentrieren sich primär auf das Stadtgebiet von Bad Neuenahr. Dies lässt sich auch auf die vorhandenen ambulanten Wohnangebote übertragen.

Regionale und strukturelle Voraussetzungen werden im Planungsabschnitt ‚Zielgerichtete und bedarfsorientierte Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen‘ (Kapitel 6) erneut aufgegriffen, um die hier existierende spezielle Infrastruktur in der psychiatrischen Versorgungslandschaft noch einmal konkret abzubilden.

Für den öffentlichen Verkehr liegt ein Nahverkehrsplan vor. Darin werden erhebliche Unterschiede im ÖPNV-Angebot festgestellt. Ein gutes Angebot besteht demnach entlang der Schienenstrecken im Ahrtal und im Rheintal, in den Städten Bad Neuenahr-Ahrweiler, Sinzig, Remagen und Bad Breisig sowie in der Gemeinde Grafschaft. Schwachstellen existieren hingegen in den ländlichen Gebieten.²⁵ Die barrierefreie Gestaltung der Zugänge und der Fahrzeuge wurde in den Maßnahmenkatalog aufgenommen, die Nutzbarkeit des bestehenden Angebotes für mobilitätseingeschränkte Personen wurde leider in die Schwachstellenanalyse nicht aufgenommen.

Das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen hat ein umfassendes Konzept zur barrierefreien Gestaltung des ÖPNV in Auftrag gegeben.²⁶ Darin wird ein Konzept für eine barrierefreie Mobilitäts- und Informationskette entwickelt. An der Auflistung der Alltagsprobleme von Personen mit eingeschränkter Mobilität bei der ÖPNV-Nutzung wird exemplarisch deutlich, dass die barrierefreie Gestaltung der öffentlichen Infrastruktur einem weit über die Gruppe der Menschen mit Behinderungen hinausreichenden Personenkreis zugute kommt.

25 Nahverkehrsplan für den Kreis Ahrweiler, 2003, S.84

26 Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (VDV) (Hrsg.): Barrierefreier ÖPNV in Deutschland, 2003

Tabelle 3: Alltagsprobleme bei der ÖPNV-Nutzung²⁷

Personengruppen mit eingeschränkter Mobilität	Häufige Alltagsprobleme bei ÖPNV-Nutzung
Ältere Fahrgäste	Steigen von Stufen/ Treppen und langes Laufen; eingeschränkte Standsicherheit; Umgang mit „moderner Technik“;
Fahrgäste mit Kinderwagen/ sperrigem Gepäck	Ggf. angewiesen auf Hilfestellung durch Dritte beim Ein- und Aussteigen; zu gering bemessener Abstellplatz; keine Sitzgelegenheit für die (Begleit-)Person;
Kleinwüchsige Fahrgäste/ Kinder	Erreichbarkeit von Bedienungstastern, Entwertern, Sprech-einrichtungen und Festhaltungsmöglichkeiten;
Blinde Fahrgäste	Auffinden der Haltestelle, Bordsteinkante, Einstiegstür, Entwerter, Automaten und Bedienelemente; Erkennbarkeit von visuellen Informationen (Fahr- und Liniennetzpläne, Ausstiegshaltestelle); Auswahl der richtigen Linie/ des richtigen Fahrziels an zentralen Haltestellen; Verletzungsgefahr durch fehlende Orientierung (Abstürzen, Anstoßen);
Sehbehinderte Fahrgäste	Je nach Schwere ähnliche Probleme wie bei blinden Menschen;
Gehörlose Fahrgäste	Verstehen von Informationen, die nur akustisch erfolgen; Gefährdung, da akustische Warnsignale, Fahrgeräusche u.ä. nicht wahrgenommen werden können;
Schwerhörige Fahrgäste	Je nach Schwere ähnliche Probleme wie gehörlose Menschen;
Fahrgäste, die einen Rollstuhl benutzen	Zugang zur Haltestelle oder zum Bahnsteig; Einstieg in die Fahrzeuge; Aufstellung in den Fahrzeugen; Erreichbarkeit von Bedienelementen;
Gehbehinderte Fahrgäste	Je nach Schwere ähnliche Probleme wie Rollstuhlfahrer;
Greifbehinderte Fahrgäste	Bedienen von Tastern, Entwertern, Automaten; Benutzung von Festhaltungsmöglichkeiten;
Fahrgäste mit Konzentrations- und Orientierungsbeeinträchtigung	Nichtverstehen von Fahr- und Liniennetzplänen, statischen und dynamischen Informationen bzw. Orientierungshilfen, Warnhinweisen.

Die Auswertung der schriftlichen Befragung der kreisangehörigen Gemeinden und Städte erlaubt es, im Folgenden genauer auf den Stand der Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen im Kreis Ahrweiler einzugehen.

²⁷ A.a.O., S. 22

Berücksichtigung der Bedürfnisse von geistig behinderten oder psychisch beeinträchtigten Menschen

Menschen mit einer geistigen Behinderung oder psychisch beeinträchtigte Menschen sind bei der Gestaltung ihres Alltages sehr stark auf entgegenkommende Strukturen angewiesen. Auch für Menschen mit Behinderungen sollte gelten, dass sie die Dinge ihres Alltages zwar mit Unterstützung, aber als eigenständig Handelnde erledigen. In Alltagssituationen wie z.B. beim Einkaufen, beim Arztbesuch oder auf Ämtern erfordert dies häufig nur ein wenig Geduld und die Bereitschaft des Personals, nicht über die Köpfe ihres/ihrer Kund/inn/en hinweg mit Betreuer/inne/n zu reden. In Behörden erleichtern einfache und übersichtlich gestaltete Hinweistafeln, die durch Symbole unterstützt werden die Orientierung. Aus Gesprächen mit Nutzer/inne/n wurde deutlich, dass das Ausfüllen von Anträgen beispielsweise im Bereich der Sozialhilfe als so kompliziert und undurchschaubar erlebt wird, dass diese Aufgabe vollständig an die Mitarbeiter/innen der Unterstützungsdienste delegiert wird. Es sollte sichergestellt sein, dass auch im Falle der Unterstützung durch einen professionellen Dienst die Betroffenen den Sinn und Ablauf des Verfahrens soweit irgend möglich nachvollziehen können.

Es ist zu vermuten, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung oder psychisch beeinträchtigte Menschen in den Gemeinden und Städten des Kreises Ahrweiler nur sehr selten versuchen, ihre Angelegenheiten in den Ämtern persönlich zu erledigen. Von keine der befragten Personen werden Ausführungen dazu gemacht, wie auf die Belange dieses Personenkreises Rücksicht genommen wird und wie insbesondere der Vorschrift des Landesgleichstellungsgesetzes (§ 6, Abs. 1), bei der Gestaltung von schriftlichen Bescheiden, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtlichen Verträgen und Vordrucken die besonderen Belange behinderter Menschen zu berücksichtigen, Rechnung getragen wird. In zwei Fällen wird angemerkt, dass dazu bisher kein Bedarf besteht bzw. keine Probleme bekannt geworden sind.

Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit einer Hörschädigung

Menschen mit einer Hörschädigung sind bei der Gestaltung ihres Alltages in erster Linie auf Kommunikationshilfen angewiesen. Für sie ist es wichtig, dass akustische Informationen (z.B. Ansagen in öffentlichen Verkehrsmitteln, an Bahnhöfen, Durchsagen in öffentlichen Einrichtungen oder Arztpraxen, Benachrichtigungen bei großen Unfällen oder Katastrophen) immer auch visualisiert werden, dass neben der Kommunikation durch das Telefon immer auch eine schriftliche Kommunikationsmöglichkeit zur Verfügung steht (Schreibtelefon, Fax oder e-mail) und dass ihnen zur Abklärung wichtiger Angelegenheiten ein/e Gebärdendolmetscher/in zur Verfügung steht. Besonders der letzte Punkt stellt sich als wichtige Forderung an die Kommune dar. Um Menschen mit einer Hörbehinderung die Erledigung von Behördengängen und die Teilnahme an öffentlichen Gremien, wie z.B. Ratssitzungen, zu ermöglichen, muss bei Bedarf ein/e Gebärdendolmetscher/in zur Verfügung stehen. Das Fehlen von Gebärdendolmetscher/inne/n stellt sich als zentrale Barriere zur Einbeziehung von Menschen mit Hörbehinderungen in das Gemeinwesen dar. Ohne die Möglichkeit der Übersetzung können sie auch in politischen Gremien ihre Interessen nicht selbst vertreten und bleiben von öffentlichen Veranstaltungen ausgeschlossen.

In keiner der befragten Städte und Gemeinden werden bislang Menschen mit Hörbehinderungen bei der Erledigung ihrer Angelegenheiten in der Verwaltung oder bei der Vertretung ihrer politischen Interessen durch den Einsatz von Gebärdendolmetscher/inne/n unterstützt. Auch hier wird wiederum angemerkt, dass bislang ein Bedarf nicht bekannt sei.

Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit einer Sehbehinderung

Menschen mit einer Sehbehinderung sind darauf angewiesen, dass visuelle Hinweise immer auch akustisch und/oder taktil verfügbar sind. Dies gilt zum einen für Anzeigen und Hinweistafeln in öffentlichen Verkehrsmitteln und für Hinweise im öffentlichen Raum (insbesondere akustische oder taktile Einrichtungen an Verkehrsampeln, Hinweise zur Wegführung, Handleitsysteme usw.)²⁸. Zum anderen sind Menschen mit Sehbehinderungen darauf angewiesen, dass ihnen schriftliche Unterlagen von Behörden, Informationen der Gemeinden und Materialien zur Teilnahme an öffentlichen Sitzungen als Ton- oder Datenträger zur Verfügung gestellt oder vorgelesen werden.

Der Kreis Ahrweiler hat die barrierefreie Umgestaltung seines Internetangebotes in Angriff genommen und plant diese in 2005 abzuschließen. Aus den Städten und Gemeinden sind entsprechende Aktivitäten nicht bekannt.

Es wird von einer Verbandsgemeinde angegeben, dass Ampeln teilweise mit akustischen Signalgebern ausgestattet sind. In einem Fall wird von der Einrichtung eines Leitsystems für Blinde im Rahmen der Bahnhofsanierung berichtet. In einem anderen Fall ist dies geplant für das Bahnhofsumfeld. Weitere Aktivitäten zur Unterstützung von Menschen mit Sehbehinderungen werden nicht genannt.

Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Menschen mit Mobilitätseinschränkungen sind darauf angewiesen, dass Einrichtungen der öffentlichen Infrastruktur und des öffentlichen Verkehrs barrierefrei zugänglich sind. Sie sind des Weiteren darauf angewiesen, dass ausreichend behindertengerechter Wohnraum zur Verfügung steht. Gerade in diesem Bereich ist die Bedeutung einer systematischen Planung offensichtlich. Es entstehen nur geringe Mehrkosten, wenn die Grundsätze der Barrierefreiheit bereits in der Planung berücksichtigt werden und es entstehen sehr hohe Kosten, wenn eine nachträgliche Nachrüstung erforderlich wird. Leitbild ist dabei nicht die auf den Besuch von Menschen mit Behinderungen spezialisierte Einrichtung, sondern die allgemein barrierefrei gestaltete soziale Umwelt, die mit geringem Aufwand an spezifische Bedarfslagen angepasst werden kann.²⁹

Die Befragung der Gemeinden und Städte macht deutlich, dass bei Neu- und Umbauten von öffentlichen Gebäuden und bei Planungen die Belange mobilitätsbehinderter Menschen verstärkt Berücksichtigung finden. Sechs Befragte nennen konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit in Gebäuden der Kommune. Verwiesen wird in einem Fall auf die Einhaltung der DIN 18024-2 zum behindertengerechten Bauen. Eine Prioritätenliste zum Nachrüsten öffentlicher Gebäude gibt es in zwei Fällen. In den meisten Gemeinden und Städten sind jedoch bislang nicht alle Verwaltungsstellen barrierefrei zugänglich. Auch für die Kreisverwaltung gilt, dass der Altbau mit Sitzungsräumen und Büros für Rollstuhlfahrer nicht zugänglich ist.

28 Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat zu diesem Zweck ein Handbuch für Planer und Praktiker mit dem Titel ‚Verbesserung von visuellen Informationen im öffentlichen Raum‘ herausgegeben, das als Download von der Internetseite www.bmgs.bund.de zur Verfügung steht.

29 Das Ministerium für Finanzen in Rheinland-Pfalz hat eine Planungshilfe für barrierefreies Bauen herausgegeben, die als Download auf der Internetseite www.fm.rlp.de zur Verfügung steht.

Im öffentlichen Raum wird auf den Ausbau von Behinderten-Parkplätzen, auf die Installation behindertengerechter WCs und auf den sukzessiven höhengleichen Ausbau von Straßenquerungen verwiesen.

Für den Bereich der Kernstadt Remagen liegt ein Erfahrungsbericht unter dem Aspekt der Vorschriften des Gleichstellungsgesetzes und der Landesbauordnung vor. Der Bericht enthält eine Auflistung von Hindernissen im öffentlichen Raum und eine Prioritätenliste zur Beseitigung derselben. Die Orientierung an Wegen, die von Menschen mit Behinderungen genutzt werden, ist eine gute Grundlage für eine systematische Planung, die sich nicht nur auf die punktuelle Beseitigung von Hindernissen beschränkt.

Es ist bekannt, dass der größte Teil der Wohnungen, in denen behinderte Menschen und Pflegebedürftige leben, nicht behindertengerecht ausgestattet ist. Über die Umsetzung der seit 1999 geltenden Vorschrift zum barrierefreien Bauen und zum Bestand behindertengerechter Wohnungen werden in den Fragebögen nur wenige Angaben gemacht. In einem Fragebogen wird ausgeführt, dass seit dem 1.1.1999 kein Gebäude mit mehr als vier Wohnungen genehmigt wurde und auch in einem anderen Fragebogen wird darauf verwiesen, dass die Errichtung solcher Wohngebäude selten sei. Zu Problemen der Wohnraumversorgung für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen werden in den meisten Fällen keine Angaben gemacht. Nur in einem Fall ist bekannt, dass nur wenige private behindertengerechte Wohnungen vorhanden sind. In einem Fall wird in Kooperation mit Wohnungsbaugesellschaften dazu beigetragen, dass sich die Versorgung von Menschen mit Behinderungen mit geeigneten Wohnungen verbessert.

Für Menschen mit Behinderungen stellt sich das Problem, gezielte Information zu den individuellen Möglichkeiten der Wohnraumanpassung und dem Einsatz von Hilfsmitteln zu erhalten und diese umzusetzen. Mit Unterstützung des Sozialministeriums wurde vor diesem Hintergrund in Rheinland-Pfalz eine Landesberatungsstelle alten- und behindertengerechtes Bauen in Mainz eingerichtet. Trägerin ist die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz, die mit der Architektenkammer kooperiert. Zur Bearbeitung von Beratungsaufträgen wird auf regionale Stellen verwiesen. Durch dieses Angebot ist eine unabhängige Beratung möglich, allerdings bleibt die Realisierung der notwendigen Wohnraumanpassung schwierig. Über den Einsatz von Hilfsmitteln beraten auch die ambulanten Hilfezentren (AHZ).

Im Bereich des barrierefreien Bauens, der Wohnraumanpassung und des Einsatzes von Hilfsmitteln gibt es mittlerweile auch ein breites privates Beratungsangebot. Private Anbieter/innen bieten ein umfassendes Angebot, das die Planung und Realisierung von Maßnahmen einschließt. Ihr Angebot verbindet sich allerdings notwendigerweise mit Geschäftsinteressen und die Qualität des Beratungsangebotes ist für die Verbraucher/innen nur schwer einzuschätzen. Gerade vor diesem Hintergrund ist es wichtig, das regionale private Angebot an Möglichkeiten der Wohnraumanpassung und Hilfsmitteln für Pflegebedürftige überschaubar zu machen. Dazu muss von öffentlichen und gemeinnützigen Stellen auch auf private Anbieter aufmerksam gemacht werden.

Die Frage, ob die Fahrzeuge und Anlagen des ÖPNV und SPNV für Menschen mit Behinderungen uneingeschränkt nutzbar sind, wird von den Befragten entweder verneint oder es werden mit Verweis auf die Zuständigkeit des Kreises keine Angaben gemacht. Festzustellen ist ein verstärkter Einsatz von Fahrzeugen mit Niederflurtechnik. Dabei handelt es sich jedoch häufig um isolierte Lösungen. Fahrzeuge mit Niederflurtechnik sind für Personen mit Mobilitätsbehinderung nur dann nutzbar, wenn die Zugänge barrierefrei gestaltet sind und aus den

Fahrplaninformationen eindeutig hervorgeht, ob der Einsatz von Fahrzeugen mit Niederflertechnik verlässlich ist. Im Sinne der Mobilitätskette muss sichergestellt sein, dass die gesamte geplante Fahrt barrierefrei zu bewältigen ist.

Aufgrund der Defizite des öffentlichen Nahverkehrs wird vom DRK Kreisverband Ahrweiler e.V. ein spezieller Fahrdienst mit zwei Behindertentransportfahrzeugen angeboten. Den Nutzer/innen des Fahrdienstes entstehen deutlich höhere Kosten als durch die Nutzung des ÖPNV. Schwerbehinderte mit dem Vermerk ‚außergewöhnliche Gehbehinderung‘ (aG) können einen Antrag beim Sozialamt auf die Übernahme einer Beförderungsleistung von monatlich bis zu 150 km stellen. Eine volle Kostenübernahme findet nur statt, wenn die maßgebliche Einkommensgrenze des SGB XII nicht oder nur geringfügig überschritten werden, ansonsten ist eine Kostenbeteiligung oder die volle Übernahme der Kosten vorgesehen.

Einschätzung

In vielen Fällen werden zwar bei der Planung von Neu- und Umbauten die Belange von mobilitätsbehinderten Menschen im Rahmen der Bauvorschriften beachtet, eine systematische Gestaltung der Infrastruktur für Menschen mit Behinderungen ist aber in keiner der kreisangehörigen Städte und Gemeinden erkennbar.

Der ÖPNV ist für Menschen mit Behinderungen nur sehr eingeschränkt nutzbar. Diese Benachteiligung wird nicht durch das Angebot eines speziellen Behindertenfahrdienstes ausgeglichen.

Der Sensibilisierung der Gemeinden und Städte kommt für die Weiterentwicklung des Unterstützungsangebotes eine zentrale Bedeutung zu. Der Impuls zum Ausbau Offener Hilfen und zur Organisation der Unterstützung durch ein Persönliches Budget kann nur wirksam werden, wenn sich die Gemeinden und Städte auf die spezifischen Belange von Menschen mit Behinderungen einstellen. Die kreisangehörigen Städte und Gemeinden sind allerdings zu klein, um in ihnen Strukturen zur Vertretung von Menschen mit Behinderungen eigenständig zu entwickeln. Koordinierende und strukturierende Leistungen müssen deshalb auf Kreisebene erbracht werden.

Empfehlungen

Ziel: Beseitigung von Benachteiligungen im Sinne des Landgleichstellungsgesetzes

Maßnahmen:

- Die Gestaltung von schriftlichen Bescheiden, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtlichen Verträgen und Vordrucken hinsichtlich der besonderen Belange behinderter Menschen wird überprüft.
- Die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum wird auf der Grundlage von Prioritätenlisten schrittweise hergestellt.
- Das Wohnraumangebot für Menschen mit Behinderungen wird durch gezielte Wohnungsbauförderung und Informationen zu den Möglichkeiten zur Wohnraumanpassung und dem Einsatz von Hilfsmitteln verbessert.
- Die Nutzbarkeit des ÖPNV wird zum einen durch eine Schwachstellenanalyse im Rahmen der Fortschreibung des Nahverkehrsplans und zum anderen durch eine

schrittweise Herstellung von Barrierefreiheit auf der Grundlage eines Maßnahmenkatalogs mit Prioritätensetzung verbessert; die Nahverkehrsträger werden zur Informationsweitergabe bezüglich der Barrierefreiheit der Zugänge und Fahrzeuge in Fahrplänen verpflichtet.

- Die Mitarbeiter/innen in Behörden und Diensten werden im qualifizierten Umgang mit Menschen mit Behinderungen (Dienstleistung auf Augenhöhe) geschult.

3.4 Selbsthilfegruppen

Im Kreis Ahrweiler gibt es eine beeindruckende Zahl von Selbsthilfegruppen, die durch ein hohes Maß an ehrenamtlichem Engagement getragen wird. Selbsthilfegruppen sind mittlerweile als ein unverzichtbarer Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung anerkannt.

Die Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen ist seit 1993 im Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahre 2000 wurden die Förderregelungen (§ 20,4) präzisiert. Vor allem wurde für das Jahr 2000 ein Förderbetrag von 0,51 Euro festgelegt, der in den Folgejahren angepasst werden sollte und wurde.³⁰

Wichtigstes Merkmal der Selbsthilfe ist, dass sie vom Engagement der Betroffenen getragen wird und so von professioneller Hilfe deutlich unterschieden werden kann. Es wächst jedoch zugleich die Einsicht, dass Selbsthilfegruppen bei der Entwicklung von Strukturen und bei der Artikulation von Interessen im politischen Raum auf Unterstützung angewiesen sind.

Im "Psychosozialen Beratungsführer 2001" für den Landkreis Ahrweiler³¹ sind eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen aufgelistet, die ein breites, nicht nur behinderungsspezifisches, Themenspektrum abdecken. In Gesprächen mit Vertreter/inne/n von Selbsthilfegruppen wurde jedoch deutlich, dass sie es häufig als sehr schwierig empfinden, mit ihrem Anliegen auf Verständnis zu stoßen. Auch fehlt es an Räumlichkeiten für Treffen von Selbsthilfegruppen.

Innerhalb einer Selbsthilfegruppe können sich Betroffene mit ihren Beeinträchtigungen auseinandersetzen, ihre Bedürfnisse und Interessen artikulieren und auf Defizite im Unterstützungssystem aufmerksam machen. Eine lange Tradition haben Selbsthilfegruppen von Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen und auch Selbsthilfegruppen von Angehörigen. In jüngster Zeit bilden sich bundesweit verstärkt auch Selbsthilfegruppen von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Ein vergleichbarer Impuls zur Gründung, wie die so genannten ‚People-First‘³² Gruppen dies verfolgen, wurde bislang im Kreis Ahrweiler noch nicht aufgegriffen.

Positiv ausgestaltet erleben die Planer die Arbeit des "Fördervereins gemeindenahe Psychiatrie" im Landkreis. Die enge Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Psychiatrieerfahre-

30 Unter der Federführung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen wurde 2003 ein Praxisleitfaden für Krankenkassen und Selbsthilfegruppen unter dem Titel ‚Fördern und fordern‘ erstellt. Er enthält sehr konkrete Möglichkeiten zu den Fördermöglichkeiten und auf einer beigelegten CD sind die Antragsformulare mit Ausfüllhilfen. Die Broschüre kann bestellt werden unter www.bkk-bv.de oder telefonisch unter 0201/179-1288.

31 herausgegeben in 2001 von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG).

32 Zur weiteren Information wird auf das Internetangebot des Netzwerks People First e.V. in Deutschland (www.peoplefirst.de) hingewiesen. Dort ist auch eine Arbeitshilfe zur Initiierung solcher Gruppen erhältlich.

nen ermöglicht eine vielschichtige und konzentrierte Interessen- und Lobbyarbeit. Als Experten in eigener Sache stellen sie ihre politische Einflussnahme, eine öffentlichkeitswirksame Darstellung ihrer spezifischen Belange und Bedürfnisse sowie die gegenseitige Unterstützung (orientiert am Leitgedanken der Hilfe zur Selbsthilfe) in den Mittelpunkt des gemeinsamen Engagements.

Einschätzung

Die Selbsthilfe im Kreis Ahrweiler zeigt ein breites Spektrum. Die Selbsthilfegruppen können ihr Anliegen jedoch nur schwer in der Öffentlichkeit vertreten und sind nicht generell in die Strukturen der Planung eingebunden.

Empfehlungen

Ziel: Stärkung der Selbsthilfe

Maßnahmen:

- Selbsthilfegruppen werden durch regelmäßige Selbsthilfetage unterstützt.
- Der Kreis regt die Bildung einer selbstorganisierten Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen an, deren Sprecher/innen in Planungsprozesse einbezogen werden.
- Die Verbände und Träger von Angeboten für Menschen mit geistiger Behinderung regen zur Gründung von ‚People First‘ Gruppen an.
- Die eigenständige Entwicklung einer oder mehrerer Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung wird angeregt.

3.5 Advokatorische Interessenvertretung

Damit auch Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen möglichst selbstbestimmt leben können, sind sie in bestimmten Fällen auf Beistand bei der Erledigung ihrer Angelegenheiten angewiesen. Eine solche Unterstützung soll insbesondere durch gesetzliche Betreuer/innen nach dem Betreuungsrecht gewährleistet werden. Dabei soll eine größtmögliche Eigenverantwortlichkeit gewahrt bleiben. Die Chancen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sind ganz wesentlich von der Qualität der gesetzlichen Betreuung abhängig. Es handelt sich um eine Gradwanderung zwischen der Ermöglichung von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung. Die Anforderungen an gesetzliche Betreuer/innen für Menschen mit Behinderungen steigen, wenn es nicht nur darum geht einmalig ein geeignetes Unterstützungsangebot zu finden, an das die meisten Betreuungsaufgaben übergehen. Wenn Menschen mit Behinderungen in ihrer eigenen Wohnung leben und möglichst selbstständig ein individuelles Unterstützungsarrangement entwickeln sind sie auf kontinuierlichen Beistand insbesondere bei Rechtsgeschäften angewiesen. Diese Aufgaben können und sollen nur zum Teil auf professionelle Dienste übergehen. Der gesetzliche Betreuer soll die von ihm betreute Person auch im Umgang mit professionellen Diensten unterstützen und die Interessen des Betreuten advokatorisch wahrnehmen.

Tabelle 4: Betreuungen im Kreis Ahrweiler zum Stand Mai 2005

Ehrenamtliche Betreuungen	1.144
Vereinsbetreuungen	184
Berufsbetreuungen	276
Amtsbetreuungen	21
Gesamt:	1.625

Die Statistik der Betreuungsbehörde zeigt einen hohen Bedarf an Betreuungen (1,24% der Bevölkerung). Dieser liegt deutlich unter dem Wert für Rheinland Pfalz (1,42% der Bevölkerung zum 31.12.2003)³³ und auch unter dem Bundesdurchschnitt (1,29% der Bevölkerung zum 31.12.2003). Der Bedarf an Betreuungen ist seit der Einführung des Betreuungsrechtes stetig gestiegen. Die jährlichen Steigerungsraten liegen zwischen 6 und 8 Prozent³⁴. Die größte Gruppe von Personen mit einer gesetzlichen Betreuung sind ältere Menschen mit Demenzerkrankungen.

Das Betreuungsrecht sieht vor, dass Betreuungen in erster Linie ehrenamtlich geleistet werden. Vereinsbetreuer/innen oder Berufsbetreuer/innen sollen nur dann bestellt werden, wenn dies nicht möglich ist. Wird kein/e gesetzliche/r Betreuer/in gefunden, ist die Betreuungsbehörde des Kreises Ahrweiler zuständig. Die Statistik für den Kreis Ahrweiler zeigt, dass die Betreuungen tatsächlich zum größten Teil ehrenamtlich geleistet werden. Das ist zunächst eine positive Feststellung. Bei den ehrenamtlichen Betreuer/inne/n handelt es sich in den überwiegenden Fällen um Familienangehörige. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung kann dies vor dem Hintergrund ohnehin erschwerter Ablösungsprozesse problematisch sein.

Der Personenkreis von jüngeren Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit Suchterkrankungen stellt ein wichtiges Klientel für die Vereins- und Berufsbetreuer/innen dar. In diesen Bereichen stoßen ehrenamtliche Betreuungen schnell an Grenzen. Auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl alleinlebender älterer Menschen ist mit einem wachsenden Bedarf an Vereins- und Berufsbetreuungen zu rechnen.

Im Kreisgebiet sind der Betreuungsverein des Diakonischen Werkes des Kirchenkreises Koblenz und der Betreuungsverein des Sozialdienstes katholischer Frauen und Männer tätig. Neben der Übernahme von gesetzlichen Betreuungen haben die Betreuungsvereine die Aufgabe ehrenamtliche Betreuer/inne/n zu gewinnen und zu begleiten. Sie erhalten für diese Arbeit Zuschüsse des Landes und des Kreises. Die Betreuungsvereine kooperieren eng mit der Betreuungsbehörde und haben ein gemeinsames Jahresprogramm herausgegeben.

Die Mitarbeiter/innen der Betreuungsvereine und der Betreuungsbehörde beobachten eine zunehmende Komplexität in der Wahrnehmung von Betreuungsaufgaben. Diese würde sich

³³ Die Zahlen entstammen der nicht amtlichen Justizstatistik, die unter www.bmj.bund.de zur Verfügung steht. Im Internet steht ein umfassendes Lexikon zum Betreuungsrecht zur Verfügung unter www.ruhr-uni-bochum.de/zme. Eine Aufgliederung nach den unterschiedlichen Formen der gesetzlichen Betreuungen ist leider nicht möglich.

³⁴ Nach der Justizstatistik stiegen die gesetzlichen Betreuungen bundesweit von 600.023 im Jahre 1995 auf 1.060.731 im Jahre 2003.

durch einen Ausbau der Offenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen noch verschärfen. Prozesse der Verselbständigung müssen durch die gesetzlichen Betreuer/innen begleitet werden. Viel häufiger sind Entscheidungen und Hilfestellungen bei der Inanspruchnahme von Hilfen und der Organisation des Alltags erforderlich. Diese Anforderung steht den Intentionen zur Novellierung des Betreuungsrechtes entgegen. Der Gesetzgeber möchte durch eine Pauschalierung der Betreuungsvergütung einerseits eine Verwaltungsvereinfachung erreichen andererseits aber auch den durch die Fallzahlentwicklung steigenden Kosten entgegenwirken. Nach Einschätzung der Mitarbeiter/innen der Betreuungsvereine würde dies zu einer Standardisierung von gesetzlichen Betreuungen und der Suche nach einfachen Betreuungsarrangements führen, die sich eher im Rahmen stationärer Einrichtungen realisieren lassen.

An den beiden Amtsgerichten im Kreis (Bad Neuenahr-Ahrweiler und Sinzig) sind neben den Vereinsbetreuer/inne/n zurzeit etwa zwanzig Berufsbetreuer/innen zugelassen. Über das formale Zulassungsverfahren hinaus gibt es in diesem Bereich nur wenige Möglichkeiten zur Überprüfung der Qualität der Betreuungen. Seitens der Betreuungsbehörde wurde in diesem Jahr erstmalig eine Veranstaltung zum Betreuungsrecht organisiert, durch die auch die Berufsbetreuer angesprochen wurden. Das Angebot zum Erfahrungsaustausch zwischen den gesetzlichen Betreuern, der Betreuungsbehörde des Kreises, dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung und dem Amtsgericht wurde gut angenommen.

Eine advokatorische Interessenvertretung wird auch durch Beschwerdestellen wahrgenommen, an die sich Betroffene bei Schwierigkeiten mit Verwaltungsstellen, Diensten und Einrichtungen wenden können. Es stärkt die Position der Nutzer/innen bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen und trägt auf diese Weise zu einer verbesserten Dienstleistungsorientierung im Bereich der Verwaltung und der Erbringung von Leistungen bei.

Im Bereich der Pflege fungieren die ambulanten Hilfezentren als solche Beschwerdestellen. Zusätzlich wurde in Trägerschaft der Verbraucherzentrale ein zentrales Beschwerdetelefon eingerichtet, an das sich Betroffene direkt wenden können.³⁵ In anderen Unterstützungsbereichen gibt es ein solches Angebot nicht.

In anderen Regionen wurde das Amt des Ombudsmannes eingerichtet. So ist beispielsweise im Kreis Olpe (NRW) ein Ombudsmann vom Kreistag für fünf Jahre gewählt. Er nimmt seine Tätigkeit ehrenamtlich wahr und hat die Aufgabe, in Konfliktfällen auf Anfrage von Betroffenen zu vermitteln. Er nimmt auch die Aufgaben des Patientenfürsprechers wahr. Der Ombudsmann hat Rederecht im zuständigen Ausschuss und gibt dem Kreistag über seine Arbeit jährlich einen Bericht. Der Ombudsmann ist ein wichtiger Ansprechpartner für Betroffene. Er wird von den Mitarbeiter/inne/n von Diensten und Einrichtungen als Interessenvertretung und Vermittlungsinstanz ernst genommen.

Einschätzung

Das Angebot der Betreuungsvereine und deren Kooperation mit der Betreuungsbehörde ist gut entwickelt. Eine stärkere Einbeziehung der Berufsbetreuer/innen wird angestrebt. Die Novellierung des Betreuungsrechtes zum 01.07.05 (Zweites Betreuungsrechtsänderungsgesetz)

35 Über das Angebot informiert das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit in Faltblättern und im Internet unter www.masfg.rlp.de (Soziales / Pflegeversicherung).

kann für die Wahrnehmung der Aufgaben nach dem Betreuungsrecht problematische Auswirkungen haben (Pauschalierung der Betreuungsvergütung).

Im Kontext der Verbesserung von Teilhabechancen und dem selbstbestimmten Umgang mit professionellen Hilfen übernehmen gesetzliche Betreuer/innen in Abgrenzung einerseits gegenüber den professionellen Diensten und andererseits gegenüber der Herkunftsfamilie eine wichtige Aufgabe.

Die Anforderungen an eine gesetzliche Betreuung ändern sich mit der Umsetzung des Vorrangs offener Hilfen. Menschen mit einer geistigen Behinderung müssen sich im Prozess der Verselbständigung und Ablösung von ihrer Herkunftsfamilie auf eine von ihrer Familie und von professionellen Angeboten unabhängige Unterstützung und Begleitung durch eine/n gesetzliche/n Betreuer/in verlassen können.

Beschwerdestellen gibt es bislang nur im Bereich der Pflege. Eine Ausweitung auf andere Unterstützungsbereiche kann zu einer Verbesserung der Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen beitragen.

Empfehlungen

Ziel: Verbesserung der Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen und für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Maßnahmen:

- Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die auf eine gesetzliche Betreuung angewiesen sind, können dafür gewonnen werden, beispielsweise im Rahmen einer geeigneten Veranstaltung, Qualitätskriterien für eine gute gesetzliche Betreuung zu erarbeiten.
- Der Gewinnung und Begleitung von ehrenamtlichen Betreuer/inne/n, die zur Übernahme einer Betreuung für Menschen mit geistiger Behinderung bereit sind, sollten in der Arbeit des Betreuungsvereins eine besondere Beachtung geschenkt werden. Grundlegend können dafür die von den Betroffenen entwickelten Anforderungen sein.
- Bei der Planung von Hilfen für Menschen mit Behinderungen sollten die Möglichkeiten und Aufgaben der gesetzlichen Betreuung einbezogen werden.

Ziel: Stärkung der Position der Nutzer/innen bei der Inanspruchnahme von Leistungen

Maßnahme:

- Das Amt eines Ombudsmannes / einer Ombudsfrau als Beschwerdestelle für Menschen mit Behinderungen wird eingerichtet.

3.6 Information und Austausch

Keine der Gemeinden und Städte im Kreis Ahrweiler verfügt über eigene Informationsmaterialien für Menschen mit Behinderungen und für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Verwiesen wird auf das Sozialamt, auf allgemeine Broschüren des Sozialministeriums und auf die Ambulanten Hilfezentren.

Es gibt keine Informationen über die behindertengerechte Zugänglichkeit von Einrichtungen und Stellen in der öffentlichen Infrastruktur. Solche Informationen sind für die Bürger/innen

des Kreises aber auch für die Weiterentwicklung des Tourismus notwendig. Die Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler hat sich in diesem Zusammenhang an einem Landeswettbewerb zur Entwicklung einer barrierefreien touristischen Modellregion beteiligt.

Im europäischen Kontext wurden Standards für die Erfassung der notwendigen Daten zur Feststellung von Barrierefreiheit entwickelt. Zugleich wird im Internet eine Datenbank aufgebaut von der Informationen aus europäischen Städten abgerufen werden können (www.you-too.net/de). Die Daten werden von regionalen Projektgruppen erhoben, die in der Arbeit mit einer eigens entwickelten Software (barrier-info) geschult werden und diese dann beispielsweise mit Hilfe eines Laptops vor Ort aufnehmen können.

Einschätzung

Die Informationen für Menschen mit Behinderungen über die behindertengerechte Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von öffentlichen Einrichtungen sind unzureichend. Diese Situation stellt für Bürger/innen der Städte und Gemeinden im Kreis Ahrweiler und für Besucher/innen von außerhalb ein Problem dar. Eine Verbesserung der Situation ist für die Städte und Gemeinden auch unter dem Gesichtspunkt der Tourismusförderung attraktiv.

Empfehlungen

Ziel: Verbesserung der Informationsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen zur Nutzung der öffentlichen Infrastruktur

Maßnahmen:

- Bildung von Projektgruppen, um Datenerhebungen zur behindertengerechten Zugänglichkeit von öffentlichen Einrichtungen durchzuführen, die in das europaweite Informationssystem ‚you-too‘ eingespeist werden können. Die Aufgabe kann von Mitarbeiter/inne/n der Verwaltung aber auch von lokalen Selbsthilfegruppen wahrgenommen werden.
- Kreisweite Abstimmung des Verfahrens und Erstellung einer Prioritätenliste der zu erfassenden Einrichtungen.

3.7 Integration im Kultur- und Freizeitbereich

Die Gestaltung der freien, also nicht von Erwerbs- und Reproduktionsarbeit bestimmten Zeit, dient einerseits der Erholung und Entspannung und andererseits der Befriedigung von kulturellen, kreativen und konsumptiven Bedürfnissen. Durch die Ausweitung dieser freien Zeit in unserer Gesellschaft gewinnt die Freizeitgestaltung einen hohen Stellenwert für die individuelle Lebensqualität. Funktionale und soziale Barrieren erschweren die Teilnahme von Menschen mit Behinderungen an üblichen Freizeitangeboten. Die Individualisierung und Konsumorientierung im Freizeitbereich begrenzt die Teilnahme von Menschen mit Behinderungen mit geringem oder gar keinem Einkommen. Sie sind meist auf die Teilnahme an nicht kommerziellen Freizeitangeboten beispielsweise in Vereinen und Kirchengemeinden oder auf Angebote öffentlicher Kultur- und Bildungseinrichtungen angewiesen.

Der Freizeitbereich ist für die Teilhabe und Integration von Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen von zentraler Bedeutung. Hier finden soziale Kontakte außerhalb von professionellen, formalisierten Beziehungen statt. Der Freizeitbereich

kann gleichermaßen dazu beitragen Ausgrenzung zu verfestigen oder auch zu überwinden.

Es gibt im Kreis Ahrweiler ein Freizeitangebot für Menschen mit Behinderungen, das von Vereinen behinderter Menschen, Diensten und Einrichtungen organisiert wird. Vor dem Hintergrund des Anspruchs auf Teilhabe kommt der Teilnahme von Menschen mit Behinderungen und von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an allgemeinen Freizeitaktivitäten große Bedeutung zu. Die Erfahrungen zeigen, dass es sich dabei um eine breiter anzulegende Aufgabe handelt. Viele Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen Ermutigung und Unterstützung zur Aufnahme von Freizeitkontakten außerhalb von geschützten Räumen. Menschen ohne Behinderungen müssen Vorurteile überwinden, um ungezwungene Alltagskontakte zu pflegen und Anbieter im Freizeit- und Kulturbereich müssen sich für die spezifischen Bedürfnisse sensibilisieren. Häufig bedarf es der Initiierung von Kontakten und der Sicherstellung der Zugänglichkeit.

Zur Frage nach dem Vorhandensein von Gruppen, die sich für die Teilnahme von Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am kulturellen Leben und für die Integration in Vereinen und in allgemeine Freizeitangebote engagieren, können nur eine Stadt und zwei Verbandsgemeinden Aussagen machen. Dabei wird auf Selbsthilfegruppen vor Ort, Sportvereine und spezielle Behindertensportgemeinschaften verwiesen. Im Zusammenhang mit der finanziellen Förderung solcher Aktivitäten wird auf Eintrittsermäßigungen und die allgemeine Sportförderung verwiesen. Aus den Interviews mit dem Werkstatttrat der WfbM, dem Heimbeirat des Lebenshilfehauses in Sinzig und mit Vertreter/inne/n von Selbsthilfegruppen wird deutlich, dass die Teilnahme an allgemeinen Freizeitangeboten schwierig ist und häufig zugunsten von besonderen Veranstaltungen und Gruppentreffen zurückgestellt wird.

Einschätzung

Es gibt im Kreis Ahrweiler ein Freizeitangebot für Menschen mit Behinderungen, das von Trägern der Behindertenhilfe organisiert wird. Dieses Angebot ist allerdings wenig dezentralisiert. Daher ist seine Nutzung durch Personen etwa aus der Eifelregion erschwert. Von dem allgemeinen Freizeit-, Kultur- und Bildungsangebot im Kreis Ahrweiler bleiben Menschen mit Behinderung aufgrund baulicher und sozialer Barrieren vielfach noch ausgeschlossen.

Empfehlungen

1. Ziel: Vermeidung von Benachteiligung im Freizeitbereich

Maßnahme:

- Aufnahme des Benachteiligungsverbots in die allgemeine Freizeit- und Kulturförderung, sowie in die Förderung der außerschulischen Bildungsarbeit: Eine öffentliche Förderung von Freizeit-, Bildungs- und Kultureinrichtungen gleich welcher Art kann nur dann erfolgen, wenn der Träger nachweist, dass diese wenn irgend möglich für Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zugänglich gemacht werden. Dies kann beispielsweise durch den Hinweis im Veranstaltungsprogramm erfolgen, dass Menschen mit Behinderungen bei Bedarf zur Teilnahme an einer Veranstaltung oder einem Kurs Unterstützung finden.

2. Ziel: Verbesserung der Integration

Maßnahmen:

- Eigene Veranstaltungen des Kreises werden nur in barrierefreien Räumen abgehalten.
- Bei Bedarf wird ein/e Gebärdendolmetscher/in zur Verfügung gestellt.
- Schriftliche Materialien werden auf Ton- oder Datenträgern bereitgehalten.
- Menschen mit kognitiven Einschränkungen werden bei Bedarf zusätzliche Erklärungen in leicht verständlicher Sprache gegeben.
- Dienste und Einrichtungen stehen Anbietern im Freizeitbereich als Ansprechpartner für die Gestaltung eines behindertengerechten Freizeitangebotes zur Verfügung.
- Schulungsangebote für ehrenamtliche Leiter/innen von Freizeitgruppen.

4 Übergreifende Ergebnisse der schriftlichen Befragungen

4.1 Fragebogen zur Struktur der Dienste und Einrichtungen

Durch die schriftliche Befragung sollten alle Dienste und Einrichtungen erreicht werden, die Hilfen für Menschen mit Behinderungen und Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erbringen. In den Versand der Fragebögen wurden alle Dienste und Einrichtungen (222) einbezogen, in denen Menschen aus dem Kreis Ahrweiler betreut oder gefördert werden. Dadurch waren auch viele Einrichtungen einbezogen, die außerhalb des Kreisgebietes liegen und nur für einzelne Menschen Leistungen erbringen. Berufsbetreuer (20) und Betreuungsvereine (2) wurden mit einem leicht modifizierten Fragebogen angeschrieben.

In einem Fragebogen zur Strukturhebung wurden Informationen darüber erhoben:

- welche Zielgruppen erreicht werden,
- wie sich der Kreis der Nutzer/innen zusammensetzt,
- welche Vereinbarungen mit Kostenträgern und
- welche Perspektiven für die Entwicklung eines Netzwerkes Offener Hilfen bestehen.

Der Rücklauf von 77 (34,7%) (Betreuungsvereine 2 (100%) und Berufsbetreuer 6 (20%)) der Fragebögen ist angesichts der breiten Streuung als zufriedenstellend zu betrachten. Bei Einrichtungen im Kreis Ahrweiler, die unmittelbar dem Feld der Hilfen für Menschen mit Behinderungen zugeordnet werden können, ist der Rücklauf zudem deutlich höher. Hier werden sehr hohe Rücklaufquoten erzielt. In 21 Fällen wurde die Teilnahme an der Befragung abgelehnt, da eine sozialräumliche Beziehung zum Kreis Ahrweiler nicht vorhanden sei. Die meisten Fragebögen, insbesondere von Diensten und Einrichtungen aus dem Kreisgebiet, wurden sehr sorgfältig bearbeitet, was auf ein hohes Interesse an der Teilhabeplanung schließen lässt

Tabelle 5: Versand und Rücklauf der Fragebögen für Dienste und Einrichtungen

	Versand		Rücklauf	
	insgesamt	im Kreisgebiet	insgesamt	im Kreisgebiet
Heilpädagogische Kindertageseinrichtung	5	1	2	1
Sonderschulen	16	5	6	4
Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe	85	4	21	4
Altenpflegeeinrichtungen	17	17	5	5
Pflegedienste, AHZ und Notruf	18	18	10	10
Sonstige amb. Angebote, Beratungsstellen und Fahrdienste	11	10	10	10
WfbM / Tagesförderstätten und Integrationsfachdienste	14	4	4	4
Kliniken	2	2	2	2

Betreuungsvereine	2	2	2	2
Berufsbetreuer/innen	20	8	4	3
Frühförderung	4	1	4	1
niedergelassene Therapeut/inn/en	11	11	1	1
Niedergelassene Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie	16	16	3	3
Niedergelassene Fachärzte/Fachärztinnen für Kinderheilkunde	6	6	0	0
Sonstige	17	2	6	5
Gesamt:	244	97	77	52

Die tabellarische Übersicht weist bereits auf ein zentrales Merkmal des Unterstützungsangebotes im Landkreis Ahrweiler hin. Viele Angebote werden außerhalb des Kreises in Anspruch genommen. Dies gilt bereits für die Frühförderung, den Besuch von Kindertageseinrichtungen und Schulen. In diesen Bereichen ist insbesondere der Besuch von Einrichtungen im Kreis Neuwied typisch. Am größten ist die Diskrepanz von Einrichtungen innerhalb und außerhalb des Kreisgebietes bei den stationären Wohneinrichtungen. Im Bereich der Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung liegt dies daran, dass Einrichtungen im Kreisgebiet fehlen und entsprechende Angebote in teilweise weit entfernten Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Es ist nicht erkennbar, dass in diesem Bereich bestimmte Einrichtungen häufig in Anspruch genommen werden. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit Körperbehinderung, mit Sinnesbehinderung und mit seelischer Behinderung werden Hilfen häufig in Einrichtungen in benachbarten Regionen in Anspruch genommen, die (noch) als überregionale Einrichtungen in Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe geführt werden.

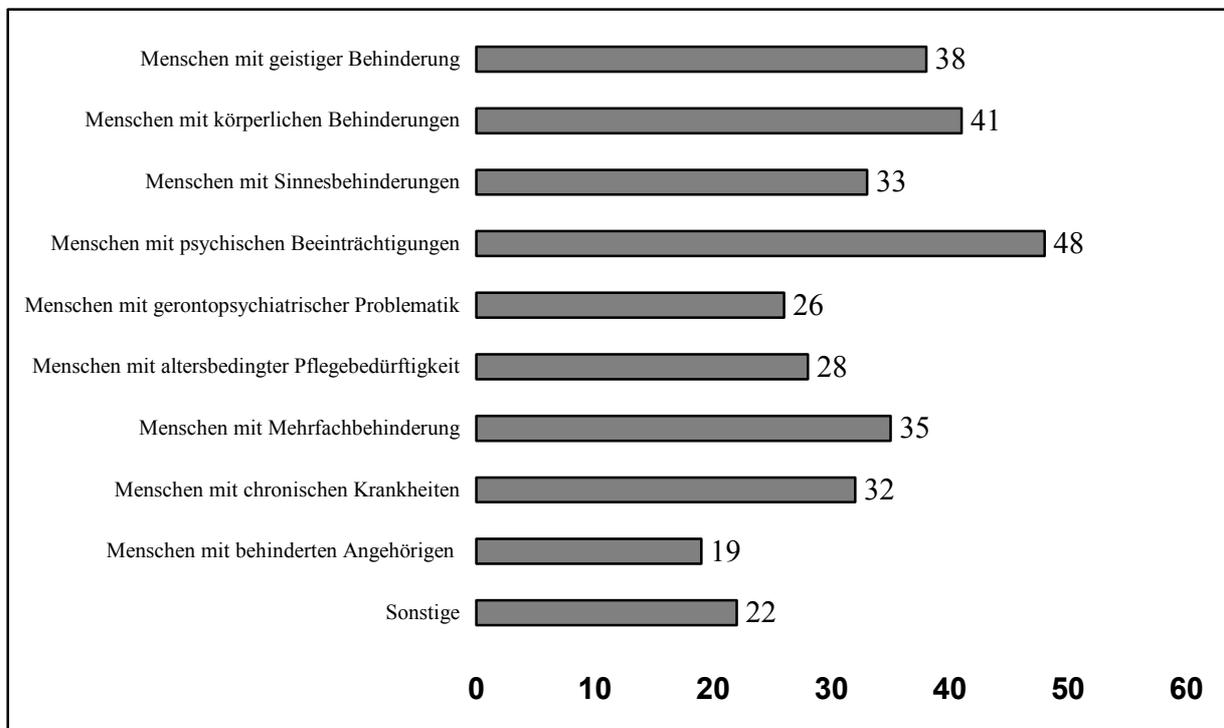
Neben der Art der Angebote ist die sozialräumliche Verteilung der befragten Dienste und Einrichtungen von Interesse. Aus den Adressen zum Versand der Fragebögen im Kreisgebiet geht hervor, dass fast die Hälfte der angeschriebenen Dienste und Einrichtungen (43,4%) in der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler angesiedelt ist. Es folgt mit großem Abstand die Stadt Sinzig (17,2%), die Verbandsgemeinde Brohlthal (12,3%), die Stadt Remagen (10,7%), die Verbandsgemeinde Bad Breisig (6,6%), die Verbandsgemeinde Adenau (5,7%), die Verbandsgemeinde Altenahr und die Gemeinde Grafschaft (1,6%).

Die Auswertungen des Fragebogens fließen in die Ausführungen zu den einzelnen Angeboten ein. An dieser Stelle werden daher nur einige zusammenfassende Auswertungen vorgestellt, die einen Überblick über die Gesamtsituation des Hilfeangebots geben.

Adressatenkreis

Der Schwerpunkt im Adressatenkreis entspricht der Schwerpunktsetzung des Untersuchungsauftrages. Sehr häufig sind Mehrfachnennungen.

Diagramm 1: Adressatenkreis der Einrichtungen (n = 77; Mehrfachnennungen möglich)³⁶



Unter der Kategorie ‚Sonstige‘ wurden insbesondere vermerkt: Frühgeborene, Risikokinder, Teilleistungsstörungen, Lernbehinderung, Verhaltensauffälligkeiten und Suchterkrankungen.

Erkennbar ist die Neigung im Fragebogen einen sehr weiten Adressatenkreis anzugeben. In neun Fällen werden alle Zielgruppen angegeben. Nur bei dem Adressatenkreis ‚Menschen mit altersbedingter Pflegebedürftigkeit‘ wird in zehn Fällen lediglich diese eine Zielgruppe angegeben. Die Zielgruppen Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischer Behinderung werden in 27 Fällen gemeinsam angesprochen.

Fragt man nach Schwerpunkten im Adressatenkreis so werden in 24 Fällen Menschen mit psychischen Erkrankungen, in 15 Fällen Menschen mit altersbedingter Pflegebedürftigkeit und in zwölf Fällen Menschen mit geistiger Behinderung genannt. Während Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen an vielen Stellen des Kreises vorgehalten werden, konzentrieren sich die Dienste und Einrichtungen speziell für Menschen mit geistiger Behinderung auf die Stadt Sinzig.

Aus einer nachträglichen Codierung der Kurzbeschreibung des Unterstützungsangebotes (n=64) geht hervor, dass 24 Angebote im Bereich der Behandlung, Therapie und Förderung anzusiedeln sind, 16 Dienste schwerpunktmäßig Leistungen der ambulanten Eingliederungs-

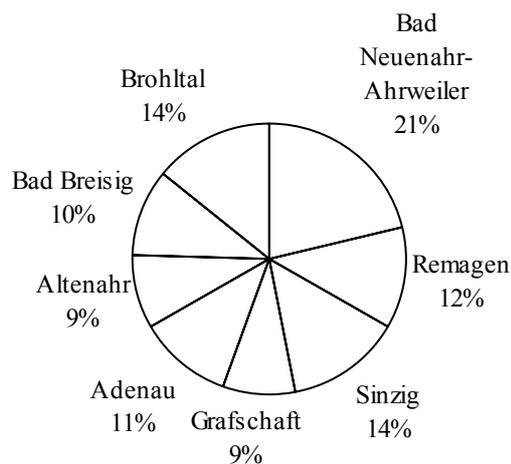
³⁶ Die Angabe ‚n‘ bezieht sich in dieser und allen folgenden Auswertungen auf die vorliegenden Antworten in den Fragebögen. Insgesamt konnten 77 (n=77) Fragebögen ausgewertet werden. Da in manchen Fragebögen nicht alle Fragen beantwortet wurden, fällt der Wert ‚n‘ bei einigen Auswertungen niedriger aus.

hilfe oder Beratung vorhalten und 13 Einrichtungen im Bereich (teil)stationäre Eingliederungshilfe tätig sind. Zehn Dienste und Einrichtungen bieten pflegerische Hilfen und zwei Dienste hauswirtschaftliche Hilfen vorwiegend für ältere Menschen an.

Einzugsbereich der Einrichtungen

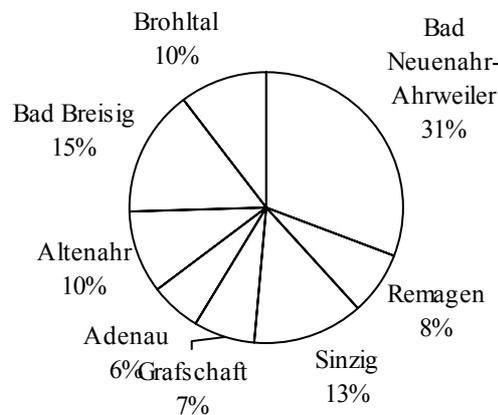
Fragen zum Einzugsbereich werden in den Abschnitten zu den jeweiligen Angeboten dargestellt. An dieser Stelle soll untersucht werden, ob sich die ungleichmäßige Verteilung der Dienste und Einrichtungen auch im Einzugsgebiet der Nutzer/innen widerspiegelt. Dazu wurden nur die Dienste und Einrichtungen im Kreisgebiet (n=52) in die Auswertung einbezogen. Aufgrund fehlender oder falscher Angaben konnten lediglich die Angaben aus 42 Fragebögen berücksichtigt werden. Die Einrichtungen und Dienste im Kreis Ahrweiler werden im Durchschnitt von ca. 20,6% der Personen außerhalb des Kreisgebietes genutzt. Wenngleich es dabei zu großen Abweichungen kommt, lässt sich doch ein hohes Maß an regionaler Orientierung feststellen.

Diagramm 2: Bevölkerungsanteile in den Städten, Gemeinden und Verbandsgemeinden im Kreis Ahrweiler³⁷



37 Auf der Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes

Diagramm 3: Herkunft der Nutzer/innen der Dienste und Einrichtungen im Landkreis Ahrweiler (n=42)³⁸



Es zeigt sich, dass ein erhöhter Anteil der Nutzer/innen der Dienste und Einrichtungen aus Bad Neuenahr-Ahrweiler kommt. Dies ist aber aufgrund der Orientierung vieler Unterstützungsangebote an der Zielgruppe älterer Menschen und der Altersstruktur der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler erwartbar.

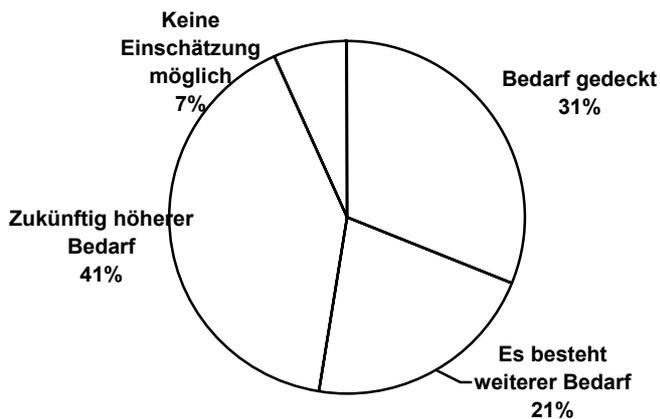
Betrachtet man den Einzugsbereich der Einrichtungen, die die Zielgruppe Menschen mit geistiger Behinderung angibt, so zeigt sich kein signifikant abweichendes Bild. Trotz des Standortes der Lebenshilfe und der Caritas-Werkstätten in Sinzig ist der durchschnittliche Anteil der Nutzer/innen aus Sinzig mit 14,9% nur leicht erhöht. Bei der Herkunft der Nutzer/innen von Diensten und Einrichtungen, die als Zielgruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen angeben, fällt hingegen auf, dass ein erhöhter Teil (37%) aus Bad Neuenahr-Ahrweiler stammen.

Bedarfseinschätzungen

Bedarfseinschätzungen unterscheiden sich nach dem Angebot der Einrichtungen. Die Zusammenfassung der Bedarfseinschätzung ermöglicht den Blick auf das gesamte Unterstützungsangebot und die Wahrnehmung von Bedarfslagen. Es wurden nur die Angaben in Fragebögen aus dem Kreis Ahrweiler berücksichtigt.

³⁸ Die grafische Darstellung bezieht sich auf die Mittelwerte des prozentualen Anteils der Herkunft der Nutzer/innen einzelner Dienste und Einrichtungen.

Diagramm 4: Bedarfseinschätzungen (n=47)



Das Ergebnis zeigt, dass die Einrichtungen und Dienste ein klares Bild von dem bestehenden Bedarf haben. In fünf Fällen wurden keine Aussagen zu der Frage getroffen. In vier Fällen konnte keine Einschätzung abgegeben werden.

Eine Bedarfsdeckung ist nach der Einschätzung der meisten Befragten im Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen und teilweise auch bei ambulanten Pflegediensten gegeben.

Die meisten Dienste und Einrichtungen erwarten einen höheren Bedarf. Diese Einschätzung gilt in noch stärkerem Maße für Dienste und Einrichtungen, die als Zielgruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen (42,9%) und Menschen mit geistiger Behinderung (44,7%) angeben. Insbesondere im Bereich ambulanter Hilfen für Menschen mit Behinderungen wird aufgrund des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe und der Einführung des Persönlichen Budgets ein zukünftig höherer Bedarf angenommen.

Ein aktuell höherer Bedarf wird belegt durch die hohe Auslastung oder Überlastung von Einrichtungen und durch das Bestehen von Wartelisten.

Finanzierung

Die Fragen zur Einschätzung der Finanzierung wurden von über der Hälfte der Befragten nicht ausgefüllt. Von den verbleibenden Befragten schätzen etwa die Hälfte die Finanzierung als gesichert an, allerdings nur etwa ein Viertel als ausreichend. 70% davon kritisieren, dass die Finanzierung hohen Aufwand erzeugt.

Kooperationsbeziehungen

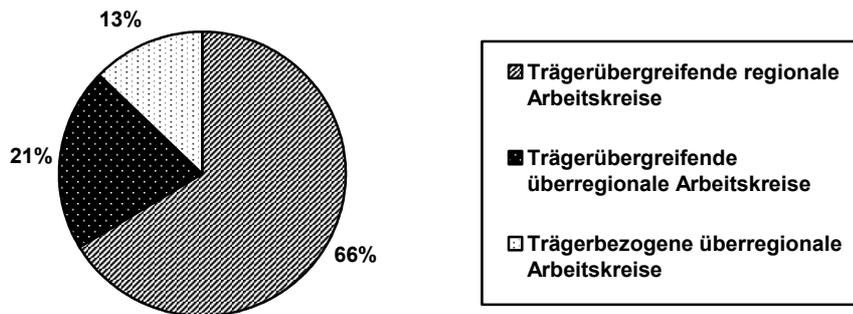
In dem Strukturfragebogen wurden nach Kooperationsbeziehungen durch regelmäßige Mitarbeit in Gremien, Arbeitskreisen und Zusammenschlüssen, durch Mitgliedschaften oder durch Kooperationsvereinbarungen gefragt.

Etwa zwei Drittel aller Befragten im Kreis Ahrweiler geben an, dass ihr Dienst oder ihre Einrichtung regelmäßig in einem Arbeitskreis oder einem Zusammenschluss vertreten ist. Insgesamt werden 86 solcher Kooperationsbeziehungen genannt. Davon entfallen auf die PSAG (18), auf den Psychiatriebeirat (11) und auf den ‚Runden Tisch Behindertenhilfe‘ (5) die meisten Nennungen. Daneben gibt es auf der Ebene des Kreises Fachgremien wie den Arbeitskreis ‚Integration‘ der Kindertageseinrichtungen oder das Treffen der Ambulanten Hilfe-

zentren. Die Vernetzung ist im Bereich der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Behinderung deutlich ausgeprägter als im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger, körperlicher oder Sinnesbehinderung.

Neben den regionalen Treffen entfallen mit 18 Nennungen auf die Teilnahme an trägerübergreifenden überregionalen Facharbeitskreisen mehr Nennungen als auf überregionale Arbeitskreise von Trägern (11 Nennungen).

Diagramm 5: Teilnahme an Arbeitskreisen (n=86)



Mitgliedschaften werden über die Zugehörigkeit zu Wohlfahrtsverbänden und überregionalen Fachverbänden hinaus kaum erwähnt. Es werden insgesamt 23 Kooperationsvereinbarungen erwähnt. Im Vordergrund stehen Kooperationsvereinbarungen zwischen Trägern des gleichen Wohlfahrtsverbandes, durch die offensichtlich das Angebot aufeinander abgestimmt werden sollen. Erwähnt werden auch Kooperationsvereinbarungen zur fachlichen Unterstützung im Bereich therapeutischer und pflegerischer Hilfen und der Frühförderung.

4.2 Fragebogen zur Kooperation und Hilfeplanung

Zusammen mit dem Strukturfragebogen wurden an die Dienste und Einrichtungen mehrere Exemplare eines Fragebogens zur Kooperation und Hilfeplanung verschickt, der sich an Mitarbeiter/innen richtet, die mit der Planung und Bewilligung von individuellen Hilfen für Menschen mit Behinderungen befasst sind. Die Fragebögen wurden auch an Kindertageseinrichtungen und Schulen verschickt. Sie sollten dort ausgefüllt werden, wenn Kinder mit Behinderungen betreut werden. Außerdem wurde der Fragebogen verschickt an die Krankenkassen im Kreis Ahrweiler und Mitarbeiter/innen der Kreisverwaltung im Gesundheits-, Jugend- und Sozialamt.

Von 68 unterschiedlichen Stellen wurden insgesamt 104 Fragebögen zurückgeschickt. Bei diesen Stellen handelt es sich um acht Kindertageseinrichtungen, neun Schulen, zwölf Wohneinrichtungen und das Sozial-, Jugend- und Gesundheitsamt des Kreises Ahrweiler

Im Anschreiben wurde darum gebeten, ausschließlich Kooperationsbeziehungen im Kreis Ahrweiler anzugeben. Daher haben die meisten auswärtigen Dienste und Einrichtungen den Fragebogen nicht zurückgesandt. Die zurückgesandten Fragebögen auswärtiger Dienste enthalten allerdings fast ausschließlich Kooperationsbeziehungen, die sich nicht auf den Kreis Ahrweiler beziehen. Solche Fragebögen konnten nicht in die weitere Auswertung einbezogen werden. An anderen Stellen wurde für jede/n Klienten/Klientin ein gesonderter Fragebogen zu den Kooperationsbeziehungen ausgefüllt. Diese Fragebögen wurden zusammengefasst.

Es verbleiben für die Auswertung 77 Fragebögen von 58 unterschiedlichen Stellen. Insgesamt ist der Rücklauf als mäßig zu bezeichnen. Von Mitarbeiter/inne/n in Diensten und Einrichtungen wurden 65 und von Mitarbeiter/inne/n der Verwaltung zwölf Fragebögen ausgefüllt.

Der Fragebogen sollte von allen Mitarbeiter/inne/n ausgefüllt werden, die mit der Planung von Hilfen befasst sind. In den meisten Fällen wurde jedoch in den Diensten und Einrichtungen ein Fragebogen ausgefüllt. Insgesamt 37 Fragebögen wurden von den Leitungskräften, vier von Pflegedienstleitungen und 17 von pädagogischen Mitarbeiter/inne/n ausgefüllt.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen

- zur Planung von Hilfen für einzelne Hilfeempfänger/innen,
- zur Weiterentwicklung von Angeboten und
- zum Informationsaustausch.

Darüber hinaus werden die Befragten um die Angabe guter und schwieriger Kooperationsbeziehungen gebeten.

Bereits der schlechte Rücklauf deutet auf eine geringe Ausprägung von Kooperationsbeziehungen hin. Menschen mit Behinderungen im Kreis Ahrweiler sind in vielen Fällen auf die Inanspruchnahme von Hilfen außerhalb des Kreises angewiesen. Diese wenden sich auch zum Zwecke der Planung von Hilfen für einzelne Hilfeempfänger/innen nur selten an Stellen im Kreis Ahrweiler.

Kooperation zum Zwecke der Planung von Hilfen für einzelne Hilfeempfänger/innen

Der Austausch bezüglich der Planung von Hilfen für einzelne Hilfeempfänger/innen ist als vergleichsweise intensiv zu bezeichnen. Die Befragten waren gebeten die Gesamtzahl der Personen zu benennen, mit denen sie im letzten halben Jahr über die Planungen für einzelne Hilfeempfänger/innen gesprochen hatten. Nur etwa die Hälfte der Befragten machte dazu eine Angabe. Sie schwankt zwischen eins und 50, der Mittelwert liegt bei elf. Am intensivsten ist dieser Austausch bei Mitarbeiter/inne/n der Verwaltung und an Stellen, die eine Beratungs- und Vermittlungsfunktion wahrnehmen (Beratungsstellen, Sozialdienste, Frühförderstellen). Die Befragten waren darüber hinaus gebeten, die drei wichtigsten Gesprächspartner/innen zu benennen und hierbei auch eine Rangfolge der Bedeutsamkeit vorzunehmen. Durch die Auswertung der ersten Angabe wird deutlich, dass es zur Besprechung solcher Fragen kein einheitliches Verfahren bzw. Muster gibt. Von 77 Befragten werden insgesamt 29 Stellen genannt. Eine herausgehobene Stelle kommt dem Sozialamt (Sachbearbeitung 10 und Hilfeplanung 5 Nennungen), dem Jugendamt (8 Nennungen) und dem Gesundheitsamt (4 Nennungen) zu. Auch die Gesamtauswertung zu allen drei genannten Gesprächspartner/inne/n bestätigt das Bild. Hier werden von den Befragten insgesamt 61 Stellen genannt. Die häufigsten Nennungen erreicht wiederum das Sozialamt (Sachbearbeitung 10 und Hilfeplanung 5 Nennungen) Stellen, gefolgt von dem Jugendamt (10 Nennungen). Alle anderen Stellen erreichen unter zehn Nennungen.

Bei den Kontakten zu Sachbearbeiter/inne/n des Sozialamtes dürfte es in erster Linie um die Abklärung der Kostenübernahme gehen und nicht um einen fachlichen Austausch bezüglich notwendiger Hilfen. Für solche Fragen gibt es bislang ganz offensichtlich keinen zentralen Bezugspunkt. Interessanterweise wird in keinem Fall weder die Servicestelle für Rehabilitation, die hier nach dem SGB IX eine zentrale Bedeutung haben soll, noch eine andere Beratungsstelle genannt. In 27% der Fälle findet ein Austausch ausschließlich in der eigenen Ein-

richtung oder Dienststelle statt.

Im Zusammenhang mit der Einführung des Verfahrens zu individuellen Hilfeplanungen nimmt die im Sozialamt angesiedelte Stelle bei der Planung wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Behinderungen eine zentrale Stelle an. Da das Planungsverfahren zum Zeitpunkt der Erhebung gerade erst anlief, sind noch keine Aussagen zur Akzeptanz des Verfahrens möglich.

Kooperation zum Zwecke der Organisation und Weiterentwicklung von Hilfen und Angeboten für Menschen mit Behinderungen

Auch bezüglich der Planungen zum Zwecke der Organisation und Weiterentwicklung von Hilfen und Angeboten für Menschen mit Behinderungen waren die Befragten gebeten, die Gesamtzahl der Personen zu benennen, die sie im letzten halben Jahr kontaktiert hatten. Hierzu macht lediglich etwa ein Drittel der Befragten eine Angabe. Sie schwankt zwischen zwei und 40, der Mittelwert liegt bei zwölf.

Gesprächspartner/innen werden nur in 47 (61%) Fragebögen angegeben. Es werden 26 unterschiedliche Stellen angegeben, in acht Fällen Mitarbeiter/innen der eigenen Einrichtungen. Die Anzahl von fünf Nennungen erreicht nur die allgemeine Angabe ‚Arbeitskreise‘. Auch die Gesamtauswertung der drei wichtigsten Gesprächspartner/innen zeigt, dass nur wenig Kooperationsbeziehungen zum Zwecke der Organisation und Weiterentwicklung von Hilfen und Angeboten bestehen. Es werden insgesamt 98 Angaben zu 43 unterschiedlichen Stellen gemacht. Die meisten Nennungen entfallen wiederum auf die Sammelkategorie ‚Arbeitskreise‘.

Die insgesamt nur schwach ausgeprägte Beschäftigung mit Planungsfragen deutet auf fehlende Planungsstrukturen hin, die durch punktuelle, eher trägerinterne Überlegungen ersetzt werden.

Kooperation zum Zwecke des Informationsaustausches

Zu den Kooperationsbeziehungen zum Zwecke des Informationsaustausches erfolgen 142 Nennungen zu 61 unterschiedlichen Stellen. Stellen, denen sowohl von der Verwaltung als auch von Diensten und Einrichtungen eine wichtige Bedeutung für die Informationsbeschaffung zugemessen wird, sind nicht erkennbar.

Bewertung der Kooperationsbeziehungen

Von der Möglichkeit zur Angabe von positiven Kooperationsbeziehungen machen 60 Befragte Gebrauch. Insgesamt werden 175 Nennungen zu 80 Stellen vorgenommen. Die Bewertung stimmt dabei mit der Intensität der Kooperationsbeziehungen weitgehend überein. Von der Möglichkeit zur Benennung schwieriger Kooperationsbeziehungen wird in der schriftlichen Befragung weit weniger Gebrauch gemacht als in den Leitfadeninterviews. Es erfolgen lediglich in 39 Fragebögen Nennungen. Insgesamt werden 63 Nennungen zu 33 unterschiedlichen Stellen vorgenommen. Keine sticht dabei durch besonders häufige Nennung hervor.

Insgesamt sind die Kooperationsbeziehungen auf allen drei untersuchten Ebenen nicht besonders stark ausgeprägt. Es besteht weder ein auf die Sozialverwaltung bezogenes noch ein

durch Trägerbeziehungen geprägtes Kooperationsnetz. Zur Weiterentwicklung des regionalen Hilfesystems bedarf es eines kreisbezogenen Netzwerkes zur individuellen Hilfeplanung und flexiblen Umsetzung von Bedarfslagen, einer verbindlichen und transparenten Struktur der regionalen Angebotsplanung und eines besseren Informationsflusses.

5 Professionelle Hilfen für Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen

In unserer Gesellschaft entfalten Menschen ihre Lebensläufe im Zusammenhang mit spezifischen Institutionen. Diese bieten den Rahmen für die Ausbildung individueller Lebensstile. Solche Institutionen sind z.B. der Kindergarten, die Schule, Ausbildungsstätten, Betriebe aber auch soziale Sicherungssysteme, der Wohnungsmarkt und der Arbeitsmarkt. Von besonderer Bedeutung als Rahmengefüge ist auch in den modernen Gesellschaften immer noch die Familie.

Neuere Konzepte der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen gehen davon aus, dass es die zentrale Aufgabe der professionellen Hilfen für Menschen mit Behinderungen ist, sie dabei zu unterstützen, ihre Lebensläufe möglichst in Bezug zu solchen gesellschaftlichen Institutionen und Orten zu entfalten, wie sie oben genannt wurden. Das herkömmliche System von Sondereinrichtungen für Menschen mit Behinderungen bedeutet für die darin betreuten Menschen in vielen Fällen einen Ausschluss aus den ‚normalen‘ gesellschaftlichen Zusammenhängen, der verbunden ist mit Diskriminierung und Einschränkung individueller Lebenschancen. Je mehr Lebensbereiche von Menschen mit Behinderungen durch besondere Institutionen strukturiert werden, desto umfassender wirken sich die Einschränkungen auf deren individuellen Entwicklungschancen aus.

Die nachfolgende Tabelle aus dem AQUA-NetOH-Konzept³⁹ und das nachfolgende Planungskonzept geht von einem lebenslauforientierten Anforderungsprofil aus und listet im Sinne einer idealtypischen ‚Soll-Beschreibung‘ die Hilfen auf, die erforderlich sind, um Bürgern mit Behinderungen ein möglichst selbstbestimmtes und weitgehend normales Leben zu ermöglichen. Die Inhalte dieser Soll-Beschreibung waren auch für die durchgeführte Analyse im Kreis Olpe bedeutsam.

In der ersten Spalte finden sich die konkreten Aufgaben im Lebenslauf und im Prozess der Persönlichkeitsentwicklung. In der zweiten Spalte wird aufgelistet, in welchen Bereichen dabei ein Unterstützungsbedarf durch soziale Dienste entstehen kann. In der dritten und vierten Spalte werden daraus wünschenswerte Regeln für die Ausgestaltung der Hilfen und für Kooperationsnotwendigkeiten dargestellt.

39 vgl. Rohrman, Albrecht u.a.: AQUA-NetOH. Arbeitshilfe zur Qualifizierung von örtlichen Netzwerken Offener Hilfen für Menschen mit Behinderung, Siegen, 2001

Tabelle 6: Anforderungen an professionelle Hilfen

A) Hilfen für Kinder und Jugendliche in ihrer Herkunftsfamilie

Aufgaben des Lebenslaufes und der Persönlichkeitsentwicklung	Potentieller Unterstützungsbedarf durch soziale Dienste	Qualitätsanforderungen für die Ausgestaltung der Hilfen	Qualitätsanforderungen für die Kooperation der Hilfeanbieter und der Verwaltung
<p>Auseinandersetzung mit der Feststellung einer Schädigung des Kindes;</p> <p>Suche nach Orientierung der Eltern</p>	<p>Angebote zur Früherkennung;</p> <p>Informationen über die Behinderung und mögliche Auswirkung in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht;</p> <p>Information durch Mediziner;</p> <p>Information und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen;</p> <p>Beratung durch psychosoziale Dienste.</p>	<p>Früherkennung/Diagnostische Angebote sollen qualifiziert und gut zugänglich sein.</p> <p>Die Informationen sollen klar verständlich sein.</p> <p>Die Informationen sollen zugänglich sein.</p> <p>Die Informationen sollen umfassend sein und medizinische, therapeutische und pädagogische Aspekte beinhalten.</p> <p>Die Informationen sollen die Handlungsmöglichkeiten im Alltag einbeziehen.</p>	<p>Medizinische Einrichtungen, psychosoziale Unterstützungsangebote und Selbsthilfegruppen sollen eine gemeinsamen Verantwortung bei der Information, Aufklärung und Beratung wahrnehmen.</p> <p>Aktuelle Informationsmaterialien und Übersichten über Unterstützungsmöglichkeiten sollen in übersichtlicher Form vorliegen.</p>
<p>Entwicklung und Förderung des behinderten Kindes</p>	<p>Begleitende Angebote für Eltern mit behinderten Kindern;</p> <p>Angebote der Kinder- und Jugendarbeit und der Jugendhilfe;</p> <p>Medizinische Hilfen;</p> <p>Therapeutische Hilfen;</p> <p>Pädagogische Förderung;</p> <p>Unterstützung durch Selbsthilfegruppen.</p>	<p>Allgemeine Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien sollen Vorrang vor gesonderten Unterstützungsangeboten haben, sie sollen offen sein für die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen.</p> <p>Spezielle Unterstützungsangebote, die behinderungsbedingt notwendig sind, sollen integrativ organisiert sein und sich in den Alltag der Familie einfügen.</p>	<p>Alle Einrichtungen der Kinder- Jugend und Familienhilfe sollen gegenüber den Bedürfnissen behinderter Nutzer/innen offen sein.</p> <p>Einrichtungen der Kinder- Jugend- und Familienhilfe sollen über spezielle Angebote für Menschen mit Behinderungen informiert sein.</p> <p>Allgemeine Dienste sollen mit den spezialisierten Einrichtungen kooperieren und im Bedarfsfall auf deren Ressourcen (Fortbildung, Förderangebote usw.) zurückgreifen.</p>

Aufgaben des Lebenslaufes und der Persönlichkeitsentwicklung	Potentieller Unterstützungsbedarf durch soziale Dienste	Qualitätsanforderungen für die Ausgestaltung der Hilfen	Qualitätsanforderungen für die Kooperation der Hilfeanbieter und der Verwaltung
Bewältigung der Anforderungen des Alltags	<p>Unterstützende und entlastende (stunden- tages- oder wochenweise) Hilfen in der eigenen Wohnung oder außerhalb;</p> <p>Fachliche Hilfen (z.B. Fachpflege, päd. Betreuung);</p> <p>Bereitstellung von Hilfsmitteln;</p> <p>Frühförderung;</p> <p>Psychosoziale Beratung;</p> <p>Selbsthilfegruppen.</p>	<p>Ein flexibles Unterstützungsangebot soll orts- nah angeboten werden.</p> <p>Die Hilfen sollen sich in den Alltag der Familie einfügen.</p> <p>Die Hilfen sollen leicht und unbürokratisch zugänglich sein.</p> <p>Die Abrechnung der Kosten soll für die Nutzer/innen transparent sein.</p>	<p>Die Leistungen der beteiligten Sozialleistungsträger sollen aufeinander abgestimmt sein, Doppelbegutachtungen sollen vermieden werden.</p> <p>Informationen über die verschiedenen Anbieter von Unterstützung sollen leicht erhältlich sein.</p> <p>Die Hilfevereinbarung und -gewährung soll nach vergleichbaren Verfahren und Kriterien erfolgen.</p> <p>Die Hilfeanbieter sollen bezogen auf die Hilfe im Einzelfall gut zusammenarbeiten.</p>
Integration und Verselbständigung des behinderten Kindes bzw. Jugendlichen	<p>Sicherstellung der Mobilität;</p> <p>Unterstützung bei einer eigenständigen Freizeitgestaltung;</p> <p>Erlernen des Umgangs mit Assistenz;</p> <p>Selbständigkeitstraining.</p>	<p>Öffentliche Orte und Einrichtungen sollen für Menschen mit Behinderung erreichbar und zugänglich sein.</p> <p>Die Zugänglichkeit von allgemeinen Freizeitangeboten soll den Vorrang vor spezialisierten Angeboten haben.</p> <p>Verselbständigung und das Erlernen bzw. die Anerkennung von Anleitung- und Regiekompetenz der behinderten Person soll mit zunehmenden Lebensalter in den Mittelpunkt aller Unterstützungsleistungen treten.</p>	<p>Die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen sollen in allen Bereichen der kommunalen Planung berücksichtigt werden.</p> <p>Öffentliche Freizeiteinrichtungen sind für Menschen mit Behinderungen offen und können auf Ressourcen von spezialisierten Einrichtungen zurückgreifen (Fortbildungen, individuelle Begleitung usw.)</p> <p>Es soll eine alle Hilfebereiche umfassende Fortschreibung der Hilfeplanung stattfinden, die eine altersgemäße Verselbständigung und das Erlernen von Regie- und Anleitungskompetenz fördert.</p>

B) Hilfen bei dem Besuch einer Kindertageseinrichtung und der Schule

Aufgaben des Lebenslaufes und der Persönlichkeitsentwicklung	Potentieller Unterstützungsbedarf durch soziale Dienste	Qualitätsanforderungen für die Ausgestaltung der Hilfen	Qualitätsanforderungen für die Kooperation der Hilfeanbieter und der Verwaltung
Suche nach einem geeigneten Platz in einem Kindergarten/einer Kindertageseinrichtung	Angebot eines geeigneten, wohnortnah verfügbaren Platzes in einer Kindertageseinrichtung; Bereitstellung von Hilfsmitteln; Assistenz.	Der Besuch einer Regeleinrichtung soll Vorrang vor dem Besuch von Sondereinrichtungen haben. Der Förderbedarf des Kindes sollte eindeutig und rechtzeitig festgestellt werden. Die personellen und räumlichen Bedingungen der Einrichtung sollen dem individuell festgestellten Förderbedarf entsprechend angepasst werden. Die behinderungsbedingt notwendigen Hilfen sollen mit dem Besuch der gewünschten Einrichtung vereinbar sein.	Regeleinrichtung und Fachdienste sollen bei der Schaffung der sächlichen und personellen Voraussetzungen zum Besuch der Einrichtung kooperieren. Regeleinrichtung und Fachdienste sollen bei der Durchführung notwendiger Hilfen und Fördermaßnahmen kooperieren.
Einschulung	Ermöglichung der Einschulung in die zuständige Grundschule		
Übergang in eine weiterführende Schule	Unterstützung bei der Auswahl einer geeigneten Schulform; Unterstützung und Förderung beim Schulbesuch.		

C) Hilfen zur Berufsvorbereitung und zur Ausübung einer Beschäftigung

Aufgaben des Lebenslaufes und der Persönlichkeitsentwicklung	Potentieller Unterstützungsbedarf durch soziale Dienste	Qualitätsanforderungen für die Ausgestaltung der Hilfen	Qualitätsanforderungen für die Kooperation der Hilfeanbieter und der Verwaltung
Ausbildung	Medizinische und berufliche Rehabilitation; Unterstützung bei der Wahl eines Ausbildungsplatzes; Hilfen in der Ausbildung;	Die Unterstützung der Eingliederung in das allgemeine Ausbildungssystem soll Vorrang vor speziellen Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen haben.	Die Träger der Rehabilitation sollen ihre gemeinsame Verantwortung zur Eingliederung ins Erwerbsleben wahrnehmen und ihre Maßnahmen aufeinander abstimmen.
Übergang in das Berufsleben	Unterstützung bei der Auswahl eines geeigneten Arbeitsplatzes; Unterstützung bei der Ausstattung des Arbeitsplatzes und der Ausübung eines Berufes; Hilfsmittel; Hilfen am Arbeitsplatz (Arbeitsassistenten).	Spezielle Maßnahmen sollen dem Zweck der Eingliederung in den regulären Arbeitsmarkt dienen oder, wenn dies nicht möglich ist, dauerhafte Perspektiven in Beschäftigungsverhältnissen auf einem sozial geschützten Arbeitsmarkt eröffnen.	
Austritt aus dem Berufsleben/Übergang in das Rentenalter	Unterstützung bei der Strukturierung des Alltags in dieser Lebensphase Unterstützung bei der Wahl einer seniorengeeigneten Wohnform	Die Unterstützung der Eingliederung in das allgemeine Angebot für Senioren/innen soll Vorrang vor speziellen Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen haben.	Senioreneinrichtungen und Fachdienste sollen bei der Durchführung notwendiger Hilfen kooperieren.

D) Hilfen zur selbständigen Lebensführung

Aufgaben des Lebenslaufes und der Persönlichkeitsentwicklung	Potentieller Unterstützungsbedarf durch soziale Dienste	Qualitätsanforderungen für die Ausgestaltung der Hilfen	Qualitätsanforderungen für die Kooperation der Hilfeanbieter und der Verwaltung
Suche nach einer angemessenen Wohnform	Unterstützung bei der Suche einer geeigneten Wohnmöglichkeit; Behindertengerechte Anpassung der Wohnung; Hilfen bei der Finanzierung und Gestaltung der Wohnung.	Eine Unterstützung zur Realisierung unterschiedlicher Wohnformen soll flexibel und ortsnah angeboten werden. Die Bereitstellung von Wohnmöglichkeiten soll nicht an ein festgelegtes Hilfeangebot gekoppelt sein. Die Inanspruchnahme von Hilfe soll nicht an die Abgabe von Rechten als Wohnungsmieter bzw. -eigentümer gekoppelt sein.	Bei der Schaffung von neuem Wohnraum werden die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt.
Erledigung der alltäglichen Anforderungen in pflegerischer und/oder sozialer Hinsicht	Persönliche Assistenz; Pädagogische Unterstützung; Psychosoziale Beratung; Bereitstellung von Hilfsmitteln; Betreuung nach dem BtG; Medizinische, therapeutische und pädagogische Förderung.	Dienste und Einrichtungen stellen ein flexibles und bedarfsgerechtes Unterstützungsangebot zur Verfügung.	Die Betroffenen sollen von allen beteiligten Stellen Unterstützung bei der Entwicklung eines individuellen Hilfearrangements erhalten.
Gestaltung des Alltages Freizeitgestaltung	Anregungen und Unterstützung bei der Gestaltung des Alltages; Selbsthilfegruppen.	Die Mobilität von Menschen mit Behinderungen soll durch einen behindertengerechten ÖPNV und möglicherweise einen ergänzenden Fahrdienst sichergestellt sein. Die Zugänglichkeit von Freizeiteinrichtungen, Kulturstätten und Bildungsangeboten soll gewährleistet sein.	Die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen sollen bei der kommunalen Planung berücksichtigt werden. Öffentliche Einrichtungen sollen für Menschen mit Behinderungen offen sein und auf Ressourcen von spezialisierten Einrichtungen zurückgreifen (Fortbildungen, individuelle Begleitung usw.).

Der hier skizzierte lebenslauforientierte Planungsansatz knüpft an die bestehenden Strukturen an und versteht sich als ein Ansatz zur Weiterentwicklung. Daher ist es notwendig, im Folgenden eine genauere Beschreibung der bestehenden Angebotslandschaft vorzunehmen und daraus Vorschläge für den weiteren Planungsprozess zu entwickeln. Die Gliederung und Darstellung sollen sich dabei ebenso an dem Planungsansatz wie an den Realitäten des Hilfesystems orientieren.

5.1 Frühe Hilfen

Einer neueren Veröffentlichung des Sozialministeriums⁴⁰ zu Folge nehmen derzeit etwa 3.600 behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in Rheinland-Pfalz Leistungen der Frühförderung in Anspruch. Damit gemeint sind Leistungen von Einrichtungen und Diensten, die Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern bis zu sieben Jahren beinhalten. Davon entfallen landesweit jeweils etwa die Hälfte auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII und nach §§ 53f. SGB XII. Landesweit bestehen, bezogen auf einzelne Kreise, erhebliche Disparitäten, deren Ursachen neben regionalen sozio-ökonomischen Unterschieden u.a. in Zuordnungsroutinen der Kreisverwaltungen, aber auch in Angebotsstrukturen von Hilfen gesehen werden (ebd.: 32). Zum Stichtag 31.12.2003 nahmen im Landkreis Ahrweiler 196 Kinder⁴¹ im Alter bis zu sieben Jahren Leistungen der Eingliederungshilfe im Frühbereich in Anspruch, die überwiegend dem SGB XII zugeordnet sind.

Verlässliche Einschätzungen zum quantitativen Bedarf an Frühförderangeboten sind schwierig zu treffen. Während die Feststellung einer Behinderung bzw. einer entsprechenden Bedrohung der Entwicklung bei den Kindern, die organische Schädigungen aufweisen, vergleichsweise eindeutig erscheint sind die Definitionsspielräume im Bereich der Kinder mit seelischen Behinderungen oder mit Entwicklungsverzögerungen naturgemäß breiter. Insbesondere der sozialrechtliche Begriff ‚von Behinderung bedroht‘ erschwert eine genauere Eingrenzung des Personenkreises. Diese Personengruppe stellt quantitativ gesehen die größte Nutzergruppe Früher Hilfen dar. Bei dieser Gruppe müssen Offenheit für mögliche kindliche Entwicklungen und Zurückhaltung bei der Festschreibung problematischer Entwicklungsstände mit der Aufgabe balanciert werden, dem Kind und seinen Eltern rechtzeitig die geeigneten pädagogischen und therapeutischen Hilfen anzubieten. Diese Balance gilt es bei der Gestaltung des Zugangs zum Hilfesystem, bei der sozialrechtlichen Gewährung von Leistungen sowie bei der Erbringung therapeutischer und pädagogischer Angebote angemessen zu berücksichtigen.

Angesichts konzeptioneller Fragen, gestiegener Fallzahlen und erheblicher Kostenzuwächse wurde vom Landkreis Ahrweiler ein Reflexions- und Klärungsbedarf bei den Angeboten im Bereich Früher Hilfen konstatiert.

⁴⁰ Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (2003): Bestandsaufnahme und Handlungsbedarfe im Bereich der Eingliederungshilfe (§35a SGB VIII) in Rheinland-Pfalz, Mainz

⁴¹ Davon im SPZ Trier fünf Kinder, im KNZ Bonn 75 Kinder, im HTZ Neuwied 94 und in der Landes-
schule für Blinde und Sehbehinderte 22 Kinder.

5.1.1 Konzeptionelle Entwicklung der Frühen Hilfen in Rheinland-Pfalz

Die Ausgestaltung der Frühen Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder im Landkreis Ahrweiler insgesamt wird nur verständlich, wenn man sich eine Richtungsentscheidung bewusst macht, die von der Landesregierung in Rheinland Pfalz in den 70er und 80er Jahren getroffen wurde. Es erscheint daher sinnvoll, auf die Hintergründe dieser Richtungsentscheidung ausführlicher einzugehen:

Die Anstrengungen zur Reform des Erziehungs- und Bildungssystems zu Beginn der 70er Jahre bezogen sich auch auf die Situation von behinderten und von Behinderung bedrohter Kindern⁴². Gemäß dem Ansatz „Frühe Hilfen – wirksamste Hilfen“⁴³ fand der Frühbereich eine besondere Beachtung. Bereits damals herrschte Übereinstimmung darüber, dass für eine gelingende Rehabilitation und Förderung von behinderten und von Behinderung bedrohter Kindern eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Mediziner/inne/n, Therapeut/inn/en und Pädagog/inn/en notwendig ist. Unterschiedliche Meinungen herrschten jedoch darüber, wie der institutionelle Rahmen dieser Zusammenarbeit aussehen sollte. Konkret schälten sich bundesweit drei Grundformen der institutionellen Umsetzung heraus, die nach wie vor auch in Rheinland-Pfalz zu erkennen sind, allerdings mit einer spezifischen Ausprägung.

Führende Pädagog/inn/en, insbesondere der Münchner Heilpädagoge Otto Speck, sprachen sich für die Schaffung von pädagogisch-psychologisch ausgerichteten Frühförderstellen aus, die nach dem Prinzip der Familien- und Gemeindenähe organisiert sein sollten.⁴⁴ In Weiterführung der Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates sollte sich die Frühförderung im Wesentlichen auf Früherkennung, Hausfrühförderung, Gruppenangebote sowie Beratungsangebote für Kindergärten, und anderen Stellen im Gemeinwesen stützen. Der medizinischen Diagnostik und Behandlung wurde eine eher komplementäre Rolle zugeschrieben. Diesem Ansatz wurde insbesondere in Bayern, Hessen und Niedersachsen gefolgt und in Form eines flächendeckenden Netzes von interdisziplinären Frühförderstellen unter pädagogischer oder psychologischer Leitung umgesetzt. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die Sicherstellung der medizinischen Diagnostik sowie die Zusammenarbeit zwischen pädagogisch orientierter Frühförderstelle und dem medizinischen System zu den kritischen Punkten dieses Ansatzes gehören. Die Stärken liegen in der Alltagsorientierung der Hilfen sowie in der Chance, die soziale Integration der betroffenen Kinder in die Familie, in das soziale Umfeld und in die Erziehungseinrichtungen (Kindergarten, Schule) zu begleiten und zu fördern.

In Baden-Württemberg wurden die Frühförderaufgaben ähnlich wie bereits die Sonderkindergärten den jeweiligen Sonderschultypen zugeordnet. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die betroffenen Kinder bereits früh ihrem ‚Primärdefekt‘ entsprechend einer Behinderungsart zugewiesen werden können. In Rheinland-Pfalz sind die Frühförderangebote für sinnesbehinderte Kinder ebenfalls nach diesem Modell organisiert. Das Dilemma dieses Ansatzes liegt u.a. in ständigen Zuordnungsproblemen sowie in der einerseits vorhandenen einschlägigen Fachlichkeit und andererseits in der Schwierigkeit, die mobilen Hilfen bedarfsgerecht anzubieten, da die Einzugsgebiete der Schulen für Sinnesbehinderte vergleichsweise groß sind.

⁴² Vgl. vor allem Deutscher Bildungsrat (1973): Empfehlungen der Bildungskommission zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Stuttgart

⁴³ So der Titel eines richtungweisenden Kongresses der Bundesvereinigung Lebenshilfe im Jahr 1974.

⁴⁴ Speck, Otto (1977): Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder, München, S. 78ff.

In Rheinland- Pfalz wurde unter dem Einfluss des renommierten Mainzer Pädiaters Pechstein⁴⁵ der von der Ärzteschaft präferierte Weg gewählt, für die Früherkennung und Frühförderung so genannte ‚sozialpädiatrische Zentren‘ zu schaffen. 1980 legte die damalige Landesregierung eine Konzeption für die Aufgaben der Früherkennung, -diagnostik und -förderung für entwicklungsgestörte, von Behinderung bedrohte und behinderte Kinder bis zum vollendeten siebten Lebensjahr vor. Auf dieser Grundlage entstand ein Netz von sieben Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und ihnen angegliederte Außenstellen.

In diesen pädiatrischen Zentren sollte neben den neuropädiatrischen und kinderpsychiatrischen Aufgaben eine fachübergreifende Zusammenarbeit der Ärzte/Ärztinnen mit Psycholog/inn/en, Therapeut/inn/en und Pädagog/inn/en realisiert werden. Konzeptionelle Grundlage der sozialpädiatrischen Zentren ist der von Pechstein entwickelte Ansatz der ‚Lerntherapie‘, der neben operativen, diätischen oder medikamentösen Behandlungen als Frühtherapie zum Einsatz kommen sollte. Unter Lerntherapie wurde dabei „die ärztlich veranlasste gezielte Initiierung von Lernprozessen in bestimmten Funktionsbereichen der kindlichen Entwicklung unter Berücksichtigung einer differenzierten Diagnose des neuropsychiatrischen Entwicklungsstandes“ verstanden (Pechstein 1975: 28). Von zentraler Bedeutung ist in diesem Ansatz die mehrdimensionale Diagnostik, zu der die Eltern mit ihrem Kind entweder einen Tag lang den Ambulanzbereich des sozialpädiatrischen Zentrums aufsuchen oder zu der Kind und Eltern, die nicht aus der Umgebung des Zentrums stammen, stationär aufgenommen werden. Letzteres wird jedoch nicht in allen SPZ praktiziert. Die Ergebnisse der Diagnostik werden mit den Eltern durchgesprochen und in Form eines schriftlichen ‚Behandlungs-Förderplans‘ mit nach Hause gegeben. In der ursprünglichen Konzeption Pechsteins sollten die Eltern (mit therapeutischer Hilfe, aber auch durch selbständiges Üben mit dem Kind) auf der Grundlage der SPZ-Vorgaben mit ihrem Kind gezielt und systematisch arbeiten. Gleichzeitig war ein so genanntes ‚Leistungsbuch‘ vorgesehen, in dem sie die Beobachtungsdaten festhalten sollten, um so die Fortschritte ihres Kindes selbst kontrollieren zu können. Den Eltern wurde somit die Rolle der ‚Co-Therapeuten‘ übertragen. Zudem – so das Konzept - werden zur Überprüfung der Entwicklungsfortschritte weitere Termine vereinbart, zu denen die Eltern mit dem Kind in das Zentrum kommen sollten. Zur Verbesserung der therapeutisch-pädagogischen Angebote besonders in ländlichen Gegenden, um Eltern zu lange Anfahrtswege zum Zentrum zu ersparen, schlug Pechstein die Schaffung von Außenstellen vor, die z.B. an kleinere Kinderkliniken, Praxisverbände, Tagesstätten, Gesundheitsämter oder Erziehungsberatungsstellen angebunden werden sollten (vgl. Pechstein 1975: 42).

Insgesamt verband sich mit Pechsteins Konzept der Sozialpädiatrischen Zentren die Forderung nach einem ärztlichen Primat im Gesamtbereich der Frühförderung, das wiederum von Pädagogen kritisch zurückgewiesen wurde.⁴⁶ Besonders kritisch diskutiert wurde von pädagogischer Seite auch das mit dem SPZ-Konzept verbundene Modell, ‚Eltern als Co-Therapeuten‘, da Eltern damit von ihrer eigentlichen Elternrolle entfremdet würden.

⁴⁵ Pechstein, J. (1975): Sozialpädiatrische Zentren für behinderte und entwicklungsgefährdeter Kinder. In: Sonderpädagogik 6, Dt. Bildungsrat Bd. 53, Stuttgart

⁴⁶ Speck kritisierte das Prinzip der Großzentren als nicht vereinbar mit dem Prinzip der Familiennähe. Frühe Hilfen müssten so institutionalisiert werden, dass sie „überall und jederzeit erreichbar und verfügbar sind“. In der medizinischen Perspektive wird das Kind mit Behinderungen „verallgemeinernd als primär krank, als ‚Patient‘ und damit als primäres Objekt ärztlicher Sorge angesehen und behandelt“ (1977: 56).

In einer Veröffentlichung der Landesregierung von 2003⁴⁷ wurde der SPZ-Ansatz nochmals bestätigt. Es wird von „Sozialpädiatrischen Zentren mit angegliederten Frühförderstellen“ gesprochen (ebd.: 1). Das Land unterstützt die sieben SPZ über eine freiwillige institutionelle Förderung.

Die Zentren sind seit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 bzw. 1990 auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V anerkannt. Während zuvor lediglich im halbjährlichen Rhythmus Kostenerstattungen durch die Krankenkassen erfolgten, wurden ihnen nun direkte Abrechnungsmöglichkeiten aus dem KV-Pool eingeräumt. Insgesamt setzt sich somit die Finanzierung der SPZ in Rheinland-Pfalz zusammen aus

- Quartalspauschalen der Krankenkassen für die ärztlichen Leistungen;
- Pauschalen der Krankenkassen für Leistungen nach §43a SGB V;
- Einzelpauschalen der gesetzlichen Krankenkassen für medizinisch-therapeutische Leistungen;
- Kostenerstattungen der örtlichen Sozialhilfeträger für kindbezogene pädagogische, psychologische und soziale Maßnahmen als Eingliederungshilfe für geistig und körperlich behinderte Kinder bis zum vollendeten siebten Lebensjahr nach Antragsstellung und Bescheid;
- Kostenerstattungen der örtlichen Jugendhilfeträger für Leistungen für seelisch behinderte Kinder nach § 35a SGB VIII nach Antragsstellung und Bescheid;
- Pauschale Zuwendungen des Landes Rheinland-Pfalz.

Festzustellen ist, dass der rheinland-pfälzische Weg zur Gestaltung Früher Hilfen zu einer flächendeckenden Struktur von ‚Sozialpädiatrischen Zentren mit angegliederten Frühförderstellen‘ geführt hat, die seit vielen Jahren sozusagen ‚gut durchfinanziert‘ sind. Zu fragen ist jedoch einerseits, ob mit dieser Struktur tatsächlich ein bedarfsgerechtes Angebot realisiert werden kann, das fachlichen Anforderungen entspricht und den Anfragen betroffener Familien gerecht wird.

Andererseits ist zu fragen, wie die bestehende Struktur die neuen Impulse aufnimmt, die sich aus der „Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24. Juni 2003 ergeben. In dieser bundesgesetzlichen Vorgabe wird in § 3 zum einen der Begriff ‚Interdisziplinäre Frühförderstellen‘ definiert. Demnach sind

„Interdisziplinäre Frühförderstellen [...] [sind] familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behand-

⁴⁷ Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (2003): Die Sozialpädiatrie/Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Mainz

lungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht (vgl. § 3 FrühV).

Zum anderen wird im § 4 der Frühförderverordnung auch das Verhältnis von Frühförderstellen zu den SPZs beschrieben. Die SPZs sollen demnach für die Kinder tätig werden, die wegen Art, Schwere, oder Dauer ihrer Behinderung nicht von geeigneten Ärzt/inn/en oder geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen behandelt werden können. Im Sinne der Rechtsverordnung sind also die Frühförderstellen primäre Ansprechpartnerinnen für hilfesuchende Eltern von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern. Die Verordnung macht auch konkrete Vorgaben zur Arbeitsweise und personellen Ausstattung von Frühförderstellen, die insbesondere die Rolle der nichtärztlichen Mitarbeiter/innen stärken. Vor diesem Hintergrund kann bezüglich der Schaffung von Frühförderstellen im Sinne der FrühV in Rheinland-Pfalz Handlungsbedarf festgestellt werden. Da mit der Rechtsverordnung auch der Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen für die Frühförderung gegenüber den Kommunen erweitert wurde, herrscht insgesamt auch ein aktueller landesweiter Regelungsbedarf, der neue Impulse setzen könnte. Durch die landesweit in die Diskussion geratenen Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder nach § 35a SGB VIII wird dies offensichtlich auch im Mainzer Sozialministerium entsprechend wahrgenommen. In welcher Weise der durch die FrühV bestärkte Regelungsbedarf aufgegriffen und in die rheinland-pfälzische Struktur umgesetzt wird, ist derzeit Gegenstand einer Arbeitsgruppe auf Landesebene.

5.1.2 Angebotstruktur der Frühförderung im Landkreis Ahrweiler

Die Angebotsstruktur setzt sich aus folgenden Anbietern zusammen:⁴⁸

Das Heilpädagogisch-Therapeutische Zentrum in Neuwied (HTZ)

Das HTZ ist eines der sieben vom Land geförderten Sozialpädiatrischen Zentren und orientiert sich in Konzeption und Arbeitsweise an der oben skizzierten Landeskonzeption. Quantitativ gesehen ist das HTZ der wichtigste Anbieter für die Frühförderung im Landkreis Ahrweiler. Etwa die Hälfte aller Nutzer/innen von Frühförderangeboten im Kreis nimmt die Angebote des HTZ in Anspruch. Das Angebot des HTZ richtet sich an Kinder und Jugendliche mit geistigen, körperlichen, seelischen und mehrfachen Behinderungen sowie mit Sinnesbehinderungen bis zum Alter von 18 Jahren. Träger des HTZ ist der DPWV Rheinland-Pfalz / Saarland sowie der Verein für körper- und mehrfachbehinderte Kinder in Andernach. Das HTZ verfügt über eine Außenstelle in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Kinder werden auf der Grundlage einer ärztlichen Überweisung im Haupthaus in Neuwied vorgestellt. Dort werden sie ausführlich ärztlich und psychologisch diagnostiziert. Es schließen sich entsprechende medizinisch-therapeutische Behandlungsmaßnahmen und/oder heilpädagogische Maßnahmen an. Gegebenenfalls werden die Kinder an die Außenstelle in Bad Neuenahr-Ahrweiler weitervermittelt, wo an drei Tagen in der Woche (Montag: ganztägig, Dienstag/Mittwoch: jeweils halbtägig) Ergotherapie, Logopädie und heilpädagogische Maßnahmen angeboten werden. Die in dieser Außenstelle beschäftigten Mitarbeiter/innen haben ihren hauptsächlichen Arbeitsplatz in einer anderen Einrichtung des HTZ. Das HTZ kann auf die o.g. Abrechnungsmöglichkeiten zurückgreifen. Heilpädagogische

⁴⁸ Die Bonner Kinderkliniken wurden hier nicht aufgenommen, da sie quantitativ, d.h. bezogen auf Fallzahlen von behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern aus dem Landkreis Ahrweiler nicht bedeutsam erscheinen.

Maßnahmen werden nach einem festen Vergütungssatz pro Fördereinheit abgerechnet. Für Veränderungen in der Finanzierungsstruktur wird vom HTZ kein Bedarf gesehen.

Das HTZ ist neben dem Bereich der SPZ und der Frühförderarbeit Träger von heilpädagogischen Kindertagesstätten in Neuwied und in anderen Kreisen von Rheinland-Pfalz. Derzeit besuchen elf behinderte Kinder den Sonderkindergarten des HTZ in Andernach.

Das HTZ nimmt vertreten durch eine sozialpädagogische Mitarbeiterin an den Treffen des ‚Runden Tisches‘ im Landkreis Ahrweiler teil. Die Einrichtung verfügt über eine Kooperationsvereinbarung mit der Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler e.V., in der Regelungen zur Refinanzierung von pädagogischen Leistungen enthalten sind, die von der Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler e.V. im Auftrag des HTZ erbracht werden.

Rheinisches Kinderneurologisches Zentrum, Bonn (KNZ)

Das KNZ ist eine Abteilung der Rheinischen Kliniken Bonn, Träger ist der Landschaftsverband Rheinland (LVR). Das KNZ ist - obwohl in Nordrhein-Westfalen gelegen - quantitativ gesehen von nahezu gleich großer Bedeutung wie das HTZ in Neuwied. Immerhin knapp 40 % aller Kinder, die Frühförderangebote in Anspruch nehmen, wenden sich an das Bonner Zentrum. In dieser Nutzung durch Personen aus dem Landkreis Ahrweiler spiegelt sich die sozialräumliche Bindung an das Rheinland und insbesondere nach Bonn wider, für die nördlichen Teile des Kreisgebiets ist es das nächstgelegene Sozialpädiatrische Zentrum.

Das Angebot des KNZ richtet sich an Kinder mit allen Formen von Entwicklungsstörungen bis zum Alter von 14 Jahren. Das KNZ bietet interdisziplinäre Diagnostik und therapeutische Angebote, die auch stationäre klinische Behandlungen (z.B. nach seelischer Traumatisierung, durch sexuellen Missbrauch) beinhalten. Des Weiteren werden die Eltern beraten und es werden Behandlungsvorschläge für wohnortnahe Dienste gemacht.

Das KNZ kann auf Abrechnungsmöglichkeiten bei den Krankenkassen zurückgreifen, selbstredend erfolgt keine institutionelle Förderung durch das Land Rheinland-Pfalz. Die Abrechnung von Leistungen mit dem Landkreis Ahrweiler als örtlichem Sozialhilfeträger funktioniert aus Sicht des KNZ meist reibungslos. Der Landkreis Ahrweiler erstattet dem KNZ derzeit für heilpädagogische Maßnahmen eine Quartalspauschale pro behandeltes Kind. Als problematisch wird angegeben, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe aufgrund von Vorgaben des Landes Rheinland-Pfalz nur auf Kinder bis zum Schulalter begrenzt werden und es wird das Interesse geäußert, auch Leistungen für ältere Kinder abrechnen zu können.

Das KNZ ist als nordrhein-westfälische Einrichtung an keinen Gremien oder Arbeitskreisen im Landkreis Ahrweiler beteiligt. Es bestehen auch keine formalisierten Kooperationsvereinbarungen zu Stellen im Landkreis Ahrweiler. Über Arbeitsbeziehungen kooperiert das KNZ bezogen auf Einzelfälle mit der Frühförderstelle der Lebenshilfe sowie mit der Heilpädagogischen Kindertagesstätte St. Hildegard.

Kinderfrühförderung und Elternberatung des Sozialpädiatrischen Zentrums Trier

Dieses in Trier ansässige Zentrum ist ebenfalls eines der vom Land geförderten Sozialpädiatrischen Zentren und orientiert sich auch an der oben skizzierten Landeskonzeption. Träger sind der Caritas-Verband der Region Trier sowie die Lebenshilfe im Regierungsbezirk Trier.

Der Träger unterhält eine Außenstelle in Daun. Ca. 5% der Nutzer/innen kommen aus dem Landkreis Ahrweiler. Das Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche mit geistigen, körperlichen und seelischen Behinderungen bis zum Alter von 16 Jahren. Die Angebote entsprechen dem des HTZ und es stehen dieselben Abrechnungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die Finanzierung der Einrichtung wird als gesichert eingeschätzt, beklagt wird ein hoher Aufwand bei den Abrechnungsverfahren. Zudem wird ebenfalls die - durch Landesregelungen gegebene - Alterseinschränkung der Finanzierung auf Kinder bis zum Schulalter kritisiert. Die Zusammenarbeit mit der Kreisverwaltung wird positiv bewertet.

Das SPZ ist an keinen Gremien oder Arbeitskreisen im Landkreis Ahrweiler beteiligt. Es bestehen auch keine formalisierten Kooperationsvereinbarungen zu Stellen im Landkreis Ahrweiler.

Frühförderangebote der Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler e.V. in Sinzig

Neben den genannten fest institutionalisierten Zentren zur Frühbehandlung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder hat die Lebenshilfe bereits 1993 begonnen, eine integrative Spielgruppe anzubieten. Daraus wurden ab 1997 Förder- und Beratungsangebote im Bereich der Frühförderung entwickelt, die sich am Konzept der mobilen Hausfrühförderung orientieren und heilpädagogische Hilfen in Form von Einzel- und Gruppensettings sowie Elternberatung und Offene Elterntreffs z.B. in Form eines ‚Elternfrühstücks‘ beinhalten. Bei letzterem handelt es sich um eine Veranstaltung am Sonntag, da sich in aller Regel nur so die Chance eröffnet, insbesondere Väter und Geschwister von Kindern mit Behinderungen miteinander in Kontakt zu bringen.

Zudem berät und unterstützt die Lebenshilfe-Mitarbeiterin einige Regelkindergärten bei der Integration von Kindern mit Behinderungen. Das Angebot der Lebenshilfe wird von einer Mitarbeiterin geleistet, die auf Honorarbasis arbeitet. Es handelt sich um ein nahezu ausschließlich aus Eigenmitteln finanziertes Angebot, dessen Finanzierung als nicht gesichert bewertet wird. Die Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. unterscheidet sich von den anderen Trägern dadurch, dass sie mit ihren Angeboten direkt auf den Landkreis Ahrweiler hin orientiert ist, m.a.W. sich als ‚Ahrweiler Verein‘ versteht. Im Juni 2004 wurden nach Angaben der Lebenshilfe 23 Säuglinge und Kleinkinder bis zu sechs Jahren sowie deren Familien betreut. Die betreuten Kinder weisen ein weites Spektrum an Behinderungsarten auf, auch Risikokinder und Kinder mit chronischen Krankheiten werden als zum Personenkreis zugehörig benannt.

Die Mitarbeiterin der Lebenshilfe nimmt regelmäßig an den Treffen des ‚Runden Tisches‘ im Landkreis Ahrweiler teil und arbeitet aktiv im Arbeitskreis Integration mit. Mit dem KNZ in Bonn besteht eine nicht formalisierte Zusammenarbeit. Eine formale Kooperationsvereinbarung besteht dagegen mit dem HTZ, die der Frühförderstelle in wenigen Fällen eine Abrechnungsmöglichkeit erschließt. Die Lebenshilfe bemüht sich derzeit um direkte Abrechnungsmöglichkeiten für Leistungen beim Landkreis Ahrweiler.⁴⁹

⁴⁹ Die Beschreibung des Frühförderangebots der Lebenshilfe bezieht sich auf die Situation im ersten Halbjahr 2004.

Frühförderangebote für blinde und sehbehinderte Kinder der Landesschule für Blinde und Sehbehinderte in Neuwied

Die Frühförderstelle betreut und fördert blinde, sehbehinderte und mehrfach behinderte Kinder vom Säuglingsalter bis zum Schuleintritt. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot für die Familie. Das Angebot der Landesschule wird über das Land Rheinland-Pfalz finanziert und ist somit für die Nutzer kostenfrei. Einzugsgebiet ist ganz Rheinland-Pfalz. Die Betreuung vor Ort geschieht ggf. durch regionale Außenstellen im Land. Die Kontaktaufnahme erfolgt über die Zentrale an der Landesschule in Neuwied.

Angeboten wird eine regelmäßige Förderung im Elternhaus, im Kindergarten oder in der Frühförderstelle: Blinden- oder sehbehindertenspezifische Arbeit mit dem Kind sowie Elternberatung, Beratung von Erzieher/innen in Kindergärten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit örtlichen Frühförderstellen, Therapeut/inn/en, Ärzt/inn/en, Kliniken. Des Weiteren werden Eltern-Kind-Angebote und Fortbildungsangebote für Fachkräfte aus Kindergärten und anderen Einrichtungen angegeben. Die Landesblindenschule ist auch Trägerin einer Kindertagesstätte, die derzeit von einem Kind aus dem Landkreis Ahrweiler besucht wird.

Die Frühförderstelle der Landesschule ist an keinen Gremien oder Arbeitskreisen im Landkreis Ahrweiler beteiligt. Es bestehen auch keine formalisierten Kooperationsvereinbarungen zu Stellen im Landkreis Ahrweiler. In drei Fällen wird mit der Mitarbeiterin für Frühförderung der Lebenshilfe zusammengearbeitet, in ebenfalls drei Fällen gibt es eine Zusammenarbeit mit dem Heilpädagogischen Kindergarten St. Hildegard in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Frühförderangebote für gehörlose und schwerhörige Kinder der Landesschule für Gehörlose in Neuwied.

Die Landesschule verfügt über eine pädoaudiologische Beratungsstelle und bietet seit 1991 mit Sonderschullehrer/inne/n ausgestattete Frühförderangebote an. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot für die Familie. Das Angebot der Landesschule wird über das Land Rheinland-Pfalz finanziert und ist somit für die Nutzer kostenfrei. Einzugsgebiet ist ganz Rheinland-Pfalz.

Die Landesschule ist auch Trägerin einer Kindertagesstätte, die von derzeit neun Kindern aus dem Landkreis Ahrweiler besucht wird. Die Frühförderstelle der Landesschule ist an keinen Gremien oder Arbeitskreisen im Landkreis Ahrweiler beteiligt. Es bestehen auch keine formalisierten Kooperationsvereinbarungen zu Stellen im Landkreis Ahrweiler.

Kinderärzte/-ärztinnen und niedergelassene Therapeut/inn/en

Laut Auskunft der Landesärztekammer (www.laek-rlp.de) (Stand Dezember 2004) gab es zum 31.12.2003 in Rheinland-Pfalz 273 niedergelassene Kinderärzte/-ärztinnen. Dies entspricht einer Versorgungsquote von 0,67 Kinderärzte/innen auf 10.000 Einwohner. Im Landkreis Ahrweiler wären daher rechnerisch zwischen acht und neun Kinderärzte/-ärztinnen zu erwarten. Tatsächlich sind im Kreisgebiet acht Kinderarztpraxen vorhanden. Die Praxen verteilen sich örtlich wie folgt:

Bad Neuenahr-Ahrweiler: 3
Remagen: 2

Sinzig: 1

Adenau: 2

Im Kreisgebiet sind zahlreiche niedergelassene physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Praxen vorhanden. Im Rahmen der Befragung war es jedoch nicht möglich, ihre Behandlungsanteile im Bereich von Menschen mit Behinderungen zuverlässig einzuschätzen. Angesichts der benachbarten Großstadt und weiterer Angebote in benachbarten Kreisen kann die Versorgungssituation insgesamt als ausreichend eingeschätzt werden. Zu vermuten sind gleichwohl leichte Versorgungsnachteile in der Eifelregion des Landkreises.

5.1.3 Auswertung der Befragung zum Angebot der Frühförderung

Zur Einschätzung der Frühförder-Angebote für Kinder und Eltern des Landkreises Ahrweiler wurden Fragebögen an

- alle Eltern, deren Kind das Angebot einer Frühförderstelle nutzt,
- alle Kindertageseinrichtungen,
- alle Grundschulen und
- alle niedergelassenen Kinderärzte/-ärztinnen und Therapeut/inn/en

versandt, insgesamt 305 Fragebögen. Der Fragebogen erhebt Einschätzungen zum einen zur Qualität des Angebotes und zum anderen zum Kooperationsverhalten der Frühförderstellen. Er gliedert sich in die Bereiche Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität.

Der Rücklauf aus den Fragebögen für Kinderärzte/-ärztinnen und für niedergelassene Therapeut/inn/en sowie für Kindertagesstätten und Grundschulen war unter 5% und konnte daher nicht sinnvoll ausgewertet werden. Möglicherweise ist die schwache Beteiligung auf die eher unspezifisch gehaltene Fragebogengestaltung zurückzuführen, durch die sich Kinderärzte/-ärztinnen und niedergelassenen Therapeut/inn/en nur unzureichend angesprochen gefühlt haben. Eventuell kommt aber auch eine Distanz gegenüber dem Vorhaben der Teilhabeplanung des Kreises zum Ausdruck. Vor dem Hintergrund der Bemühungen des Kreises, ein aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem zu entwickeln, wäre dies als problematisch zu betrachten. Zu prüfen wäre dann insbesondere, wie die Bereitschaft von Kinderärzt/innen und niedergelassenen Therapeut/inn/en verbessert werden könnte, sich an kommunalen Planungsaktivitäten zu beteiligen.

Der ausbleibende Rücklauf von Frühförder-Fragebögen aus Kindertageseinrichtungen und Grundschulen gibt ebenfalls Anlass zur Sorge. Es lässt sich feststellen, dass die Gestaltung des gerade für Kinder mit Behinderungen wichtigen Eintritts in den Kindergarten sowie des Übergangs vom Kindergarten in die Grundschule nur wenig Entsprechung in den Kooperationsbeziehungen des professionellen Unterstützungssystems findet.

Eltern wurde die Möglichkeit eingeräumt, mehrere Fragebögen auszufüllen, falls Kontakte zu unterschiedlichen Frühförderstellen bestehen. In einem Fall wurden drei Fragebögen ausgefüllt, so dass von Eltern insgesamt 61 ausgefüllte Fragebögen eingingen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 25,4%.

Das sozialrechtlich bewilligte Angebot der Frühförderung ist in diesen Fällen nicht deckungsgleich mit dem als der Frühförderung in Anspruch genommenen Angebot.

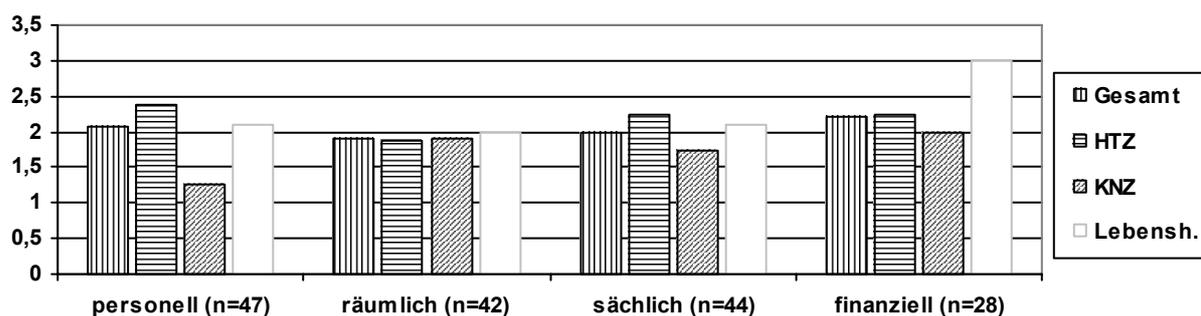
Tabelle 7: Versand und Rücklauf der Elternbefragung zur Frühförderung

	Anzahl der angesprochenen Eltern	Rücklauf (Fragebögen)	Rücklaufquote
HTZ Neuwied	93	14	15,1%
KNZ Bonn, Gustav-Heinemann-Haus	74	11	14,9%
SPZ Trier	5	0	0%
Landesschule für Blinde und Sehbehinderte in Neuwied	17	3	17,6%
Landesschule für Gehörlose in Neuwied		4	
Hausfrühförderung der Lebenshilfe		12	
Integrativer Kindergarten St. Hildegard		5	
Integrativer Kindergarten Andernach		1	
Integrativer Kindergarten Neuwied		1	
Sonstige		4	
Summe	189	55	

Die Fragebögen zu den Kindertageseinrichtungen und zu sonstigen Angeboten wurden nicht systematisch in die Auswertung der Frühförder-Befragung einbezogen. Sie wurden vielmehr an den Stellen berücksichtigt, bei denen es sich um allgemeine Einschätzungen zum Hilfesystem handelte. Für die Frühförderstellen der Landesschulen konnten aufgrund der geringen Fallzahlen keine Einzelauswertungen vorgenommen werden. Die Auswertungen beziehen sich somit auf Einschätzungen zum HTZ Neuwied, zum KNZ Bonn als den wichtigsten Anbietern von Frühen Hilfen. Ergänzend wurden auch die Rückmeldungen zum Frühförderangebot der Lebenshilfe aufgenommen, wenngleich es sich nicht um eine Frühförderstelle handelt und das Angebot in quantitativer Hinsicht nicht vergleichbar ist. Entsprechend vorsichtig sind auch die Aussagen hierzu zu bewerten.

Im Folgenden werden die Antworten zu den einzelnen Fragen zusammengefasst. In die Bewertungen fließen auch die Ergebnisse der Interviews mit verschiedenen Stellen des Systems Früher Hilfen mit ein. Die Ergebnisse haben somit mehr den Charakter begründeter Einschätzungen als dass sie im strengen Sinnen repräsentative Daten sind:

Diagramm 6: Strukturqualität: Einschätzung der Ausstattung der Frühförderstelle⁵⁰



(Anmerkung: Die Befragten konnten auf einer 4-stufigen Skala einen Wert ankreuzen: sehr gut (1); gut (2); mäßig (3); schlecht (4). Es wurde der Mittelwert gebildet. Je niedriger der Balken ist, umso positiver sind die darin ausgedrückten Einschätzungen. Der Wert ‚n‘ gibt die Gesamtzahl derjenigen an, die eine Angabe zu der Frage gemacht haben.)

Die Befragten machen bei der Einschätzung der personellen Ausstattung der Frühförderstellen deutliche Unterschiede. Als nahezu sehr gut wird die Personalsituation im KNZ beschrieben, weniger gut die personelle Ausstattung der Lebenshilfe-Stelle und des HTZ. Die räumliche Ausstattung aller Einrichtungen wird nahezu gleich als gut bewertet. Die Beteiligung an der Frage zur finanziellen Ausstattung fällt sehr gering aus. Offensichtlich fällt es den Eltern schwer, hierzu Bewertungen abzugeben. Die vergleichsweise ungünstige Bewertung der personellen Ausstattung des HTZ erklärt sich u.a. vielleicht aus Erfahrungen von Eltern, dass lange Wartezeiten für Arzttermine bestehen.

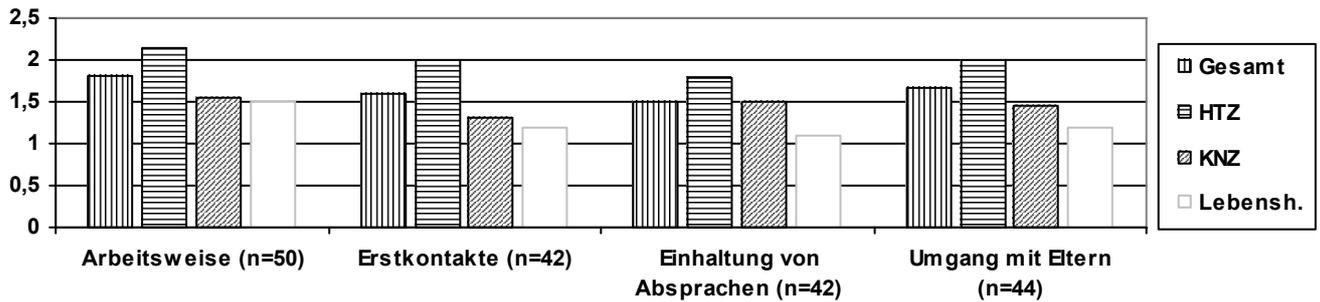
In den sehr positiven Rückmeldungen zur Personalsituation im KNZ drückt sich auch eine fachliche Anerkennung der dort geleisteten Arbeit aus. Beklagt werden lange Wartezeiten bei therapeutischen Behandlungen (Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie).

Insgesamt wird immer wieder bemängelt, dass es im Kreis selbst nicht ausreichend viele Anlaufstellen und Angebote der Frühförderung gibt und deswegen lange Fahrzeiten in Kauf genommen werden müssen. Zudem wird beklagt, dass es für Eltern von behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern schwierig ist, an Informationen über Frühförderangebote zu kommen. Reguläre Hilfeangebote wie Kliniken, Ärzte/Ärztinnen und Kindergärten scheinen zu wenig mit den Frühförderstellen vernetzt („Wir wurden von keiner offiziellen Stelle (Klinik, Arzt oder Kindergarten) über das Frühförderangebot informiert.“).

Vor dem Hintergrund der mangelhaften Finanzierung überrascht die insgesamt positive Bewertung der Ausstattung (personell, räumlich und sächlich) des Frühförderangebots der Lebenshilfe. Dies ist als positive Rückmeldung zum großen Engagement der Frühförderin zu werten.

50 In diese und die folgenden Grafiken wurde das Frühförderangebot der Lebenshilfe grafisch abgesetzt in die Auswertung einbezogen, wenngleich es sich nicht um eine Frühförderstelle handelt (s.o.)

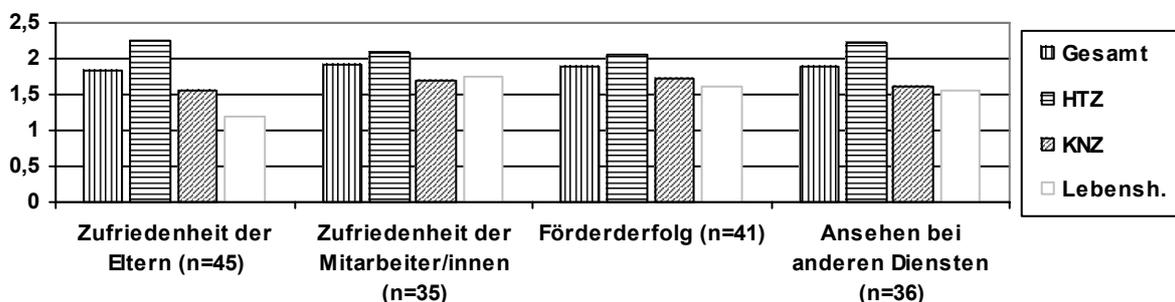
Diagramm 7: Prozessqualität: Einschätzung der Frühförderstelle in Bezug auf...



(Anmerkung: Die Befragten konnten auf einer 4-stufig von positiv bis negativ absteigende Skala einen Wert ankreuzen: sehr gut (1); gut (2); mäßig (3); schlecht (4). Es wurde der Mittelwert gebildet. Je niedriger der Balken ist, umso positiver sind die darin ausgedrückten Einschätzungen. Der Wert ‚n‘ gibt die Gesamtzahl derjenigen an, die eine Angabe zu der Frage gemacht haben.)

Generell gilt bei Befragungen, in denen die Befragten personenbezogene Dienstleistungen bewerten sollen, die sie selbst in Anspruch nehmen, dass in der Tendenz positive bis sehr positive Bewertungen abgegeben werden. Daher ist es nicht überraschend, wenn das Frühförderangebot hinsichtlich der Prozessqualität insgesamt positiv bewertet wird. Diese positive Bewertung stellt gleichwohl ein erfreuliches Ergebnis dar. Bedeutsam sind jedoch die sich durch alle vier Kategorien durchziehenden Unterschiede in der Bewertung. Am kritischsten werden die Erfahrungen mit dem HTZ dargestellt. Bei den offenen Rückmeldungen wird auch hier auf die Wartelisten insbesondere bei der Vereinbarung von Erstterminen verwiesen. Dies gilt auch für das KNZ. Zudem berichten Eltern über Probleme bei der Organisation von Terminen, etwa dass sie bei Terminausfällen oder Ärztewechseln z.T. nicht rechtzeitig informiert werden. Positivere Rückmeldungen erhält die Arbeit der Lebenshilfe. Dies hat neben der persönlichen Kontinuität der dortigen Fachkraft ganz entscheidend mit dem Angebot der mobilen Hausfrüherziehung, d.h. den regelmäßigen Hausbesuchen zu tun.

Diagramm 8: Ergebnisqualität: Einschätzung der Frühförderstelle in Bezug auf...

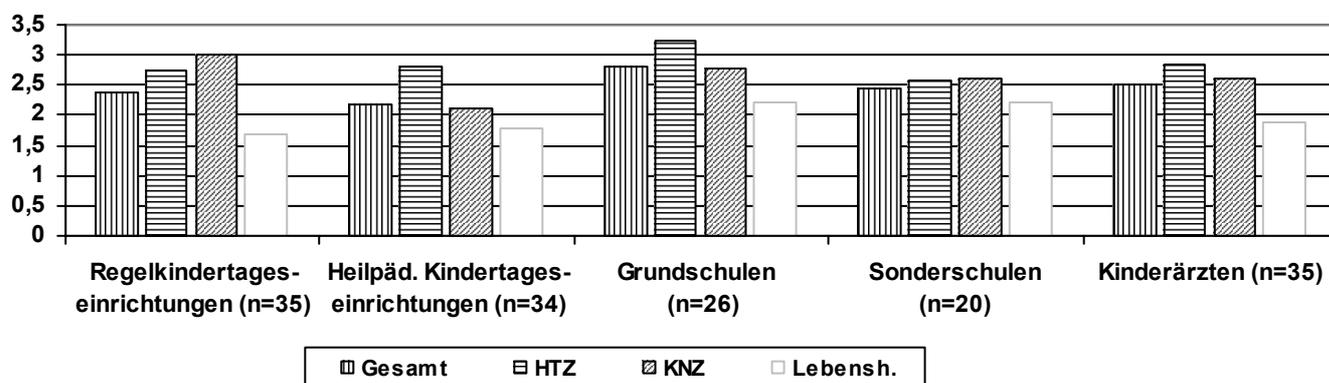


(Anmerkung: Die Befragten konnten auf einer 4-stufigen Skala einen Wert ankreuzen: sehr gut (1); gut (2); mäßig (3); schlecht (4). Es wurde der Mittelwert gebildet. Je niedriger der Balken ist, umso positiver sind die darin ausgedrückten Einschätzungen. Der Wert ‚n‘ gibt die Gesamtzahl derjenigen an, die eine Angabe zu der Frage gemacht haben.)

Die Ergebnisse zu den Fragen nach der Ergebnisqualität ergeben ein ähnliches Bild wie bei der Prozessqualität. Auch hier erhält das HTZ teilweise kritische Rückmeldungen, die den positiven Bereich verlassen. Hier scheint wiederum insbesondere die Familiennähe des Lebenshilfeangebots ausschlaggebend für eine bessere Bewertung zu sein.

Im Zusammenhang mit Ergebnisqualität bietet es sich an, die Einschätzungen aus den Interviews zur Qualität der Früherkennungsmaßnahmen für Kinder im Landkreis Ahrweiler zu thematisieren. Übereinstimmend gibt es die Bewertung, dass systematische Früherkennungsmaßnahmen nur teilweise zufrieden stellend etabliert sind. Es wurde festgestellt, dass in der Eifelregion des Kreises niedergelassene Kinderärzte fehlen, das vorhandene Angebot ist tendenziell auf die Kreisstadt und das Rheintal hin konzentriert. Problematisch wirkt sich hier auch aus, dass die SPZ ihre Arbeit mit einer ‚Komm-Struktur‘ organisiert haben, die eine präventive und beratende Arbeit vor Ort nicht vorsieht.

Diagramm 9: Wie beurteilen Sie die Kooperation der Frühförderstelle mit ...



(Anmerkung: Die Befragten konnten auf einer 4-stufigen Skala einen Wert ankreuzen: sehr gut (1); gut (2); weniger gut (3); schlecht (4). Es wurde der Mittelwert gebildet. Je niedriger der Balken ist, umso positiver sind die darin ausgedrückten Einschätzungen. Der Wert ‚n‘ gibt die Gesamtzahl derjenigen an, die eine Angabe zu der Frage gemacht haben.)

Aus den Antworten der Befragung geht hervor, dass die Eltern der behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kinder die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Stellen mit denen sie selbst auch zu tun haben für äußerst wichtig halten. Bedeutsam ist daher, dass die Bewertungen zum Kooperationsverhalten der Frühförderstellen eindeutig die negativsten Werte der ganzen Befragung aufweisen. Das Muster der Verteilung unter den zwei SPZs und dem Lebenshilfe-Angebot wiederholt sich dabei. Auch hier spiegelt sich das Problem wider, dass weder das HTZ noch das KNZ im Kreis verankert sind.

Insgesamt positiv eingeschätzt wird die Zusammenarbeit zwischen den Ärzt/inn/en und Theapeut/inn/en der sozialpädiatrischen Frühförderstellen und den Eltern. Bezüglich der Kooperation der Frühförderstellen etwa mit Kindergärten, Schulen oder Beratungsstellen oder auch untereinander verlassen die Bewertungen eindeutig den positiven Bereich. Institutionelle Kooperation auf der Ebene der Organisationen sowie auf der Ebene einzelner Fälle scheint nur

vereinzelt zu geschehen. Die ungenügende Vernetzung der verschiedenen Hilfeangebote und Stellen wird offensichtlich und scheint ein strukturelles Problem zu sein.

Wenn eine fallbezogene Kooperation stattfindet, dann sehen sich Eltern als diejenigen, die diese vorwiegend und mit großen Mühen initiieren müssen („Es entsteht nur auf mehrfaches Bitten und Erinnern eine Zusammenarbeit, lange Wartezeiten sind die Regel!“).

Rückmeldungen zu den Frühförderangeboten der Landesschulen

Wie oben dargestellt, können die Antworten zu den Frühförderangeboten der Landesschulen nicht in ähnlicher Weise dargestellt werden wie die Antworten zu dem HTZ, dem KNZ und der Frühförderstelle der Lebenshilfe. Dies hat insbesondere quantitative Gründe. Gerade aber die Situation, dass Sinnesbehinderungen weniger häufig vorkommen als geistige oder körperliche Behinderungen führt zu einem strukturellen Versorgungsproblem, auf das auch das Hilfesystem eine Antwort finden muss. Einerseits ist ein relativ hohes Maß an einschlägigem fachlichem Wissen z.B. über Früherziehung für blinde oder stark sehbehinderte Kinder erforderlich, das zunächst nur über Spezialisierung zu erreichen ist. Andererseits benötigen die betroffenen Kinder und ihre Angehörigen eine alltagsnahe und kontinuierliche Begleitung, die nur über dezentrale Angebote sichergestellt werden kann. Dieses Dilemma ist für Betroffene aus dem Landkreis Ahrweiler derzeit offensichtlich nicht zufrieden stellend gelöst. Eltern beklagen, dass die Hausbesuche von Sonderschullehrern der Blindenschule zu selten stattfinden („Leider haben wir nur alle vier bis sechs Wochen einen Hausbesuch der Blindenschule. Es wäre schöner, wenn der Besuch viel öfter wäre, um mehr Unterstützung zu haben und mehr Fördererfolge erzielen zu können.“). Auch Eltern schwerhöriger Kinder beklagen fehlende Beratungsmöglichkeiten in Bezug auf Fördermöglichkeiten und familiären Umgang mit der Behinderung.

Die antwortenden Eltern wünschen sich eine Qualifizierung von Stellen der ‚normalen‘ Gesundheitsversorgung und der ‚normalen‘ Erziehungseinrichtungen (Kindergärten und Schulen), um die Abhängigkeit von spezialisierten Angeboten zu reduzieren. Auch hier spielt der schwierige Zugang zu Informationen eine große Rolle („Es wäre schön, wenn ausreichend Informationen schon in den Entbindungs- bzw. Kinderkrankenhäusern und deren Frühgeborenenabteilungen bereitlägen und sich Eltern nicht so abmühen müssten, um erst mal irgendwo Hilfe zu finden.“).

Erwartungen an die Teilhabeplanung

In einer offenen Frage waren die Befragten abschließend gebeten, ihre Erwartungen an die Teilhabeplanung im Landkreis Ahrweiler vorzunehmen. Die 37 Antworten hierzu werden hier zusammengefasst wiedergegeben:

An erster Stelle wird die Erwartung formuliert, dass es über die Teilhabeplanung künftig für Eltern leichter wird, an qualifizierte und umfassende Informationen über die Möglichkeiten der Frühförderung zu kommen (13 Nennungen). Man erhofft sich, dass die Angebote der Frühförderung personell und inhaltlich, d.h. durch Elterngesprächskreise, Beratungsangebote, psychologische Betreuung oder auch durch bestimmte therapeutische Angebote erweitert und familiennäher organisiert werden (11 Nennungen). Im Bereich der Beratungsangebote wird ein großes Defizit gesehen, das aus Sicht zahlreicher Rückmeldungen von der Kreispolitik

angegangen werden sollte.

Es wird erwartet, dass die Hilfen der Frühförderung stärker innerhalb des Landkreises angeboten werden, um Wartezeiten zu reduzieren und um kürzere Anfahrtswege zu haben (10 Nennungen).

Konzeptionell gesehen erhoffen sich die Eltern eine stärkere Einbeziehung in die praktische Arbeit, d.h. mehr Gespräche zwischen Professionellen und Eltern, in denen über die Vorstellungen und Besorgnisse der Eltern gesprochen werden kann (6 Nennungen).

Als bedeutsam wird auch erachtet, dass die Mitarbeiter/innen der Frühförderstellen intensiver als bisher mit Kindergärten zusammenarbeiten, um die Integration der behinderten Kinder in Regelkindergärten zu unterstützen (7 Nennungen).

Die Eltern erhoffen sich in Verbindung mit der Teilhabeplanung auch einen Impuls dafür, dass Erzieher/innen und Lehrer/innen, aber auch Ärzt/inn/e/n und Therapeut/inn/en sich z.B. über Fortbildungen noch stärker für die Arbeit mit behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern qualifizieren (5 Nennungen).

Einschätzung

Das Hilfesystem des Landkreises Ahrweiler für behinderte und von Behinderung bedrohten Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern sowie für deren Familien ist durch die Entscheidung des Landes Rheinland-Pfalz geprägt, beim Aufbau eines Versorgungsangebots der Früherkennung und Frühförderung im wesentlichen auf das Konzept der Sozialpsychiatrischen Zentren zu setzen. Strukturell gesehen bedeutet dies, dass der Schwerpunkt des Angebots im Bereich der interdisziplinären, aber ärztlich dominierten Diagnostik liegt. Dies wiederum führt zu einem eher medizinisch-funktional orientierten Konzept für therapeutische und pädagogische Maßnahmen. Dieses ist gekennzeichnet durch eine ‚Einbestell-Praxis‘ und einen klinischen Kontext der Hilfen. Ambulante Therapien tragen in diesem Modell dazu bei, ansonsten erforderliche stationäre Behandlung und Unterbringung zu verkürzen bzw. zu vermeiden.

Der Landkreis Ahrweiler ist nicht selbst Standort eines SPZ, sondern Teil des Versorgungsgebietes, für das insbesondere das HTZ zuständig ist und im Rahmen des Landeskonzepts auch vom Land gefördert wird. Für viele Nutzer des HTZ-Angebots aus dem Landkreis Ahrweiler sind die weiten Anfahrtswege strukturell vorgegeben. Die Außenstelle des HTZ in Bad Neuenahr-Ahrweiler kann dies nicht prinzipiell auflösen. Die eigentliche Arbeit der Diagnostik und Therapieplanung geschieht in Neuwied, die Außenstelle macht nur therapeutische Behandlungsangebote und ist dazu noch in nur begrenztem Maße dafür ausgestattet. Das KNZ in Bonn arbeitet dem Grunde nach einem ähnlichen Modell wie das HTZ, allerdings sind die formalen Kooperationsbeziehungen zu Stellen im Kreis noch schwächer entwickelt.

Die Angebote der Früherkennung von Gesundheitsbeeinträchtigungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen sind im Landkreis Ahrweiler nur unzureichend entwickelt. Dies führt nach übereinstimmenden Einschätzungen von öffentlichen und privaten Stellen nicht selten zu schwer kompensierbaren Behandlungsverzögerungen, die bei einer wirksameren Gestaltung der Früherkennungsmaßnahmen vermieden werden könnten.

Die landespolitisch gesetzte Vorgabe des SPZ-Modells erschwert den Aufbau von heilpädagogisch-psychologisch orientierten Frühförderstellen, denen es konzeptionell um die exem-

plarische Förderung des Kindes in seiner familiären Lebenswelt, um die psychosoziale Beratung und Begleitung der Familie sowie um die Unterstützung der sozialen Integration des behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindes in seiner Familie und später in Kindergarten und Schule geht. Die Lebenshilfe KV Ahrweiler e.V. als kreisbezogener Verein bemüht sich seit einiger Zeit ein solches familien- und gemeindenahes Angebot der Frühförderung aufzubauen. Dies stößt bei den betreuten Familien auf eine sehr positive Resonanz und macht ein erhebliches Defizit im Bereich der familiennahen Unterstützung aufmerksam, dass das SPZ-Modell mit sich bringt. Gleichzeitig ist es bisher nicht gelungen, dieses heilpädagogische Frühförderangebot hinreichend zu institutionalisieren und finanziell abzusichern. Aufgrund der sozialrechtlichen Aufgabenverteilung wäre der Ansprechpartner hierfür der Landkreis Ahrweiler in seiner Eigenschaft als örtlicher Sozialhilfeträger. Dieser stößt dabei auf die strukturelle Schwierigkeit, dass eine eigenständige Institutionalisierung der pädagogischen Hausfrüherziehung im Sinne der Lebenshilfe in der rheinland-pfälzischen Landeskonzeption nicht vorgesehen ist. Kritisch ist zu vermerken, dass der dem Lebenshilfe-Ansatz zu Grunde liegende Hilfebedarf auf Seiten betroffener Familien aufgrund der medizinischen Perspektive des Landeskonzepts bisher nicht oder nur als weniger bedeutsam wahrgenommen wird. Es besteht daher auch in dieser Hinsicht auf Landesebene Anlass, den Reformimpuls der neuen FrühV aufzugreifen und die vom Land bisher geförderten Strukturen zu überprüfen.

Für den Landkreis Ahrweiler⁵¹ kann bezogen auf den Bereich der Frühförderung ein politisches Steuerungsproblem festgestellt werden. Aufgrund der strukturell bisher vorgegebenen Versorgungskette werden die betreffenden Kinder über Mechanismen des Medizinsystems zu Antragssteller/inne/n für SGB XII-Leistungen. Auf diese Mechanismen der Überweisung von Ärzten in die SPZs hat der Kreis als Kostenträger keinen steuernden Einfluss. Die dem Kreis zur Bescheidung zugereichten Anträge sind von den SPZs vorbereitet, für eine angemessene Sachbearbeitung letztlich wenig aussagefähig und bieten so keine fachliche Entscheidungsgrundlage. Die SPZs sind in der strukturellen Position über ihre diagnostischen Tätigkeiten gleichzeitig sozialrechtlich relevante Bedarfe der Eingliederungshilfe vorzudefinieren. Beraten durch die SPZs, beantragen die Eltern der Kinder Kostenübernahmen für heilpädagogische Maßnahmen, deren Inhalte von den SPZs vorgegeben und die gleichzeitig auch von den SPZs erbracht werden. Die SPZs selbst bestätigen den von ihnen festgestellten Bedarf durch eine gutachterliche Stellungnahme. Sie eröffnen sich dadurch weitgehende Abrechnungsmöglichkeiten für eigene Dienstleistungen. Der Landkreis ist damit in der Rolle des bloßen Kostenträgers, der auf die Hilfebedarfsermittlung, auf die Arbeitsstrukturen und –konzepte, auf die Qualität der Angebote und letztlich auch auf die Kostenentwicklung nahezu keinen steuernden Einfluss ausüben kann. Die einzige Begrenzung, die der Kreis derzeit aufgrund von Landesregelungen vornimmt, ist die Altersbegrenzung der leistungsberechtigten Kinder auf das Alter bis zum vollendeten siebten Lebensjahr. Diese Begrenzung wird auch von den SPZs kritisiert, da diese auch Kinder und Jugendliche bis 14 Jahren (KNZ) oder gar 18 Jahre (HTZ) zu ihrem Adressatenkreis zählen und somit an entsprechenden Erweiterungen interessiert sind.

Derzeit ist der Landkreis aufgrund der Landesvorgaben nicht in der Lage, dem medizinisch dominierten Verfahren der Definition von Hilfebedarfen durch ein alternatives Verfahren oder durch eigenständige Bedarfsermittlungen und Begutachtungen etwa durch das Gesundheits-

⁵¹ Wie vermutlich auch für die anderen örtlichen Träger der Sozialhilfe und der Jugendhilfe in Rheinland-Pfalz.

amt eine Alternative entgegen zu setzen. Dies führt innerhalb der Verwaltung und bei den politisch Verantwortlichen zu einer zunehmenden Unzufriedenheit. Zu prüfen wäre, auf welche Weise sich der Kreis aus seiner Rolle als passiver Kostenträger heraus entwickeln und größeren Spielraum für konzeptionelle und kostenbezogene Steuerungsmöglichkeiten erreichen könnte. Insbesondere wären hierfür neue Formen der Hilfebedarfsermittlung und der Hilfeplanung zu diskutieren, die wiederum mit neuen Akteur/inn/en und anderen Verfahren zu verbinden wären. Solche Voraussetzungen sind aber durch die bisherige Frühförderkonzeption des Landes, die auf die institutionelle Förderung der SPZ setzt, nicht ohne weiteres herzustellen. Die Umsetzung der Frühförderverordnung des Bundes könnte insbesondere für die kommunalen Spitzenverbände gleichzeitig Chance und Aufgabe darstellen, fachliche Verbesserungen mit der Erhöhung kommunaler Steuerungsmöglichkeiten zu verbinden.

Empfehlungen

Ziel: Sensibilisierung, Beratung und Qualifizierung von Eltern und Fachleuten für die Früherkennung von Gesundheitsbeeinträchtigungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen von Kindern bis sieben Jahren

Maßnahmen:

- Eine Informationsbroschüre über Hilfemöglichkeiten bei kindlichen Entwicklungsstörungen für Eltern und Fachleute im Landkreis Ahrweiler wird erstellt. Darin sollen Hilfemöglichkeiten zu Diagnostik, Behandlung und Beratung aufgezeigt werden auch für solche Kleinkinder, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen als mögliche Vorläufer für kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder.
- Es wird ein regelmäßiges Beratungsangebot zu Themen wie Entwicklung, Ernährung, Pflege und Entwicklungsbeobachtung von Kleinkindern geschaffen, das in gut zugänglichen Räumen der kreisangehörigen Gebietskörperschaften (z.B. in den Räumen der Ambulanten Hilfezentren) stattfindet.
- Es wird ein Angebot von niedrighschwelligem ‚Früherkennungs-Sprechstunden‘ bei Kinderärzt/inn/en initiiert.
- In Zusammenarbeit mit Kinderärzt/inn/en, Frühförderstellen, SPZs, Kindergärten und Selbsthilfegruppen werden dezentrale ‚Gesundheitstage‘ in den Sozialräumen des Landkreises Ahrweiler zum Thema „Früherkennung von Gesundheitsbeeinträchtigungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen von Kindern bis sieben Jahren“ veranstaltet werden.
- Die Aufgaben und personellen Kapazitäten im Gesundheitsamt werden bezüglich der Übernahme von Beratungsaufgaben sowie eine stärkere Orientierung der Tätigkeiten an sozialräumlichen Gegebenheiten erweitert.

Ziel: Strukturelle Verbesserung der heilpädagogischen Beratungs- und Fördermöglichkeiten

Maßnahmen:

- Das bestehende Angebot an Frühen Hilfen im Landkreis Ahrweiler wird zu einer Interdisziplinären Frühförderstelle entwickelt, z.B. durch Erweiterung der personellen

und sächlichen Voraussetzungen vorhandener Hilfen **und** durch Kooperation mit dem HTZ.

- Die Aufnahme von Kindern mit Behinderungen in den Kindergarten sowie ihr Übergang in die Grundschule wird durch Einberufung von Fallkonferenzen unter Federführung der Frühförderung gestaltet.
- Es wird eine Projektgruppe ‚Frühe Hilfen im Landkreis Ahrweiler‘ eingerichtet mit dem Auftrag, eine Frühförderkonzeption für den Landkreis Ahrweiler zu erstellen.

Ziel: Verbesserung der Früherkennung durch neue Instrumente und systematische Kooperation

Maßnahmen:

- Es wird ein Checkheft für Beobachtungskinder entwickelt, d.h. für Kinder, bei denen pränatal oder in der frühkindlichen Entwicklung Abweichungen festgestellt wurden oder Faktoren vorliegen, die erfahrungsgemäß zu Entwicklungsschwierigkeiten bei Kindern führen können (Beispiel: Kreis Mettmann, NRW).
- In Kindergärten wird ein Früherkennungsfragebogen eingesetzt zur Vorbereitung und Qualifizierung der Früherkennungsuntersuchungen (Beispiel: ‚Gelsenkirchener Entwicklungsbegleiter‘).
- Es wird eine ‚Netzwerkversammlung‘ aller für Früherkennung im Landkreis Ahrweiler relevanten Stellen veranstaltet werden.
- Die Erfahrungen des Präventionsprojektes in Ahrbrück werden vertieft.

Ziel: Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten des Kreises

Maßnahme:

- Es wird ein politischer Auftrag an den Landkreistag formuliert, im Zusammenhang mit der Umsetzung der Frühförderverordnung (FrühV) einen Diskussionsprozess auf Landesebene zu initiieren. Ziel des Diskussionsprozesses ist die fachliche Umorientierung der Frühförderung in der Weise, dass pädagogisch-psychologische Ansätze gestärkt und kommunale Steuerungsoptionen erweitert werden.

5.2 Tagesstätten für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder

Die pädagogischen Angebote für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder vom dritten bis zum sechsten/siebten Lebensjahr werden vielfach unter der Überschrift ‚Vorschulische Förderung‘ zusammengefasst. Auch das Land Rheinland-Pfalz beschreibt in seinem „Landesplan für behinderte Menschen“ von 1998 die Angebote im Elementarbereich unter dieser Überschrift (ebd. S. 75). Damit verbindet sich der Auftrag, die behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder durch entsprechende Lernangebote so weit zu fördern, dass sie im schulfähigen Alter den Übergang in die Schule bewältigen können. Für eine lebenslauforientierte Hilfeplanung ist ein solches Verständnis der Kindergartenbetreuung relevant, da sich konzeptionelle Kriterien daraus ableiten lassen. Unter dieser Prämisse wird auch die Vernetzung der Kindergärten mit begleitenden Diensten wie der Frühförderung, insbesondere aber mit dem schulischen Bereich bedeutsam.

Der Landesplan beginnt seine Ausführungen zum Elementarbereich mit der Feststellung: „Die vorschulische Förderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder erfolgt vornehmlich in Sonderkindergärten und in integrativen Kindergärten.“ (ebd.) Erstaunlicherweise wird auf die Angebotsform der begleiteten Einzelintegration im ganzen Abschnitt nicht eingegangen.

Der Landesplan verweist darauf, dass die Erziehungsaufgabe der Kindergärten, die behinderte Kinder betreuen, im Wesentlichen der Zielsetzung der allgemeinen Kindergärten entspricht. Mit Bezug auf das 1991 novellierte Jugendhilferecht wird in der Fachdiskussion der eigenständige Erziehungs- und Bildungsauftrag der Einrichtungen des Elementarbereichs betont. Damit ist der Versuch verbunden, sich sowohl von dem Verständnis des Kindergartens als familienergänzende Betreuungseinrichtung zu lösen als auch gegenüber der Schule ein eigenständiges Bildungsprofil zu entwickeln. Für die hier vorliegenden Planungsüberlegungen ist es daher wichtig, von dem auszugehen, was der ‚eigenständige Erziehungs- und Bildungsauftrag‘ von Kindertagesstätten für die Arbeit mit behinderten Kindern bedeutet.

Die Betreuung von behinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen verfolgt gleichermaßen das Ziel der individuellen Förderung und das Ziel der sozialen Integration. Wie andere Kinder auch, sollen behinderte Kinder im Kindergarten lernen und ihre Persönlichkeit entwickeln, indem sie sich mit anderen Kindern ihrer Gruppe auseinandersetzen, Regeln kennen lernen, ihre Umwelt erforschen und immer selbständiger werden.

Darüber hinaus aber eröffnet der Kontakt mit institutionalisierten Hilfen den Kindern und Eltern ein weiteres Lernfeld, das unter der Prämisse des Selbstbestimmungsansatzes wichtig ist. Dies betrifft sowohl die Auswahl und Gestaltung der pädagogischen Angebote als auch das Verhältnis zwischen behinderten Kindern und ihren Eltern als Betroffenen zu den professionellen Helfer/innen im Kindergarten. Wenn die professionellen Helfer/innen sich in ihrer Arbeit am Modell der Assistenz orientieren, dann ermöglichen sie es den Eltern als Menschen, die von Hilfe abhängig sind, einen selbstbestimmten und souveränen Umgang mit Hilfen zu erlernen, den sie später auf ihre Kinder übertragen können. Eltern sollten dabei unterstützt werden, Strategien zu entwickeln, wie sie verschiedene professionelle und informelle Hilfen zu einem, für ihren Alltag hilfreichen Arrangement zusammenfügen können. Die damit verbundenen Fragen sollten Teil des professionellen Austauschs in den entsprechenden Facharbeitskreisen, aber auch Gegenstand von Elterngesprächskreisen sein.

5.2.1 Kindertagesstätten-Angebot für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebungen und Interviews bzw. Gruppengespräche wiedergegeben.

Das Angebot der Kindertagesbetreuung im Landkreis Ahrweiler beinhaltet insgesamt 62 allgemeine Kindertagesstätten und eine heilpädagogische Kindertagesstätte. Von den Kindertagesstätten sind 33 in freier Trägerschaft, ganz überwiegend getragen von katholischen Kirchengemeinden, 29 in kommunaler Trägerschaft. In einer Einrichtung wird eine Krippengruppe mit zehn Plätzen betrieben. Die einzige heilpädagogische Kindertagesstätte befindet sich in der Trägerschaft der Caritas. Der Bereich der Kindertagesstätten hat in den vergangenen 15 Jahren eine erhebliche Ausweitung erfahren, konkret wurde die Zahl der Gruppen seit 1990 kreisweit von 130 auf derzeit 208 erhöht.

Dem **Kindertagesstätten-Bedarfsplan** 2003/2004 zu Folge besteht trotz regionaler Unterschiede insgesamt ein Überangebot an Plätzen, d.h. es kann nicht nur rechnerisch, sondern auch tatsächlich jedem Kind im Landkreis Ahrweiler ein Tagesstättenplatz angeboten werden. Rund 5.000 Plätze stehen derzeit für Kinder zur Verfügung, davon waren 2003 zwischen 4.400 und 4.600 Plätze belegt.

Im Kreisgebiet arbeiten insgesamt drei so genannte **Schulkindergärten**, die jeweils an Grundschulen angegliedert sind. Diese Schulkindergärten befinden sich in Burgbrohl, Heimersheim und Sinzig. Im westlichen Kreisgebiet um Adenau findet sich somit kein entsprechendes Angebot. Betrachtet man die Übergänge im Anschluss an die Schulkindergärten, dann fällt auf, dass im Vergleich seit 1999 aus Sinzig nur zwei Kinder in die Förderschule (früher Sonderschule für Lernbehinderte) überwechseln mussten, aus den Schulkindergärten Heimersheim und Burgbrohl waren es jeweils elf. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass die Kinderzahlen in den Schulkindergärten Heimersheim und Burgbrohl nahezu durchgängig etwas höher liegen als im Sinziger Schulkindergarten.

Mitte 2004 waren dem Kreis insgesamt 61 Kinder im Vorschulalter mit einer Behinderung bekannt, wobei die Behinderung meist sozialrechtlich im Sinne des § 53 SGB XII (früher § 39 BSHG) zuerkannt war, in einzelnen Fällen wurde aufgrund von Entwicklungsverzögerungen ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf vom Kreis gebilligt. Ihre Betreuungssituation stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 8: Betreuung behinderter Kinder im Vorschulbereich

In allgemeinen Kita in AW	9 Kinder
In Heilpädagogischen Einrichtungen in AW	28 Kinder
In Heilpädagogischen Einrichtungen in anderen Kreisen	24 Kinder

Es fällt auf, dass nur etwas mehr als 60% der behinderten Kinder derzeit in Vorschuleinrichtungen im Landkreis Ahrweiler betreut werden. 40% (24) der Kinder mit Behinderungen aus dem Landkreis Ahrweiler besuchen heilpädagogische Kindergärten außerhalb des Kreises.

Davon gehen elf in die Kita des HTZ in Andernach. Immerhin neun Kinder besuchen die Kita der Landesschule für Gehörlose und Schwerhörige in Neuwied. Ein Kind aus dem Landkreis Ahrweiler wird in der Vorschuleinrichtung der Landesblindenschule in Neuwied betreut. Drei Kinder besuchen die Kita der Lebenshilfe Mayen. Die Gründe für die relativ hohe Anzahl von Kindern mit Behinderung, die außerhalb des Kreises betreut werden, liegen z.T. in den gewachsenen Strukturen des Versorgungssystems, z.T. kommen sicherlich auch sozialräumliche Bindungen zum Tragen. Eine nähere Analyse der auffällig hohen Unterbringungszahlen außerhalb des Kreises erscheint gleichwohl im Zuge weiterer Planungsaktivitäten lohnenswert.

Genauer betrachtet gibt es im Landkreis Ahrweiler drei Formen der Betreuung von behinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen:

a) integrative Betreuung in allgemeinen Kindergärten:

Den Angaben in den Fragebögen zufolge wurden zum Zeitpunkt der Erhebung in vier Einrichtungen insgesamt neun Kinder mit Behinderungen betreut, für die der Landkreis Ahrweiler zusätzliches Personal zur Verfügung stellt. Nachfolgende Tabelle gibt auf der Grundlage der Befragungsergebnisse einen Überblick über die Betreuungssituation von Kindern mit Behinderungen im Kindergartenalter. Die Tabelle zeigt auch die Problematik der Definition von Behinderung im Kindergartenbereich. Die Einrichtungen sehen wesentlich häufiger das Vorliegen einer Behinderung als gegeben an als dies von staatlicher Seite getan wird. Dies verweist auf die Notwendigkeit, das Feststellungsverfahren zu überprüfen:

Tabelle 9: Integration behinderter Kinder in allgemeine Kindergärten im Landkreis Ahrweiler⁵²

Trägerschaft	Integrationsmaßnahmen für behinderte Kinder mit zusätzl. Personal	Behinderte Kinder im Kiga nach Eingedefinition	Frühere Erfahrungen mit Integration
Kommunal	6	12	9
Katholische Kirchengemeinden	2	22	7
Evangelische Kirchengemeinden		3	
Betriebliche Trägerschaft	1		1
Insgesamt	9	37	17

⁵² Ohne heilpädagogische Kindertagesstätten

Die Regelkindergärten, in denen behinderte Kinder mit zusätzlichem Personal betreut werden, machen in den Fragebögen folgende Angaben zur Behinderungsart der Kinder:

- Drei Kinder mit Körperbehinderungen,
- Zwei Kinder mit einer geistigen Behinderung,
- Ein Kind mit Mehrfachbehinderung,
- Drei Kinder mit Entwicklungsverzögerungen

b) eine vom Sozialministerium Rheinland-Pfalz geförderte Integrationsgruppe

c) heilpädagogische Gruppen

Diese letztgenannten Betreuungsformen werden in der heilpädagogischen Kindertagesstätte St. Hildegard (Bad Neuenahr-Ahrweiler) angeboten, die als teilstationäre Einrichtung anerkannt ist. Aufgrund ihrer Bedeutung soll die Einrichtung nachfolgend näher beschrieben und die Einschätzungen der dort Verantwortlichen kurz vorgestellt werden:

5.2.2 Kindertagesstätte St. Hildegard in Bad Neuenahr-Ahrweiler (Bachem)

Die Kindertagesstätte St. Hildegard in Bad Neuenahr-Ahrweiler (Bachem) wurde 1974 als Sonderkindergarten für den Landkreis Ahrweiler zusammen mit den beiden Sonderschulen L und G gebaut. Der Kindergarten hat seit 1993 eine Integrationsgruppe, die von zwölf nichtbehinderten Kindern aus dem Stadtgebiet besucht wird. Er betreut derzeit insgesamt 46 Kinder im Alter zwischen drei und sieben Jahren, in drei heilpädagogischen Gruppen (Sondergruppen mit acht Plätzen) und in einer integrativen Gruppe mit vier Plätzen für Kinder mit und zwölf Plätzen für Kinder ohne Behinderungen. Eine Einschränkung auf bestimmte Behinderungsarten wird nicht vorgenommen. Einzugsgebiet ist der gesamte Landkreis Ahrweiler, Aufgrund des zentralen Standorts der Einrichtungen müssen die Kinder z.T. täglich erhebliche Fahrtstrecken auf sich nehmen, um zu ihrer Tagesstätte zu gelangen.

In der Konzeption beschreibt die Kindertagesstätte St. Hildegard ihr Selbstverständnis wie folgt: „Die Kindertagesstätte sieht sich als heilpädagogische Einrichtung, die Kindern mit und ohne Behinderung eine besondere Hilfe und Förderung gibt und sie individuell auf die Schule und das Leben vorbereiten will. Weiterhin wollen wir für Kinder und Eltern, die als Folge der Behinderung Benachteiligung und Schwierigkeiten erfahren, eine Hilfe darstellen und bieten unsere Unterstützung in verschiedenen Bereichen an.“ (ebd. S. 10).

Derzeit werden Kinder mit folgenden Behinderungsarten betreut:

- Kinder mit körperlicher Behinderung,
- Kinder mit geistiger Behinderung,
- Kinder mit Mehrfachbehinderung,
- Kinder mit sprachlicher Behinderung,
- Kinder mit Sehbehinderungen,
- Kinder mit Hörbehinderungen und
- Kinder mit allgemeinen Entwicklungsverzögerungen.

Der Bedarf an heilpädagogischen Plätzen ist nach Ansicht der Einrichtung nicht gedeckt. Für die nächsten zwei Jahre wird eine erhebliche Zunahme der Nachfrage nach Plätzen erwartet, da zur Zeit eine große Anzahl der Kinder in der Voranmeldephase ist. Erst dann wird ein Rückgang des Bedarfs auf 28 Plätze prognostiziert. Kostenträger der Einrichtung sind zu gleichen Teilen das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung als überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe sowie der Kreis. Die Integrationsgruppe wird vom Land im Rahmen des Kindertagesstättengesetzes finanziert und ist die einzige dieser Art im Landkreis Ahrweiler. Die Finanzierung ist gesichert und funktioniert im Ablauf ohne besondere Schwierigkeiten. Unsicherheiten werden derzeit durch die Absicht des überörtlichen Sozialhilfeträgers ausgelöst, die Finanzierung in dem Sinne neu zu regeln, dass Kinder bestimmten Hilfebedarfsgruppen zugeordnet werden. Die genauen Verfahren hierzu und die sich daraus ergebenden Konsequenzen können noch nicht überblickt werden.

Die Kindertagesstätte St. Hildegard ist im Arbeitskreis Integration vertreten. Eine engere, aber informelle Kooperationsbeziehung besteht insbesondere zum Kinderneurologischen Zentrum in Bonn (KNZ). Es besteht im Hinblick auf Frühförderangebote und Fortbildungen zudem eine regelmäßige Zusammenarbeit mit den Landesschulen für Blinde und Sehbehinderte sowie für Gehörlose in Neuwied. Von der Planung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen im Landkreis Ahrweiler wird eine bessere Zusammenarbeit aller Einrichtungen erwartet, um ein optimales Förderangebot für die Klienten zu schaffen. Es wird auch erwartet, dass sich die Aufklärung über die verschiedenen Betreuungsangebote verbessert.

5.2.3 Integrative Angebote in Allgemeinen Kindergärten - Befragungsergebnisse

Immerhin 17 Kindergärten geben in der schriftlichen Befragung an, dass sie schon in früheren Jahren Erfahrungen mit der integrativen Betreuung gemacht haben. Ganz überwiegend werden die Erfahrungen als positiv für die Entwicklung des behinderten Kindes, aber auch für die Entwicklung der sozial-emotionalen Kompetenz der Gruppe insgesamt eingeschätzt. Dabei wird allerdings darauf hingewiesen, dass zusätzliches Personal wichtig ist, da das behinderte Kind vermehrte Aufmerksamkeit erfordert. Die Zusatzkräfte sollten einschlägig fachlich qualifiziert sein. Des Weiteren wird angemerkt, dass die Möglichkeit bestehen sollte, ggf. geeignete Therapie- und Fördermaterialien sowie einschlägige Fachbücher anzuschaffen. Auch wird angegeben, dass für den Erfolg der Integrationsmaßnahmen zum einen eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern zum anderen aber auch die Zusammenarbeit mit Therapeut/inn/en, die das Kind behandeln, erforderlich ist. Auch daraus ergibt sich ein zusätzlicher Arbeitsaufwand, der nicht ohne weiteres zu bewältigen ist. Wenn keine zusätzlichen personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, dann resultieren daraus auch Begrenzungen für die Integration behinderter Kinder bzw. Qualitätseinbußen für die pädagogische Arbeit. Damit wird auch die Notwendigkeit begründet, die Gruppengrößen in den Integrationsgruppen zu reduzieren.

Mehrere Kindergärten geben an, dass sie Integrationswünsche von Eltern behinderter Kinder mit dem Hinweis auf fehlendes Personal abgelehnt haben. Weitere Ablehnungsgründe waren unzureichende räumliche und architektonische Voraussetzungen, wie z.B. fehlende Rampen, keine behindertengerechte Toilette, Treppen und andere Barrieren.

Die Ermittlung des Hilfebedarfes erfolgt derzeit in den Regeleinrichtungen nicht nach einem festgelegten Verfahren. Als Methode werden in erster Linie die Beobachtung der Kinder, Gespräche mit Eltern und der Austausch mit anderen Fachkräften, wie Heilpädagog/inn/en oder

Ärzte/Ärztinnen genannt. In drei Rückmeldungen wird auf spezielle Erhebungsbögen oder Tests hingewiesen, die zum Einsatz kommen. An dieser Stelle wird ein Definitionsproblem deutlich. Unklar ist, wer, nach welchen Kriterien und mit welchen Konsequenzen einen solchen zusätzlichen Betreuungsbedarf bei einem Kind feststellen soll.

Eine Einschätzung des Bedarfes von Maßnahmen zur Einzelintegration für Kinder mit Behinderungen können nur knapp die Hälfte der Kindergärten (16 von 35) abgeben, die sich an der Befragung beteiligt haben. In vier Fällen wird davon ausgegangen, dass der Bedarf gedeckt ist. In drei Kindergärten ist ein konkreter Bedarf bei weiteren Kindern bekannt, da sich Eltern bei den Einrichtungen mit dem Wunsch gemeldet haben, ihr Kind im Kindergarten des Wohngebiets betreuen zu lassen. Elf Einrichtungen schätzen, dass es in Zukunft einen höheren Bedarf geben wird.

Die Kindergärten beziffern die Anzahl der Kinder, die nach ihrer Einschätzung eine Behinderung haben, die aber nicht formal als ‚behindert‘ anerkannt sind, mit 37 Nennungen recht hoch. Da mit der Betreuung dieser Kinder ein zusätzlicher kapazitärer Aufwand verbunden wird, geht damit der Wunsch nach zusätzlichen Ressourcen einher. Über einen Fördertopf des Kreises haben Kindergärten die Möglichkeit, für die Betreuung behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder zusätzliches Personal zu erhalten. Von Seiten des Landkreises gibt es bisher keine Vorgaben zur Qualifikation des Zusatzpersonals und zum Stundenumfang ihres Einsatzes. Auch besteht aus Sicht der Kindergärten kein nach außen hin transparentes Verfahren zur Begutachtung der Anträge durch den Kreis. Aus Sicht der Kindergärten ist nicht hinreichend klar, ob das Sozialamt oder das Jugendamt Ansprechpartner für die Beantragung von Integrationshelfer/inne/n ist und in welcher Weise das Gesundheitsamt eingebunden ist. Dies erklärt sich allerdings durch landesbezogene Rechtsgrundlagen, die auf Seiten des Kreises fallbezogene Entscheidungen erforderlich machen, ob die zu gewährenden Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) oder der Jugendhilfe (KigaVV) zuzuordnen sind. Gleichwohl wird von Seiten der dabei beteiligten Regelkindergärten die Bereitschaft des Landkreises, Zusatzkräfte zur Integration behinderter Kinder zu finanzieren, als innovativ und sehr positiv gewürdigt. In diesem Zusammenhang wird von Erzieherinnen-Seite die Notwendigkeit gesehen, für die sozialpädagogische Zusatzkraft (Integrationshelfer/in) ein einheitliches Stellenprofil zu erarbeiten, um eine einheitliche Handhabung der Einzelintegration zu gewährleisten.

Die Kooperationsbeziehungen der integrativ arbeitenden Kindergärten mit den SPZs sind kaum entwickelt. Insbesondere bei Kindern, deren Behinderung bereits vor dem dritten Lebensjahr festgestellt wurde, wirkt sich dies negativ aus. Meist erfahren Kindergärten erst sehr spät von der Tatsache, dass ein behindertes Kind in ihrem Einzugsbereich lebt und können sich nicht hinreichend auf die Aufnahme vorbereiten. Da die SPZs nicht vor Ort präsent sind, sind sie auch nicht in der Lage, den Übergang des Kindes in den Kindergarten fachlich zu begleiten. Somit sind die Eltern dabei auf sich selbst verwiesen.

Den Ergebnissen der Datenerhebung zu Folge sind die Kooperationsbeziehungen der Kindergärten zu den Grundschulen ebenfalls nur ansatzweise institutionalisiert. Eine systematische Gestaltung des Übergang behinderter Kinder vom Kindergarten in die Grundschule oder in Sonderschulen findet in der Regel nicht oder nur gruppenbezogen statt. Damit bleiben Chancen zu einer rechtzeitig vorbereiteten Integration von behinderten Kindern in der Grundschule ungenutzt, und es greifen Platzierungsautomatismen der von Behinderung betroffenen Kinder in Sonderschulen

Ein Teil der Kindergärten berichtet im Unterschied dazu über regelmäßige Zusammenarbeit

mit dem Frühförderangebot der Lebenshilfe, das sehr positiv eingeschätzt wird. Insgesamt elf Kindergärten geben an, dass sie Kinder betreuen, die in Kontakt zu einer Frühförderstelle betreut werden. Diese positive Einschätzung der Lebenshilfe Frühförderstelle findet sich auch in den Rückmeldungen der Elternbefragung zur Frühförderung wieder.

Seit dem vergangenen Jahr existiert ein selbstorganisierter ‚Arbeitskreis Integration‘ in dem sämtliche Vorschuleinrichtungen mitarbeiten, die Kinder mit Behinderungen betreuen. Der Arbeitskreis Integration dient insbesondere dem Erfahrungsaustausch und wird von den Beteiligten sehr positiv eingeschätzt. Er arbeitet als informelles Gremium ohne offiziellen Status.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass im Kindergartenbereich – zumindest, was die Angebote für behinderte Kinder anbelangt – die formalen Kooperationsstrukturen wenig institutionalisiert sind und auch die informelle Vernetzung wenig ausgeprägt ist. Die Kindertageseinrichtungen sind zwar auf der Ebene des Landkreises Ahrweiler in die Jugendhilfeplanung einbezogen. In diesem Rahmen besteht auch ein Kindertagesstätten-Bedarfsplan, der erst kürzlich aktualisiert wurde. Diese Planungsaktivitäten sind aber nicht mit Beratungs- und Diskussionsprozessen verbunden, in die die Leitungskräfte einbezogen wären. Das formal bestehende Gremium des Kreises für Leitungskräfte der kommunalen Kindergärten wird nur in sehr unregelmäßigen Abständen einberufen. In diesem Zusammenhang wird von Seiten der kommunalen Kindergärten positiv aufgenommen, dass die Stelle der Fachberatung für die kommunalen Kindergärten im Kreis seit kurzer Zeit wieder besetzt ist.

Bedeutsam erscheint die Häufigkeit, mit der aus den Kindergärten heraus das Interesse an Fortbildungen und anderen Qualifizierungsmaßnahmen im Hinblick auf integrative Erziehung geäußert wird. Auch in der Gruppendiskussion mit Vertreterinnen aus Regelkindergärten wurde nachhaltig das Interesse am Erwerb von speziellen Fachkompetenzen für die integrative Erziehung und Förderung behinderter Kinder geäußert. Konkret bezog sich dieser Wunsch auf Qualifizierungsinteresse bezüglich der Diagnostik von Entwicklungsständen, Kommunikationsformen sowie auch auf ergotherapeutisches und krankengymnastisches Wissen.

Dieses Informations- und Qualifizierungsinteresse ist auch als Ausdruck für das generelle Interesse an einer verstärkten Integration von behinderten Kindern in Regelkindergärten zu sehen. Derzeit werden aber kaum entsprechende Fortbildungsangebote gemacht. Auch das Sozialpädagogische Fortbildungszentrum (SPFZ) des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung bietet im vorliegenden Jahresprogramm 2005 im an sich umfangreichen Abschnitt Kindertagesstätten keine Angebote, die sich auf integrative Erziehung von Kinder mit geistiger, körperlicher oder sinnesbezogener Behinderung beziehen. Von Bedeutung erscheint das einschlägige Fortbildungskonzept des Landesverbandes der Lebenshilfe Rheinland-Pfalz, das derzeit auch im Arbeitskreis Integration diskutiert wird.

Planungen der Kindertageseinrichtungen zur Weiterentwicklung des Unterstützungsangebotes für Kinder mit Behinderungen werden selten angegeben. Die wenigen Nennungen beziehen sich auf die Überprüfung der Konzeption, auf die Verbesserung des Aufnahmeverfahren und der Begleitung der Integrationsmaßnahmen. Von der Planung der Hilfen für Menschen mit Behinderung im Landkreis Ahrweiler wird eine stärkere Unterstützung und Wertschätzung der integrativen Arbeit sowie ein höheres Maß an Aufklärungsarbeit erwartet. Konkret wird auch vorgeschlagen, dass Kindertageseinrichtungen, die bereits seit längerer Zeit integrativ

arbeiten, in die Informationsmaterialien des Landkreises für behinderte Menschen aufgenommen werden. Erwartet wird zudem eine bessere Fortführung des Ansatzes der Integration in den Schulen.

Einschätzung

Unstrittig ist, dass für die Arbeit mit behinderten und nicht behinderten Kindern die gleichen pädagogischen Grundprinzipien gelten. Unstrittig ist allerdings auch, dass die Kinder mit Behinderungen jeweils spezifische Bedürfnisse haben, auf die sich Kindertageseinrichtungen einstellen müssen. Genannt seien der Bereich der therapeutischen Maßnahmen und der intensive Unterstützungsbedarf mancher Kinder mit Behinderungen im Bereich der Mobilität, der Kommunikation, des Essens oder der Pflege.

Kindertageseinrichtungen dürfen sich nicht ihrer Verantwortung für Kinder mit Behinderungen in ihrem Einzugsgebiet entziehen. Dies trifft insbesondere in Regionen zu, in denen die fehlende Möglichkeit den Nachbarschaftskindergarten zu besuchen, für Kinder mit Behinderungen oft gleichbedeutend ist mit langen täglichen Fahrzeiten in den Sonderkindergarten und geringen Möglichkeiten zur Interaktion mit nichtbehinderten Kindern. Insgesamt erscheint die mit 24 (40%) vergleichsweise hohe Zahl an Kindern, die aufgrund ihrer Behinderungen Betreuungsangebote in Vorschuleinrichtungen außerhalb des Kreises nutzen, problematisch. Zumal es bei diesen Kindern sich zum Teil auch um sehr schwer behinderte Kinder handelt, denen täglich auch noch erhebliche Fahrzeiten zugemutet werden. Die Ursachen hierfür sind sicherlich vielfältig, sicherlich spielen Versorgungsstrukturen, sozialräumliche Bindungen oder die Entscheidung der Eltern eine bedeutsame Rolle. Gleichwohl erscheint eine nähere Befassung mit der Frage, wie die Anzahl der kreisextern betreuten Kinder verringert werden könnte, wichtig.

Das erhebliche Interesse von Regelkindergärten an der Aufnahme von behinderten Kindern in ihre Einrichtung zeigt, dass eine wachsende Anzahl von Kindergärten sich dieser Aufgabe stellen möchte. Die insgesamt zurückgegangene Kinderzahl ist für diese Tendenz sicherlich mit unterstützend. Andererseits kommt es darauf an, dass Kindertageseinrichtungen bei der Anpassung ihres Angebotes an die Bedürfnisse von Kindern mit Behinderungen unterstützt werden. Zusätzlich ist es bedeutsam, dass Eltern ermutigt werden bereits im Bereich der Vorschulerziehung integrative Angebote zu nutzen. Ähnlich wie im Bereich der Frühförderung ist zu beachten, dass auch hier eine große Gruppe von Kindern einbezogen ist, die der Gruppe der von Behinderung bedrohten Kinder zuzuordnen ist.

Die Situation der Betreuung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in Kindertageseinrichtungen im Landkreis Ahrweiler stellt sich somit unter dem Leitgedanken der Integration und des Ansatzes Offener Hilfen problematisch dar. Es gibt einerseits ein fachlich qualifiziertes, aber zentralisiertes Angebot an heilpädagogischen Gruppen, das relativ stabil finanziert ist. Andererseits entwickelte sich bisher die Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Regeleinrichtungen eher zögerlich und nicht nach einheitlichen fachlichen Standards. Damit wurden die Chancen der Integration im Sinne der gemeinsamen Erziehung nicht ausreichend genutzt. In der besonderen Situation der ‚Behinderteneinrichtungen‘ lernen behinderte Kinder, dass sie nicht wie andere Kinder, sondern ‚besondere‘ Kinder sind, mit denen ‚irgendetwas nicht stimmt‘. Vielfältige Lernsituationen, die in integrativen Settings sozusagen im Selbstlauf dadurch entstehen, dass behinderte Kinder am Modell

der nicht behinderten Kinder lernen können und aus der Situation heraus motiviert sind, müssen in Sondereinrichtungen durch Erwachsene mühsam hergestellt werden. Wesentliche Entwicklungsmöglichkeiten und Lernerfahrungen im Umgang mit nichtbehinderten Kindern werden damit behinderten Kindern nicht zugänglich gemacht; in umgekehrter Richtung gilt dasselbe. Auch nichtbehinderten Kindern bleibt die Möglichkeit vorenthalten, einen unbefangenen Umgang mit behinderten Kindern zu lernen. Für behinderte Kinder steigt damit das Risiko, dass auch im weiteren Lebenslauf integrative Angebote eher nicht angestrebt werden. Da im Schonraum der Sondereinrichtung wichtige Anforderungen nicht zur Bewältigung anstehen, werden sowohl Kindern und Eltern bestimmte positive Lernerfahrungen der sozialen Integration nicht möglich.

Förderlich ist in diesem Zusammenhang das Programm des Kreises zur Förderung von Integrationshelfer/inne/n in Regelkindergärten, wenngleich dieses noch durch Verfahrensmängel in seiner Wirksamkeit beeinträchtigt wird. Konzeptionell gesehen stellt sich ein Definitionsproblem bei der Feststellung einer Behinderung durch den allgemeinen Kindergarten. Das Land beschränkt sich bei der Finanzierung von Integrationsgruppen im Landkreis Ahrweiler im Rahmen des Kindertagesstättengesetzes auf lediglich eine Gruppe in der zentralisiert arbeitenden heilpädagogischen Kindertagesstätte St. Hildegard. Aufgrund der guten Ausstattung der Gruppe, der geringen Gruppengröße und des therapeutisch-pädagogischen Angebots ist die Gruppe insbesondere für Eltern schwererer behinderter Kinder trotz der z.T. langen Anfahrtswege attraktiv. Hier können Situationen bewältigt werden, in denen Kinder intensive therapeutische Hilfen benötigen oder sonstige spezifische Anforderungen bestehen, die kleine Gruppen oder das eher heilpädagogische Setting beinhalten. Die Platzkapazitäten dieses Angebots sind aber beschränkt, die Schaffung weiterer solcher Integrationsgruppen im Kreisgebiet erscheint daher sinnvoll. Damit könnten auch Angebotsalternativen für die behinderten Kinder geschaffen werden, die mit erheblichem täglichem Aufwand einen Sonderkindergarten außerhalb des Kreisgebietes besuchen müssen.

Es herrscht ein Mangel an Fortbildungsangeboten zur Integration im Kindergarten bei gleichzeitig hohem Interesse. Die Kooperationsbeziehungen zu Frühförderstellen und Schulen, aber auch zu anderen Stellen des Hilfesystems sind unzureichend entwickelt.

Bezüglich der Entscheidung über den angemessenen Ort der Betreuung für das einzelne Kind, sollten die Möglichkeiten für Eltern verbessert werden, ihr Wunsch- und Wahlrecht auf informierter Grundlage wahrzunehmen. Das Konzeptionspapier zur Individuellen Hilfeplanung des Landkreises Ahrweiler macht Aussagen zur Hilfeplanung im Heilpädagogischen Kindergarten St. Hildegard, die Ansätze zur Einzelintegration sind bisher aber nicht berücksichtigt. An dieser Stelle wäre die Konzeption zu erweitern. Dabei könnte von folgenden Eckpunkten für ‚neue Regeln‘ ausgegangen werden:

- **Assessment**

Rechtzeitig vor der Entscheidung über den Kindergarten für ihr Kind sollte Eltern ein Beratungsgespräch angeboten werden. Dieses Beratungsgespräch sollte im allgemeinen Kindergarten der ‚Nachbarschaft‘ stattfinden, und zwar zu einem Termin, der eine Beantragung von Fördermöglichkeiten beim Kreis ermöglicht. Einladen sollte die Leiterin des Kindergartens in Absprache mit der zuständigen Stelle in der Kreisverwaltung. Hinzugezogen werden sollte eine heilpädagogische Fachkraft entweder aus der Frühförderstelle, wenn eine Betreuung bisher stattfindet oder aus dem heilpädagogischen Kindergarten. Insbesondere die Kita St. Hildegard könnte hier einen Einstieg finden für eine künftige intensivere Beratungstätigkeit in Regelkindergärten des Landkreises. Das Ergebnis der Be-

ratung wird in einem Protokoll zusammengefasst. Ggf. wird ein Antrag auf Eingliederungshilfe bzw. auf Unterstützung durch das Integrationshelfer-Programm des Kreises gestellt. Dabei erhalten die Eltern Unterstützung aus dem Kreis der Gesprächsteilnehmer.

- Administrative Bearbeitung

Der Antrag wird vom Sozialleistungsträger zeitnah bearbeitet.

- Umsetzungsplanung und Hilfeerbringung

Die Kindertageseinrichtung erstellt für jedes Kind einen individuellen Entwicklungsplan, der mit den Eltern beraten wird. Der individuelle Entwicklungsplan ist die Grundlage für die Zusammenarbeit mit dem Kind und seinen Eltern bzw. mit anderen externen Fachkräften oder Diensten. Bei Bedarf soll auch mit externen Fachleuten aus der Frühförderung oder mit niedergelassenen Therapeuten zusammengearbeitet werden.

- Evaluation

In zu vereinbarenden Abständen werden von den Kindergärten Arbeitsberichte erstellt, die mit den Eltern besprochen und der entsprechenden Stelle beim Kreis zur Auswertung zugereicht werden.

Empfehlungen

Ziel: Ausbau der integrativen Angebote und Verringerung von Betreuungssituationen außerhalb des Kreises

Maßnahmen:

- Es wird die Möglichkeit geprüft, weitere Integrationsgruppen z.B. in Adenau und Sinzig einzurichten (u.a. Bedarfsermittlungen, Abstimmung mit möglichen Trägern, Abstimmungsgespräche mit dem Land).
- Träger und Einrichtungen werden unter Verweis auf Unterstützungsmöglichkeiten des Landkreises dazu motiviert, Einzelintegrationsmaßnahmen zu praktizieren.
- Der Themenbereich der integrativen Erziehung wird in die Kindertagesstätten-Bedarfsplanung systematisch einbezogen.

Ziel: Verbesserung der Kooperation und Vernetzung

Maßnahmen:

- Verschiedene Formen der Kooperation zwischen Kindergärten und Frühförderstellen bzw. SPZs werden entwickelt und institutionalisiert. Dabei wird insbesondere auch an die gegebenen sozialräumlichen Strukturen des Landkreises angeknüpft.
- Als Unterarbeitskreis des Jugendhilfeausschusses wird ein Arbeitskreis ‚Integration‘ geschaffen. Der Arbeitskreis Integration erhält den Auftrag, ein Integrationskonzept für Kindergärten im Landkreis Ahrweiler zu erarbeiten. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Entwicklung von Regeln für die Individuelle Hilfeplanung. Zu bearbeiten ist auch die Schnittstelle Frühförderung - Kindergarten.
- Die Zusammenarbeit von Kindergärten und Kinderärzt/inn/en zur Verbesserung der Früherkennung von Entwicklungsstörungen wird durch geeignete Angebote (z.B. gemeinsame Veranstaltungen, praktische Zusammenarbeit bei der Früherkennung etc.)

verbessert (siehe Empfehlungen ‚Frühförderung‘).

Ziel: Qualifizierung von Mitarbeiter/innen in Regelkindergärten

Maßnahmen:

- Der Qualifizierungsbedarf von Einrichtungen im Kreis und die Sondierung von sinnvollen Fortbildungsangeboten wird systematisch ermittelt (z.B. in Abstimmung mit dem Arbeitskreis Integration).
- Träger werden motiviert, die Fortbildungsetats der Kindergärten für die Qualifizierung im Bereich der integrativen Erziehung zu nutzen.
- Der Landkreis prüft seine Möglichkeiten, sich an der Finanzierung von Fortbildungsangeboten für Mitarbeiter/innen in Regelkindergärten zu beteiligen.
- Das Thema integrative Erziehung wird im Curriculum der Berufsbildenden Schule, Zweig Fachschule für Erziehungswesen angemessen verankert .
- Es wird ein ‚Kompetenzpool‘ für Einzelfragen in Abstimmung mit der Kindertagesstätte St. Hildegard geschaffen, verbunden mit dem Aufbau eines Beratungsdienstes für die Integration von Kindern mit Behinderungen in Regelkindergärten, der kooperativ auch in das Frühförderangebot einbezogen ist.

Ziel: Verbesserung des Integrationshelfer/innen-Programms des Kreises

Maßnahmen:

- Es wird ein Verfahren zur Ermittlung des zusätzlichen Bedarfs an personellen und sächlichen Ressourcen von Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen der Einzelintegration konzipiert und institutionalisiert (Eckpunkte: Kindergarten macht Bedarfsvorschlag; Beratung durch Fallkonferenz unter Beteiligung von Kiga, Eltern, Frühförderstelle und Kreis; dann zügige Entscheidung durch den Kreis befristet für zwei Monate, dann Bewilligung für zwei Jahre). Die Möglichkeiten zur schnelleren Bearbeitung von Anträgen werden geprüft.
- Eine Aufgabenbeschreibung für Integrationshelfer/innen wird erarbeitet.

5.3 Schulische Erziehung

Historisch gesehen gilt die Anfang der 60er Jahre erreichte Ausweitung der Schulpflicht auf alle Kinder mit Behinderungen unabhängig von Art und Schwere ihrer Beeinträchtigung als zentraler Meilenstein der heilpädagogischen Entwicklung in Deutschland. Unter der Annahme, dass es Kinder gibt, die infolge ihrer Beeinträchtigungen an den allgemeinen Schulen nicht hinreichend unterstützt werden und bei denen deswegen nur in Sonderschulen eine ihrer Eigenart und Begabung entsprechenden optimale pädagogische Förderung zu gewährleisten ist, wurde mit großer Anstrengung bundesweit ein differenziertes Netz spezialisierter Sonderschulen geschaffen. In Rheinland-Pfalz existieren derzeit dem Grunde nach neun verschiedene Sonderschultypen, die aber z.T. in ihrer Organisationsform mit anderen zusammengefasst wurden. Die Sonderschulen für schwerhörige und gehörlose Kinder sowie die Sonderschulen für blinde und sehbehinderte Kinder sind als so genannte Landesschulen organisiert mit landesweitem bzw. überregionalem Versorgungsauftrag. Die für sinnesbehinderte Kinder aus dem Landkreis Ahrweiler in Frage kommenden Sonderschulen sind in Neuwied angesiedelt. Sie sind als Heimsonderschule mit Internatsbereich konzipiert und bieten neben Frühförderung auch einen einjährigen Sonderschulkindergarten an.

5.3.1 Schulische Angebote für Kinder mit Behinderungen aus dem Landkreis Ahrweiler

Im Landkreis Ahrweiler selbst wurde Anfang der siebziger Jahre mit dem Bau von Sonderschulen begonnen. Im Kreis befinden sich nun vier Sonderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ (Bad Neuenahr-Ahrweiler, Burgbrohl, Sinzig, Wimbach); an der entsprechende Sonderschule in Bad Neuenahr-Ahrweiler ist zudem der Förderschwerpunkt ‚Sprache‘, angesiedelt. Für Kinder mit Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung spielt auch das Angebot der entsprechenden Sonderschule in Neuwied-Feldkirchen eine wichtige Rolle. Ebenfalls in Bad Neuenahr-Ahrweiler ist die Sonderschule des Kreises mit dem Förderschwerpunkt ‚Ganzheitliche Entwicklung‘. Das sonderschulische Angebot für Schüler mit Schwerpunkt ‚Sozial-Emotionale Entwicklung‘ ist innerhalb der Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ in Sinzig angesiedelt. Für Kinder mit körperlichen Behinderungen besteht traditionell die Möglichkeit, die Schule mit dem Förderschwerpunkt ‚motorische Entwicklung‘ des Heinrich-Hauses in Neuwied-Engers (Christiane-Herzog-Schule) zu besuchen. Die ursprüngliche Schulplanung in den siebziger Jahren sah vor, in Sinzig (auf dem Gelände des jetzigen Lebenshilfehauses) eine weitere Sonderschule für geistig Behinderte zu bauen, um im Sinne einer Dezentralisierung die Anfahrtswege für Schüler/innen zu verkürzen. Da sich die damaligen Bedarfsannahmen aber als überhöht erwiesen, wurde der Gedanke wieder fallen gelassen.

Entsprechend der gesetzlich vorgegeben Aufgabenverteilung sind die kreisangehörigen Städte und Gemeinden für die Betriebsträgerschaft von Grund- und Hauptschulen sowie Schulzentren zuständig, der Landkreis Ahrweiler steht in der Verantwortung für die weiterführenden Schulen, Berufsschulen und Sonderschulen.

5.3.2 Entwicklung der Schüler/innen/zahlen

Laut Kreisstatistik sind die Schüler/innen/zahlen in Sonderschulen von 1998: 453 auf über 90

600 im Schuljahr 2004/05 gestiegen und verzeichnen somit mit 32 Prozent den größten relativen Zuwachs aller Schultypen. Von den Zuwächsen am meisten betroffen sind quantitativ die Bereiche der Sonderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ und dem Förderschwerpunkt ‚motorische und körperliche Entwicklung‘. Die Anzahl der Schüler/innen aus dem Landkreis Ahrweiler in der Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚Sprache‘ in Neuwied-Feldkirchen hat sich seit 1998 bis 2004 fast verdreifacht (von sechs auf 16 Schüler). Seit dem Schuljahr 2003/2004 gibt es auch in der Don-Bosco-Schule in Bad Neuenahr-Ahrweiler den Förderschwerpunkt ‚Sprache‘. Im Schuljahr 2004/2005 werden hier 23 Sprachheilschüler/innen beschult. Wenn diese ebenfalls berücksichtigt werden, ergibt sich für 2004 eine Schüler/innen/zahl von zwölf plus 23, somit insgesamt 35. Die Anzahl der Schüler/innen aus dem Landkreis Ahrweiler in der Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚motorische Entwicklung‘ in Neuwied ist im Zeitraum von 1998 bis 2005 um 50% angestiegen. Zuwächse bei den Schülerzahlen in diesem Bereich sind mit entsprechenden Zuwächsen bei den Kostenerstattungen verbunden. Auffällig ist auch, dass die Anzahl der Ahrweiler Schüler in Sonderschulen für Sehbehinderte und Blinde bzw. für Hörbehinderte und Gehörlose ebenfalls deutlich angewachsen ist. Die Anzahl der Sehbehindertenkinder die die entsprechende Landesschule in Neuwied besuchen hat sich von 1998 bis 2004 mehr als verdoppelt (von 4 auf 9 Schüler), die Anzahl der Ahrweiler Schüler in der Neuwieder Landesschule für Hörbehinderte ist im selben Zeitraum von 7 auf 9 angestiegen.

Zur Einordnung dieser Angaben scheint es hilfreich, einen Vergleich mit der Sonderschulentwicklung auf Bundes- und Landesebene herzustellen.⁵³

Tabelle 10: Schülerzahlen in Sonderschulen nach Förderschwerpunkten

	Bundesweit	Landesweit	Kreis Ahrweiler
Schüler in Primar- und Sekundarbereich insgesamt	1998: 12.708.000 2002: 12.480.000 2005: keine Angaben Rückgang: ca. 1,8%	1998: 433.803 2002: 427.710 2005: keine Angaben Rückgang: ca. 1,4%	1998: 8.774 2002: 9.803 Zunahme: ca. 11,7 %
Sonderschultyp / Förderschwerpunkt:			
Lernen	1998: 219.755 2002: 231.138 2005: keine Angaben Zunahme: ca. 5,2%	1998: 9.862 2002: 10.905 2005: 10.991 Zunahme: ca. 11,4%	1998: 359 2002: 439 2005: 456 Zunahme: ca.27%
Ganzheitliche Entwicklung (Geistige Behinderung)	1998: 62.167 2002: 68.470 2005: keine Angaben Zunahme: ca. 10,1%	1998: 2.213 2002: 2.400 2005: 2.635 Zunahme: ca. 19%	1998: 60 2002: 64 2005: 67 Zunahme: ca. 11,7%
Motorische und körperliche Entwicklung	1998: 20.919 2002: 22.186	1998: 1.175 2002: 1.438	1998: 28 2002: 44

⁵³

Weitere Quellen: Sonderschulstatistik der Kultusministerkonferenz: www.kmk.org, sowie Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Statistische Berichte, Allgemeinbildende Schulen im Schuljahr 2004/2005, April 2005

	Bundesweit	Landesweit	Kreis Ahrweiler
(Chr. Herzog-Schule, Neuwied)	2005: keine Angaben Zunahme: ca. 6%	2005: 1.343 Zunahme: 14,3%	2005: 42 Zunahme: 50%
Sprache:	1998: 32.577 2002: 35.245 Zunahme: ca. 8,2%	1998: 455 2002: 606 2005: 434 Rückgang: 4,6%	1998: 6 2002: 16 2005: 35 Zunahme: ca. 170% (bis 2005: 480%)
Emotionale Entwicklung	1998: 23.488 2002: 29.250 Zunahme: 24,5%	1998: 463 2002: 859 2005: 822 Zunahme: ca. 77,5%	Es liegen keine Angaben vor

5.3.3 Bedarfseinschätzungen – Ergebnisse der Befragungen

Zur Entwicklung des Bedarfes wird in den Antworten übereinstimmend für alle Sonderschul-typen angegeben, dass die gegenwärtigen Sonderschulkapazitäten im Wesentlichen bedarfs-deckend sind. Finanzierungsprobleme werden nicht gesehen. In einem Fragebogen wird ein höherer Bedarf für integrative Angebote in der Regelschule erwartet. An der Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚Ganzheitliche Entwicklung‘ wurde vor kurzem eine bauliche Erwei-terungsmaßnahme abgeschlossen, gleichwohl erscheint dort die räumliche Situation ungün-stig. Auch damit wird begründet, dass Kinder mit schwereren Graden der geistigen Behinde-rung und Kinder, bei denen zusätzlich ein erhöhter Pflegebedarf und/oder Mobilitätsbehinde-rungen vorliegen, nicht in Bad Neuenahr-Ahrweiler beschult werden können. Diese Kinder bzw. ihre Eltern werden in der Regel an die Sonderschule des Heinrich-Hauses in Neuwied-Engers verwiesen. Ca. 30% der Schüler/innen/schaft waren zuvor Schüler/innen der benach-barten Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘.

Anhaltspunkte zur Einschätzung der Situation im Bereich der integrativen Beschulung geben die Ergebnisse der schriftlichen Strukturhebung im Landkreis Ahrweiler. Es beteiligten sich daran 22 Regelschulen. Davon waren 14 Grundschulen, in denen insgesamt 17 behinderte Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarfs betreut werden. Bei diesen Kindern handelt es sich nach Angaben der Befragten um 15 Kinder mit Lernbehinderungen, einem Kind mit Hörbehinderung und einem Kind mit Körperbehinderung.

Von besonderer Bedeutung für schulische Integrationsangebote im Landkreis Ahrweiler ist die Grundschule in Ahrweiler (Aloisiuschule). Allein 13 der genannten 17 Kinder mit son-derpädagogischen Förderbedarf werden im Schuljahr 2003/2004 dort im Rahmen von Integra-tionsklassen beschult. Die Grundschule wurde vom Land Rheinland-Pfalz zur ‚Schwerpunkt-schule‘ ernannt und erhält in diesem Zusammenhang zusätzliche Stundenkontingente für In-tegrationsmaßnahmen. Die Anzahl dieser ‚Integrationsstunden‘ wird jedoch als zu gering ein-geschätzt, was oft zu einer Überforderung der Förderlehrer/innen führt. Den Angaben der Schule zur Folge können aufgrund baulicher Gegebenheiten (z.B. keine behindertengerechte Toilette) keine Kinder mit Mobilitätsbehinderungen aufgenommen werden. Bezüglich der derzeit nicht praktizierten Aufnahme von Kindern mit geistiger Behinderung in die Integri-ationsklassen wird auf die fehlende personelle Ausstattung, die fehlenden Lernmaterialien und evtl. auf die fehlenden baulichen Voraussetzungen verwiesen. Ähnliches wird für die Gruppe

der Kinder mit Sehbehinderungen angegeben. Die Aufnahme der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten (,sozial-emotionalen Schwierigkeiten') wird durch fehlende Therapieräume und fehlendes geschultes Personal erschwert. Diesen Einschätzungen entsprechend sieht die Schule einen Verbesserungsbedarf im Bereich der räumlichen, personellen und finanziellen Ausstattung der Schule. Aber auch interner Qualifizierungsbedarf im Kollegium im Hinblick auf die integrative Unterrichtsarbeit wird gesehen. Genannt werden die Aufgaben der inneren Differenzierung im Unterricht aber auch der Umgang mit Leistungsanforderungen durch Zeugnisse, Vergleichsarbeiten sowie auch durch Eltern. Trotz dieser Schwierigkeiten bestehen Pläne innerhalb der Schule, die Integrationsangebote im Rahmen der Schwerpunktschule weiter auszubauen.

Des Weiteren beteiligten sich an der Strukturhebung eine Hauptschule, vier Realschulen und drei Gymnasien, in denen nach Angaben der Befragten insgesamt zehn behinderte Kinder betreut werden, wovon allerdings nur ein Kind einen sonderpädagogischen Förderbedarf (wegen einer Lernbehinderung) hat. Die anderen Kinder sind zumeist körperlich behindert (sieben), ein Kind hat seelische Probleme, ein anderes Kind, das von der Gehörlosenschule in Neuwied zurückgeschult wurde, trägt ein Hörgerät. Die Förderung der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf an diesen Regelschulen geschieht in speziellen Fördergruppen und im Rahmen des gemeinsamen Unterrichts. Bedarfseinschätzungen wurden von den Befragten nicht abgegeben. Generell spiegelt sich in den Antworten die Einschätzung der Regelschulen wider, dass für die erfolgreiche Umsetzung schulischer Integration von Kindern mit Behinderungen die betreffenden Schulen kleine Klassen und eine verbesserte personelle Ausstattung erhalten sollten. Zwar wird auf die Möglichkeit hingewiesen, durch interne Qualifizierung die Integrationskompetenzen von Kollegien zu verbessern, gleichwohl ist eine nachhaltige Skepsis gegenüber schulischer Integration offensichtlich sehr verbreitet, insbesondere dann, „wenn Behinderungen einen gewissen Grad überschreiten“ (Zitat eines Schulleiters).

Die im Kreis ansässigen fünf Sonderschulen sowie die Christiane-Herzog-Schule des Heinrich-Hauses in Neuwied-Engers haben sich an der schriftlichen Befragung im Rahmen der Analyse zur Planung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen beteiligt; von den ebenfalls angeschriebenen Landesschulen für Sinnesbehinderte gab es keine Rückmeldungen. Die vorliegenden Fragebögen der Sonderschulen enthalten aber meist nur äußerst knappe Auskünfte. Als Stärke der Versorgungssituation im Kreis wird das dezentrale Angebot im Bereich der Förderschwerpunkte ‚Lernen‘ und ‚Sprachentwicklung‘ bezeichnet, in den anderen Bereichen wird auf die Unterschiedlichkeit der Einzugsgebiete hingewiesen. Vorstellungen dazu, wie die Schulen zur Verbesserung des Unterstützungssystems im Kreis beitragen, beziehen sich auf die Verbesserung des räumlichen und personellen Angebots der Schulen. Zudem wird die Notwendigkeit gesehen, die Kooperation zwischen Schulen und anderen sozialen Diensten und Einrichtungen zu verbessern.

Die wenigen Angaben zur Mitarbeit in Arbeitsgruppen und Kooperationsbeziehungen lassen in der Tat darauf schließen, dass die Sonderschulen nur sehr schwach in das Netzwerk der Hilfen für Menschen mit Behinderungen eingebunden sind. Weder Kindergärten noch Frühförderstellen werden als Kooperationspartner/in genannt. Die Schulen mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ sind erwartungsgemäß eher in das Netzwerk der Jugendhilfe eingebunden. Auch Beziehungen zum Arbeitsamt und zum Berufsbildungswerk werden genannt. Die Kooperationsstrukturen der Sonderschulen untereinander scheinen ebenfalls schwach entwickelt zu sein. Es finden keine institutionalisierten Abstimmungstreffen auf Kreisebene statt, lediglich auf Bezirksebene gibt es Schulleiter/innen/treffen; einschlägige Beratungsgremien beste-

hen auf Kreisebene ebenfalls nicht. Gleiches gilt für die Kooperation zwischen Sonderschulen und Regelschulen.

Gefragt nach den Erwartungen an die Teilhabeplanung des Kreises wird in einem Fragebogen der Wunsch formuliert, dass damit eine bessere Vernetzung und Abstimmung der beteiligten Stellen im Kreis angestoßen wird.

Überraschend wenig wird in den Fragebögen dazu ausgesagt, welche Perspektiven für Offenen Hilfen gesehen werden und welche Auswirkungen dies auf das eigene Angebot haben könnte. In einem vertiefenden Interview mit dem Leiter der Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚Ganzheitliche Entwicklung‘ wird deutlich, dass eine eher pessimistische Einschätzung der Integrationsmöglichkeiten für geistig behinderte Schüler/innen im Landkreis Ahrweiler vorherrscht. Institutionalisierte Formen der Beratung und Unterstützung von Eltern, die sich für ihr geistig behindertes Kind eine integrative Erziehung wünschen, werden von der Schule mit dem Förderschwerpunkt ‚Ganzheitliche Entwicklung‘ allerdings auch nur sehr ansatzweise geleistet. Generell scheint das Beratungsangebot, das die Schule mit dem Förderschwerpunkt ‚Ganzheitliche Entwicklung‘ ihren Schüler/innen und deren Eltern machen kann, optimierbar.

Die Chancen zur Integration der Abgänger/innen der Schule mit dem Förderschwerpunkt ‚Ganzheitliche Entwicklung‘ in den ersten Arbeitsmarkt werden sehr pessimistisch eingeschätzt. Nahezu alle wechseln nach Beendigung der Schulzeit direkt in die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) über. Während sämtliche Schüler/innen der Werkstufe ein Praktikum in der WfbM in Sinzig absolvieren und ihnen bzw. ihren Eltern anschließend ein Beratungsgespräch angeboten wird, sind solche Aktivitäten bezüglich des allgemeinen Arbeitsmarktes generell aber auch nicht vorgesehen.

Seit 1991 bemüht sich das Land über verschiedene Schulversuche, Erfahrungen und Erkenntnisse zum gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderungen zu gewinnen. Die Versuche bezogen sich auf die Primarstufe, dann aber auch auf die Sekundarstufe I. Erfolgreich erprobt wurden auch verschiedene schulorganisatorische Modelle der Kooperation zwischen Regelschulen und Sonderschulen sowie zwischen verschiedenen Sonderschultypen. Mittlerweile ist durch die Schulgesetzgebung des Landes Rheinland-Pfalz die sonderpädagogische Förderung als Aufgabe auch der Grundschulen und der allgemeinen weiterführenden Schulen festgeschrieben. Im Landesplan für behinderte Menschen von 1998 wird hierzu als schulpolitische Perspektive für die Grundschule formuliert:

„Künftig sollen Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf verstärkt in Grundschulen wohnortnah gefördert werden. Die Grundschule muss durch ein neues pädagogisches Konzept in die Lage versetzt werden, diese Aufgabe in Zusammenarbeit mit Sonderschullehrkräften und pädagogischen Fachkräften bewältigen zu können. Dies bedeutet auch, dass die unterschiedlichen integrierten Förderansätze in den Regelschulen in ein einheitliches Modell überführt werden müssen, das eine gleichmäßigere Verteilung sonderpädagogischer Ressourcen auf Regelschulen ermöglicht.“ (Landesplan ebd.: 89)

Und als Perspektive für die Sonderschulen heißt es:

„In Sonderschulen sollen künftig wohnortnah Schülerinnen und Schüler mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen unterrichtet werden können, d.h. mittelfristig werden sich Sonderschulen zu Förder- und Beratungszentren weiterentwickeln. Hierzu wird es auch erforderlich sein, insbesondere für körperbehinderte Schülerinnen und Schüler, die Schulen möglichst barriere-

frei zu gestalten.“ (ebd.)

Während der Besuch von Sonderschulen für die behinderten Schüler/innen aber als gut geregelt betrachtet werden kann, erscheint die Option der integrativen Beschulung im Primar- und Sekundarbereich nach wie vor für alle Beteiligten nur mühsam realisierbar.

Gefragt danach, welche Voraussetzungen zum Ausbau Offener Hilfen für Menschen mit Behinderungen erfüllt sein müssen, wird von Schulen neben baulichen Voraussetzungen die fachliche Qualifikation der pädagogischen Fachkräfte angesehen.

Kooperationspartner werden in den Fragebögen nur selten benannt. Im Bereich der Kooperation überwiegen interne Kooperationsbeziehungen. Externe Kooperationen bestehen insbesondere zu Sonderschulen, dem Schulamt und anderen Ämtern im Landkreis Ahrweiler. Nur vereinzelt wird die Zusammenarbeit mit Arbeitskreisen, Therapeut/inn/en oder Fachberatungsstellen benannt. Nur in einem Fragebogen wird die Kooperation mit einer vorschulischen Kindertageseinrichtung erwähnt.

Einschätzung

Das schulische Angebote für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf des Landkreises ist dadurch gekennzeichnet, dass für Kinder mit lern- und Sprachentwicklungsproblemen sowie für Kinder mit Problemen in der sozial-emotionalen Entwicklung Beschulungsmöglichkeiten im Kreisgebiet bestehen. Ganz überwiegend handelt es sich dabei um Sonderschulen, es bestehen aber auch integrative Angebote insbesondere durch die Schwerpunktschule in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Kinder mit Sinnesbehinderungen, vor allem aber Kinder mit schwereren körperlichen Behinderungen finden im Kreis kaum einen Schulplatz, sondern werden vorwiegend in die großen Sonderschulzentren nach Neuwied verwiesen. Trotz der teilweise erheblichen Anstrengungen, die der Kreis in den letzten Jahren auch im Bereich der Sonderschulen unternommen hat, scheinen weitere bauliche Verbesserungen in verschiedenen Schulen erforderlich, um Barrierefreiheit für behinderte Schüler/innen herzustellen. Dabei handelt es sich aber offensichtlich meist um kleinere Umbaumaßnahmen, wie z.B. behindertengerechte Toiletten.

Im Kreis liegen positive Erfahrungen mit schulplanerischen Aktivitäten vor. Dies bezieht sich vor allem auf die Arbeiten zur Erstellung eines Schulentwicklungsplans für den Landkreis Ahrweiler, die 2001 abgeschlossen wurden. Dieser Schulentwicklungsplan bietet seither eine qualifizierte und verlässliche Grundlage für die als erfolgreich geltende Schulpolitik des Kreises. Die Einschätzung zum Raumbedarf und zur Entwicklung von Schülerzahlen erweisen sich als weitgehend zutreffend. Als ungünstig für die Planungsaktivitäten des Kreises im Sonderschulbereich hat sich die bisher nicht institutionalisierte Abstimmung mit den Planungsprozessen der Aufsichts- und Dienstdirektion (ADD) der bezirklichen Schulverwaltung in Koblenz erwiesen. Strukturelle Aspekte der Betriebsträgerschaft einerseits und personelle und fachliche Aspekte der sonderpädagogischen Versorgung andererseits werden überwiegend parallel geplant. Beispielweise bei der Planung des Angebots für den Bereich ‚Sozial-emotionale Entwicklung‘ in Sinzig wurden Kommunikationsdefizite deutlich. Die jeweiligen Schulleiter haben bei Planungsaktivitäten für beide – Landkreis Ahrweiler und ADD – eine zentrale Partnerrolle. Die Loyalitäten der Schulleiter liegen jedoch offensichtlich eher beim ADD als beim Kreis, hier sollte sich der Kreis um eine intensivere Kommunikation bemühen.

Sicherlich ist es so, dass der primäre Adressat schulpolitischer Forderungen das Land Rheinland-Pfalz ist. Dies ergibt sich aus der schulpolitischen Aufgabenverteilung. Gleichwohl bedeutet dies nicht, dass der Kreis nicht seinerseits auch auf die Schulpolitik des Landes einwirken kann, soweit es seine Belange betrifft. Aus fachplanerischer Sicht erscheint es angezeigt, die Angebote der schulischen Integration von Kindern mit Behinderungen im Landkreis Ahrweiler weiter auszubauen, z.B. durch den Ausbau der bestehenden und die Einrichtung weiterer Schwerpunktschulen.

Eine konsequente Umsetzung des Antidiskriminierungsgrundsatzes bedeutet, dass auch Schulen dafür verantwortlich sind, dass sie für Menschen mit Behinderungen zugänglich im umfassenden Sinne sind. Es kann bezweifelt werden, dass der Verweis auf die Möglichkeit des Besuches einer Sonderschule mit seinen problematischen Folgen für die Bewältigung der weiteren Übergänge im Lebenslauf dem Anspruch der Antidiskriminierung gerecht wird.⁵⁴

Empfehlungen

Ziel: Herstellung von Barrierefreiheit in Schulen

Maßnahmen:

- Der Landkreis Ahrweiler setzt sich im Benehmen mit der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler beim Land Rheinland-Pfalz für den Ausbau der Schwerpunktschule (Aloisius-Schule) ein sowie dafür, dass weitere Schwerpunktschulen zur schulischen Integration behinderter Kinder im Kreis realisiert werden.
- Es wird eine schulpolitische Position des Landkreises Ahrweiler mit dem Ziel formuliert, dass kein Kind alleine wegen Art und Schwere seiner Behinderung auf schulische Angebote außerhalb des Landkreises verwiesen wird. Schulische Angebote für Kinder mit Behinderungen sollen sich an den Prinzipien der Integration und Wohnortnähe orientieren.
- Die Schulen des Landkreises Ahrweiler werden daraufhin überprüft, ob ihre Zugänglichkeit und Ausstattung die Beschulung behinderter Kinder verhindert. Auf dieser Basis wird ein Aktionsplan ‚Barrierefreiheit an Schulen‘ aufgestellt.
- Um die Strukturplanungen des Landkreises Ahrweiler und die Fachplanungen der ADD besser abstimmen zu können, werden regelmäßige ‚Statusgespräche‘ institutionalisiert.
- Es wird eine Fachtagung zum Thema ‚Schulische Integration‘ durchgeführt, die vom Landkreis Ahrweiler und der ADD gemeinsam verantwortet wird. Dabei werden auch die Erfahrungen von Eltern mit der integrativen Beschulung einbezogen.

54 Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil (1 BVR 9/97) entschieden, dass die Überweisung von Kindern mit Behinderungen an eine Sonderschule gegen seinen oder seiner Eltern Wille nicht schon für sich eine verbotene Benachteiligung im Sinne des Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG darstellt. Die Urteilsbegründung findet sich z.B. auf der Internetseite www.selbsthilfe-online.de.

5.4 Wohnbezogene Hilfen und Unterstützung im Alltag

Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen sind auf Hilfen im Alltag angewiesen. Das Ausmaß der Hilfeleistung ist dabei sehr unterschiedlich. Es besteht häufig die Ansicht, dass die Hilfen ab einem bestimmten Grad des Unterstützungsbedarfes außerhalb der Familie nur in stationären Einrichtungen erbracht werden können. Verschiedene Dienste haben in den letzten Jahrzehnten allerdings überzeugend nachgewiesen, dass ambulante Hilfen unabhängig von der Art und der Schwere einer Behinderung möglich sind. Welche Hilfen notwendig und möglich sind, hängt in hohem Maße von der individuellen Lebenssituation und den Angeboten im regionalen Unterstützungssystem ab. Ein durch eine Behinderung gegebener Unterstützungsbedarf kann daher in keinem Fall unmittelbar mit einer bestimmten Wohnform verknüpft werden. Mit anderen Worten: Es gibt keine Behinderung, die an sich eine Heimunterbringung erfordert.

Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Hilfen insbesondere für Menschen mit einer geistigen Behinderung ist die Feststellung, dass Menschen mit Behinderungen unabhängig von ihrem Wohnort in erster Linie ganz normale Bewohner/innen einer Wohnung sind, alles andere als banal. Wohnbedürfnisse entspringen den allgemeinen menschlichen Grundbedürfnissen nach Schutz, Geborgenheit und Sicherheit. Die Wohnung soll vor äußeren Einflüssen schützen (Kälte, Regen, Wind), aber auch vor dem ungewollten Eindringen anderer Menschen in die individuelle Privatsphäre. Die Merkmale der Wohnung und das Leben dort prägen die Lebensqualität eines Menschen in hohem Maße. ‚Wohnen‘ meint dabei einerseits die gebaute und gestaltete Umwelt, andererseits ein zentrales soziales Handlungsfeld, in dem Sozialisation, Kommunikation, Erholung und Selbstverwirklichung geschieht. Wohnen bedeutet demnach nicht nur, dauerhaft an einem Ort zu sein, sondern bildet für beinahe jeden Menschen in unserer Gesellschaft den Mittelpunkt der Lebensgestaltung und hat insofern eine herausragende Bedeutung. Es schließt das Gefühl ein, an einem bestimmten Ort zu Hause und beheimatet zu sein.

Die Wohnung ist in unserer Gesellschaft der von der Öffentlichkeit abgegrenzte, ‚private‘ Ort, an dem persönliche Bedürfnisse verwirklicht werden können. Die Wohnung ist kein öffentlicher Raum, sondern gehört zur Privatsphäre. Sie ist für viele Menschen der Ort, an dem sie emotional am stärksten gebunden sind, sie ist der Lebensmittelpunkt, von dem aus alle Aktivitäten unternommen werden und zu dem jederzeit eine Rückkehr möglich ist. Damit ist sie auch Rückzugsort, ein Platz, wo eine Person von Verhaltens- und Rollenzwängen weitgehend frei ist. Über verschiedene Elemente (Türschilder, Klingel, Schloss, Briefkasten etc.) wird zum Ausdruck gebracht, dass es sich bei einer Wohnung um einen Bereich handelt, in dem das Privatleben geschützt ist: das Verhalten der jeweiligen Person(en), die Wohnungseinrichtung, die Vorstellungen von Ordnung und Sauberkeit und die Verfügung darüber, welche Menschen Zutritt zur eigenen Wohnung haben. Die Wohnung ist sozusagen der ‚Kern‘ des privaten Territoriums („My home is my castle“).

Nach Art. 13 des Grundgesetzes (GG) stellt die Entfaltung des Privatlebens in der eigenen Wohnung ein staatlich garantiertes Grundrecht dar, von dessen Ausübung auch Menschen mit Behinderung im Sinne von Art. 3 GG prinzipiell nicht ausgeschlossen werden dürfen. Wohnen ist in unserer Gesellschaft somit eine durch und durch individuelle Angelegenheit mit hohem staatlichen Schutz.

Die Wohnbedürfnisse von Menschen mit Behinderungen unterscheiden sich grundsätzlich nicht von denen anderer Gesellschaftsmitglieder. Trotzdem wird ihnen die Erfüllung ihrer wohnbezogenen Grundbedürfnisse noch vielfach verwehrt. Ein Blick in die Geschichte des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung zeigt, dass die traditionellen Einrichtungen (Anstalten, Großheime, psychiatrische Krankenhäuser) über lange Zeit eine möglichst billige Versorgung - aber zugleich auch soziale Ausgrenzung, Disziplinierung und Kontrolle - in den Vordergrund der Hilfen stellten. Dies war der Grund dafür, dass solche Einrichtungen überwiegend in einiger Entfernung von bewohnten Gebieten errichtet wurden und schon durch ihre Größe und Architektur den Eindruck vermitteln, dass es sich hier um ‚eigene Welten‘ handelt, die nicht mit den Maßstäben des ‚normalen‘ Wohnens zu messen sind.

Zwar sind diese Lebensbedingungen für den größeren Teil der Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland nicht (mehr) Realität. Die Anforderungen jedoch, die die meisten Mitglieder unserer Gesellschaft an ihre Wohnung stellen, gelten für das Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung häufig noch immer nicht.

Grundsätzlich wird die Frage gestellt, ob die Hilfeleistungen in stationären Einrichtungen sich mit den Ansprüchen an privates Wohnen vereinbaren lassen. In einer Forderung an den Bundestag zur Einrichtung einer ‚Enquete der Heime‘ wird von Wissenschaftlern aus dem Bereich Psychiatrie der Gerontologie und der Pädagogik die Überprüfung des gegenwärtigen Heimsystems gefordert: "Das 'Heim' kann [...] den Ansprüchen der Individualisierung und der expandierenden Persönlichkeitsrechte der post- oder spätmodernen Menschen des 21. Jahrhunderts nicht mehr gerecht werden. Daraus ergibt sich eine Doppelaufgabe: Zum einen müssen schon jetzt real existierende Missstände pragmatisch angegangen werden. Ebenso gilt es, ambulante kommunale Hilfestrukturen weiterzuentwickeln und auf eine breite Basis zu stellen, um den notwendigen Halt in die Lebenswelt der Menschen zu holen. Der Gesellschaftsvertrag zwischen Menschen mit mehr und Menschen mit weniger Sorgebedarf ist auf eine neue, zeitgemäße Basis zu stellen."⁵⁵

In Bezug auf das Unterstützungsangebot können drei Zielgruppen unterschieden werden:

1. Angebote für Menschen mit Behinderungen in ihrer Herkunftsfamilie: Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen wachsen in ihren Herkunftsfamilien auf. Auch im Erwachsenenalter lebt die Mehrzahl behinderter Menschen mit einer Familie oder einem/einer Lebenspartner/in zusammen.

Die Unterstützungsleistungen, die dort erbracht werden, überschreiten bei weitem die Leistungen, die von professionellen Diensten erbracht werden bzw. erbracht werden können. Dennoch finden diese Hilfen bislang nur eine geringe sozialpolitische Aufmerksamkeit. Eine sozialrechtlich verankerte und auch im subjektiven Empfinden vorfindbare starke Hilfeverpflichtung der Familie hat eine ‚ganz oder gar nicht‘ Mentalität bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfen in der Behindertenarbeit entstehen lassen. Gerade für Menschen mit Behinderungen gilt, dass sie solange ohne fremde Unterstützung bleiben, bis die Belastung eine

55 Der Text wurde unter Federführung von Klaus Dörner, Elisabeth Hopfmüller und Beate Röttger-Liepmann von der Forschungsarbeitsgemeinschaft ‚Menschen in Heimen‘ an der Universität Bielefeld erarbeitet. Er wird von zahlreichen Wissenschaftler/innen aus dem Bereich der Psychiatrie, der Gerontologie und der Pädagogik unterstützt. Der vollständigen Text und die Liste der Unterzeichner/innen ist nachzulesen unter www.dbsh.de/redsystop/soztop/userpages/senior3.html.

nicht mehr zu überschreitende Grenze erreicht. Dann wechseln die behinderten Personen vom Privathaushalt in institutionalisierte Wohnformen.

Erst in neuerer Zeit gerät die Familie als Lebensort von Menschen mit Behinderungen in das Blickfeld der Sozialpolitik. Beispielhaft genannt werden kann der Vierte Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation und der Fünfte Familienbericht. Die Hilfeleistung im Rahmen der Familie unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Hilfeleistung professioneller Systeme, bzw. Organisationen. Die Aufgaben der Familien werden bewältigt im Rahmen eines Zusammenlebens, das gekennzeichnet ist durch persönliche Nähe, emotionale Bindung und eine wechselseitige Verpflichtung. Während Organisationen ihre Hilfeleistung in spezifischer Weise ab- und begrenzen, bleibt die Hilfeverpflichtung der Familie unbestimmt. Die Familie muss sich auf die individuelle Situation ihrer Mitglieder mit und ohne Behinderung einstellen. Professionelle Hilfen greifen ganz selbstverständlich auf die Familie zurück, indem sie beispielsweise therapeutische Aufgaben delegieren. Andererseits steuert die Familie auch den Umgang mit dem Hilfesystem. Familien bestimmen mit, welche Hilfen in Anspruch genommen werden und welche nicht und nehmen damit stärker als bei anderen Kindern und Jugendlichen Einfluss auf den weiteren Lebenslauf.

Gleichzeitig verändert sich das klassische Familienbild. Familie wird gelebt in unterschiedlichen, häufig auch brüchigen Konstellationen des Zusammenlebens mit Kindern. Nach Einschätzung des Berichtes der Bundesregierung zur Lage der Behinderten aus dem Jahre 1998 bilden Familien „nicht mehr das zentrale Versorgungssystem, auf das die Gesellschaft bei ihren Aufgaben zur Eingliederung behinderter Menschen beliebig zurückgreifen kann. Die Lebensprobleme behinderter Menschen sind nicht allein Privatangelegenheiten der Familien, sondern müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden“ (S. 98).

Nicht immer ist es möglich und sinnvoll, dass Kinder in ihrer Herkunftsfamilie aufwachsen. Dies ist wie bei anderen Kindern zu einem dann erforderlich, wenn das Wohl der Kinder in ihrer Herkunftsfamilie gefährdet ist und zum anderen, wenn eine ausreichende Unterstützung und Förderung nicht am Wohnort verfügbar ist.

Daher sind vollstationäre Hilfen für junge Menschen mit Behinderungen notwendig. Für sie gelten in erster Linie die gleichen Grundsätze wie für die außerfamiliäre Erziehung anderer Kinder im Bereich der Jugendhilfe. Durch die gesetzliche Regelung fällt die vollstationäre Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Ausnahme der Kinder mit seelischer Behinderung allerdings in die Zuständigkeit der Sozialhilfe.

2. Angebote für erwachsene Menschen mit Behinderungen außerhalb der Herkunftsfamilie: Der Übergang in den Lebensabschnitt des Erwachsenenalters ist markiert durch den Eintritt in das Berufsleben, durch die Ablösung von der Herkunftsfamilie und durch die Suche nach eigenständigen Lebensformen, sei es als Alleinlebende/r, als Paar, in einer Wohngemeinschaft oder in der Familie. Diese Übergänge stellen sich im Lebenslauf von Menschen mit Behinderungen unter erschwerten Bedingungen dar. Auf die Schwierigkeiten von Ablösungsprozessen wurde im vorherigen Abschnitt schon hingewiesen. Die Probleme des Eintritts in das Erwerbsleben sind Gegenstand des Kapitels Arbeit. Auch bei der Suche nach eigenständigen Lebensformen stellt sich der Übergang als problematisch dar. Insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung wird der Übergang in das Erwachsenenalter von der sozialen Umwelt überhaupt nicht akzeptiert. Hinsichtlich ihrer Ansprüche an die Formen des Zu-

sammenlebens, ihrer Bedürfnisse nach Sexualität und Partnerschaft werden sie wie Kinder behandelt.

Für Menschen mit Behinderungen im Erwachsenenalter kommt es ebenso wie für andere Menschen darauf an, dass ihnen ein durch Vielfalt und Alternativen geprägtes Angebot zur Erprobung unterschiedlicher Wohnformen zur Verfügung steht.

3. Angebote für ältere Menschen mit Behinderung: Das Thema ‚ältere Menschen mit einer Behinderung‘ gerät in den letzten Jahren verstärkt in das Blickfeld der Planung von Hilfen. Dabei geht es primär um Hilfen für Menschen mit einer geistigen oder mehrfacher Behinderung, die mit einer Behinderung von Geburt an oder in frühen Lebensjahren alt werden. Zwei Gründe führten bislang dazu, dass dieses Thema im Zusammenhang der Planung nicht berücksichtigt wurde. Viele Menschen mit einer geistigen Behinderung wurden in der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland ermordet, so dass nur wenige Menschen mit geistiger Behinderung der Geburtsjahrgänge bis 1945 diese Zeit überlebt haben. Zum anderen führen die besseren Möglichkeiten der medizinischen Versorgung auch für diesen Personenkreis zu einer höheren Lebenserwartung.

Zunächst kann man davon ausgehen, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen und die daraus resultierenden Anforderungen an das Netzwerk der Hilfen nicht anders sind als die anderer älterer Menschen.

Dennoch gibt es Faktoren, die den Übergang von Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand erschweren. Diese liegen einerseits in der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen und andererseits in den Strukturen des Hilfesystems begründet:

- Menschen mit einer geistigen Behinderung und Mehrfachbehinderungen arbeiten fast ausschließlich in der Werkstatt für behinderte Menschen. Die Tätigkeit dort eröffnet auch den Zugang zu begleitenden Hilfe-, Förder- und Freizeitangeboten. Diese Angebote strukturieren in umfassender Weise den Lebensalltag. Dies gilt umso mehr, wenn Alternativen zur Strukturierung des Alltags außerhalb der Werkstatt fehlen.
- Häufig ist die Tätigkeit in einer WfbM die Voraussetzung zur Aufnahme in eine Wohneinrichtung. Unter dem Einfluss der konzeptionellen Überlegungen des Normalisierungsprinzips wird allerdings in vielen Einrichtungen eine Trennung zwischen den Bereichen ‚Wohnen‘ und ‚Arbeiten‘ angestrebt. Diese ist allerdings bereits dadurch nur begrenzt aufrecht zu erhalten, dass fast alle Bewohner/innen der Einrichtung in derselben Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten und die Abläufe von WfbM und Wohneinrichtung aufeinander abgestimmt sein müssen. Es kommt hinzu, dass die Tätigkeit in der WfbM kein Beschäftigungsverhältnis begründet, das auf die Erzielung eines existenzsichernden Einkommens zielt. Die Beschäftigung ist daher in viel stärkerer Weise als bei anderen Beschäftigten mit dem gesamten Alltag verknüpft und verbindet sich stärker mit Fragen der sozialen Rolle und des Selbstwertgefühls.
- Menschen mit Behinderungen verfügen im Vergleich mit dem Durchschnitt der Bevölkerung über ein stark begrenztes soziales Netzwerk. Dies stützt sich insbesondere auf verwandtschaftliche Beziehungen, auf Kontakte zu Personen, die an den gleichen Unterstützungsangeboten teilnehmen und auf Kontakte zu pädagogischen Fachkräften. Der Wegfall des Bezugssystems der Werkstatt für behinderte Menschen verkleinert das ohnehin begrenzte Netzwerk.

- Altern ist bei allen Menschen ein individueller Prozess. Die Altersgrenze zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist der funktionalen Logik sozialer Sicherungssysteme geschuldet und hat nichts mit dem subjektiven Empfinden des Alters und dem Abbau der Leistungsfähigkeiten zu tun. So sind auch Menschen mit einer Behinderung beispielsweise im Alter in unterschiedlicher Weise auf pflegerische Hilfen angewiesen. Einige Formen von Behinderung wie z.B. Trisomie 21 sind jedoch häufig mit einer geringeren Lebenserwartung und einem entsprechend früher zu erwartenden altersbedingten Hilfebedarf verbunden. Die Reaktion auf solche Alterungsprozesse und die selbstbestimmte Anpassung der Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten ist für Menschen mit einer Behinderung schwieriger als für andere Menschen. Es besteht die Gefahr, dass ihr individueller Hilfebedarf der funktionalen Logik des Hilfesystems untergeordnet wird. Genannt sei die Problematik der Zuordnung von Einrichtungen zum Bereich der Eingliederung bzw. zum Bereich der Pflege oder die Anspruchnahme von ambulanter Pflege in Wohneinrichtungen.

Für ältere Menschen mit Behinderungen muss daher ein Angebot zur Verfügung stehen, das den Übergang in den Ruhestand begleitet, eine Tagesstrukturierung ermöglicht und auf die besonderen Bedürfnisse hinsichtlich der Eingliederung, der Alltagsversorgung und der Pflege eingeht.

5.4.1 Wohnbezogene Hilfen in Rheinland-Pfalz

Die Behindertenpolitik des Landes Rheinland-Pfalz strebt eine Dezentralisierung und Flexibilisierung der wohnbezogenen Hilfen an. Als Bestandteile dieser Politik können benannt werden:

1. Die Einführung des Persönlichen Budgets: Seit 1998 wurden zunächst in vier Modellregionen Anreize zur Selbstorganisation von Hilfen gegeben, die eine Rückkehr von Menschen mit Behinderungen aus betreuten Wohnformen in das häusliche Umfeld ermöglichen sollte. Nach Abschluss der Modellphase wurde das Persönliche Budget schrittweise landesweit eingeführt und kann seit 2004 auch im Landkreis Ahrweiler in Anspruch genommen werden. Mit dem Modellprojekt wurde in Rheinland-Pfalz schon früh ein innovativer Impuls aus anderen europäischen Ländern zur Einführung von Persönlichen Budgets aufgenommen, der mittlerweile auch Eingang in das Rehabilitationsrecht (SGB IX) gefunden hat. Die Grundidee des Persönlichen Budgets besteht darin, dass Menschen mit Behinderungen einen Geldbetrag erhalten, um notwendige Hilfen, gegebenenfalls mit Assistenz, selbständig auszuwählen und einzukaufen. Mit der Reform der Sozialhilfe und der Integration des BSHG in das Sozialgesetzbuch (SGB XII) wird festgelegt, dass die Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe auf Antrag die Leistungen auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erhalten können (§ 57 SGB XII). Zugleich werden die Regelungen des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) zum persönlichen Budget präzisiert: „Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern übergreifend als Komplexleistung erbracht. Das dazu notwendige Verfahren wird in der zum 1. Juli 2004 in Kraft getretenen Budgetverordnung geregelt. Budgetfähige Leistungen sind Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.“ (§ 17, Abs. 2). Die Höhe des Budgets - so wird ausgeführt - sollte so bemessen sein, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird. „Dabei soll die Höhe des

Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.“ (§ 17, Abs. 3).⁵⁶

2. Die Einführung der Individuellen Hilfeplanung: s. dazu die Ausführung im Kapitel Planung

3. Die Regionalisierung überregionaler Einrichtungen: Bislang wurden in Rheinland-Pfalz überregionale Einrichtungen mit einem großen Einzugsbereich oder einem spezialisierten Hilfeangebot von regionalen Einrichtungen mit einem kleineren Einzugsgebiet und einem geringeren Grad an Spezialisierung unterschieden. Die Kostenzusagen für Hilfen in überregionalen Einrichtungen erteilt das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, die für Hilfen in regionalen Einrichtungen der zuständige örtliche Sozialhilfeträger. Für die Realisierung der Einnahmen ist in jedem Falle der örtliche Träger der Sozialhilfe zuständig. Diese Form der Finanzierung von überregionalen Einrichtungen war für die Entwicklung von Einrichtungen in Rheinland-Pfalz strukturbildend und hat zur Entstehung von großen, spezialisierten Einrichtungen mit überregionalem Einzugsbereich beigetragen. Das Land überführt gegenwärtig schrittweise überregionale Einrichtungen in die regionale Zuständigkeit. Aus Sicht der Kommunen ist diese Zuständigkeitsverlagerung auch finanzpolitisch motiviert, da nun die kommunale Seite in Vorleistung treten muss und ein erhöhter Aufwand für Verwaltung entsteht. In fachlicher Hinsicht bedeutet die Verlagerung der Zuständigkeit eine stärkere regionale Verantwortung für ein bedarfsdeckendes, regionales Angebot.

4. Die Stärkung gemeindenaher Wohn- und Unterstützungsformen für behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz: Mit einer Zielvereinbarung zwischen dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, den kommunalen Spitzenverbänden, der LIGA der Freien Wohlfahrtsverbände und den Verbänden der Behindertenselbsthilfe wird der Ausbau differenzierter und dezentraler wohnbezogener Hilfen angestrebt.⁵⁷ Ziel ist es – so heißt es in dieser Zielvereinbarung, Menschen mit Behinderungen "eine ihren individuellen Wünschen entsprechende Wohnform anbieten zu können, in der auch ihre selbstbestimmte Form der Betreuung sichergestellt ist und die ein Höchstmaß an Privatsphäre ermöglicht. In der Regel dürfte dies eine eigene Wohnung oder eine überschaubare Wohngruppe sein“. Geplant ist ein schrittweises Vorgehen. Zunächst soll eine Bedarfsaufnahme und eine Analyse rechtlicher Hindernisse vorgenommen werden. Als Maßnahmen werden Projekte zur Dezentralisierung von Einrichtungen und zur Entwicklung ambulanter Strukturen vereinbart. Im Prozess soll es zur Ausdifferenzierung des Persönlichen Budgets und der individualisierten Finanzierung von Hilfen kommen. Ausdrücklich vereinbart wurde, dass auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in den Prozess einbezogen werden.

Zur Einschätzung der Struktur und der Entwicklungschancen wohnbezogener Hilfen im Landkreis Ahrweiler ist es wichtig, die bestehenden Strukturen und Prognosen für wohnbezo-

56 Zur Gewährung des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft eine vorläufige Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ herausgegeben (Stand: 1. November 2004) die als Download auf der Seite www.bar-frankfurt.de zur Verfügung stehen.

57 vgl. die Presseerklärung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 9.12.2004 (Nr. 221-4/04); Zielvereinbarung Wohnen zur Stärkung gemeindenaher Wohn- und Unterstützungsformen für behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz.

gene Hilfen zu erfassen. Eine wichtige Quelle dafür ist der Kennzahlvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger.⁵⁸

Tabelle 11: Plätze und Hilfeempfänger in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe pro 1.000 Einwohner⁵⁹

	Bundesweit (12/2000)	Rheinland- Pfalz (12/2000)	Landkreis Ahrweiler (05/2005)
Plätze in stationären Einrichtungen	2,30	2,66	1,75
Hilfeempfänger/innen in stationären Einrichtungen	2,21	2,43	1,78

Die Übersicht zeigt, dass im Lande Rheinland-Pfalz eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohe Dichte an Plätzen besteht. Die hohe Dichte erklärt sich zum Teil dadurch, dass der Anteil der Menschen aus Rheinland-Pfalz, die in Einrichtungen anderer Bundesländer untergebracht sind, mit 14,2% (Durchschnitt 17,4%) relativ gering ist.

Dennoch ist aber auch die Anzahl der Hilfeempfänger/innen in stationären Einrichtungen aus Rheinland-Pfalz relativ hoch. Vor dem Hintergrund der Zielsetzung des Landes ist jedoch bemerkenswert, dass Rheinland-Pfalz das einzige Bundesland ist, in dem von 1998 zu 1999 ein Rückgang stationärer Unterbringungen (-0,4% im Unterschied zu +3,9% im Bundesdurchschnitt) und von 1999 zu 2000 die geringste Steigerung (+1% zu +4,4% im Bundesdurchschnitt) zu verzeichnen ist.

Im Landkreis Ahrweiler gibt es gemessen am Bundes- und Landesdurchschnitt ein unterdurchschnittliches Angebot. Dieses Ergebnis ist jedoch nach Zielgruppen zu differenzieren. So gibt es ein Angebot für 1,46 Plätze für Menschen mit seelischer Behinderung und ein Angebot für 0,29 Personen pro 1.000 Einwohner für Menschen mit geistiger Behinderung. Stationäre Angebote für Kinder und Jugendliche und für Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderung gibt es nicht.

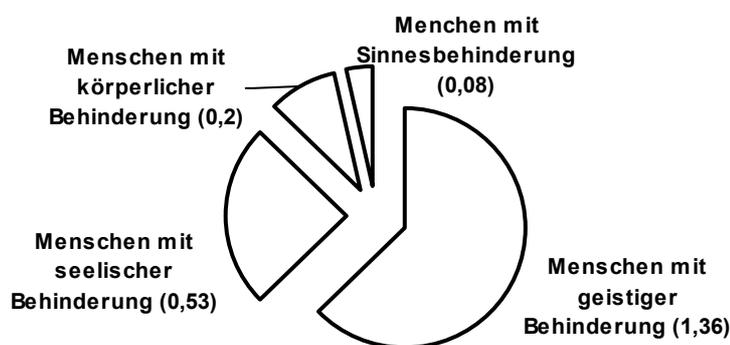
In der Differenzierung der Hilfeempfänger/innen nach Zielgruppen⁶⁰ zeigt der bundesweite Durchschnitt, dass fast zwei Drittel zu der Zielgruppe Menschen mit geistiger Behinderung

58 Kennzahlvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger 1999/2000 im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger erstellt von con-sens Hamburg. Das Dokument steht unter der Adresse www.consens-info.de zum Download bereit. Leider hat das Land Rheinland-Pfalz aus Gründen der Umstellung ihrer EDV nicht an dem weiteren Kennzahlvergleich 2001/2002 teilgenommen. Aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen im Bereich der Behindertenhilfe sind die Kennzahlvergleiche allerdings nur begrenzt aussagefähig.

59 vgl. a.a.O.. In dieser Übersicht sind auch Angebote für Kinder und Jugendliche enthalten. In Rheinland-Pfalz gibt es 0,23 Plätze pro 1.000 Einwohner für Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen und 0,19 Hilfeempfänger unter 18 Jahren pro 1.000 Einwohner. Aktuellere Zahlen liegen für Rheinland-Pfalz und die Bundesrepublik insgesamt nicht vor. Es sei darauf hingewiesen, dass es bislang keine einheitliche Systematik zur statistischen Erfassung von Plätzen in Einrichtungen gibt. Die Zahlen sind daher äußerst unzuverlässig.

gehören. Menschen mit körperlicher Behinderung und mit Sinnesbehinderung sind hingegen nur vergleichsweise selten stationär untergebracht.

Diagramm 10: Hilfeempfänger/innen pro 1.000 Einwohner in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, diff. nach Zielgruppen im Bundesdurchschnitt



Zur Struktur der Einrichtungen lassen sich aufgrund des vorliegenden statistischen Materials nur sehr grobe Aussagen treffen. Es gibt in diesem Bereich keine amtliche Statistik und nur wenige Untersuchungen. Daher können keine aktuellen Zahlen herangezogen werden⁶¹

- Im Jahre 2000 gab es 61 Träger von Wohneinrichtungen in Rheinland-Pfalz.
- Etwa zwei Drittel der Plätze wird in konfessionellen Einrichtungen angeboten.
- Mehr als drei Viertel der Plätze wird von Trägern angeboten, die mindestens 100 Plätze vorhalten. In Rheinland-Pfalz dominieren größere Einrichtungen mit 50 und mehr Plätzen.⁶²
- Etwa 46% der angebotenen Plätze befinden sich in Einzelzimmern, weitere 45% in Doppelzimmern.

60 Die Kennzahl bezieht sich auf die Auswertung für 2002 und bezieht sich auf die Gebiete der überörtlichen Träger Baden, Hessen, Niedersachsen, Rheinland, Saarland, Sachsen, Thüringen, Westfalen-Lippe, Württemberg-Hohenzollern. Die Gesamtzahl der Plätze beträgt dort im Durchschnitt 2,17 Plätze pro 1.000 Einwohner, liegt also deutlich unter dem 2000 für Rheinland-Pfalz ermittelten Wert.

61 Die Zahlen stützen sich auf eine Zusammenstellung statistischer Zahlen des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit im Jahre 2000, die für die vom Ministerium erstellten Broschüre ‚Wohnen, wo ich will! Stärkung gemeindenaher Wohn- und Unterstützungsformen für behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz‘, 2003, erhoben worden waren.

62 Die Feststellung der durchschnittlichen Wohnheimgrößen ist aufgrund der sich immer weiter ausdifferenzierenden Struktur von Wohneinrichtungen schwierig. In einer Untersuchung zu Beginn der 90er Jahre wurde bundesweit eine durchschnittliche Wohnheimgröße von 38,8 Plätzen ermittelt. Rheinland-Pfalz lag der Studie zufolge mit durchschnittlich 51,9 Plätzen deutlich darüber. (Bormann, Bertold: Dokumentationsstand der Strukturen stationärer und teilstationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden, 1996, S. 112).

Die Entwicklung im stationären Bereich muss im Zusammenhang mit der Entwicklung des Betreuten Wohnens gesehen werden. Nach Auskunft des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung⁶³ konnten die Platzzahlen im Betreuten Wohnen von 1988 (136) bis 2000 (1547) stetig ausgebaut werden.

Der Auswertung der Zahlen für 1999 entsprechend steht dabei

- die Hilfe in Wohngruppen (66% der Plätze) im Vordergrund,
- gefolgt vom Einzel- (28%) und
- Paarwohnen (6%).

Als Zielgruppen werden insbesondere

- Menschen mit psychischen Erkrankungen (62,3%),
- gefolgt von Menschen mit Suchtproblemen (12,5%) und
- Menschen mit geistiger Behinderung (11%) erreicht.

In den folgenden Jahren wird ein erheblicher Ausbau des Ambulant Betreuten Wohnens erwartet.

Im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen wird nicht nur in Rheinland-Pfalz neben der oben angedeuteten konzeptionell motivierten Diskussion auch auf den wachsenden Kostendruck hingewiesen. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge⁶⁴ hat in einem aktuellen Papier eine Prognose der Fallzahl- und Kostenentwicklung bis zum Jahre 2007 vorgelegt. Sie beruht auf einer Ende 2002 durchgeführten Befragung der überörtlichen Sozialhilfeträger und stellt eine realistische Einschätzung für die Bedarfsentwicklung dar. Die oben dargestellte Platzzahlentwicklung in stationären Einrichtungen in Rheinland-Pfalz zeigt jedoch, dass das Verhältnis stationärer und ambulanten Hilfen sehr stark durch politische Entscheidungen beeinflusst werden kann.

Tabelle 12: Prognose des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge zur bundesweiten Entwicklung des Bedarfs an Hilfen im Bereich wohnbezogener Eingliederungshilfe

	2002	2007	Steigerung	
			absolut	in %
stationäre Hilfen in Wohnheimen	162.000	190.000	+ 28.000	+ 17
ambulante Hilfen im Betreuten Wohnen	40.000	54.000	+ 14.000	+ 35
Gesamt:	202.000	244.000	+ 42.000	+ 21

63 Bericht ‚Betreutes Wohnen 2000‘ Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung. Neuere Zahlen liegen leider nicht vor.

64 Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2003): Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderung - Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden!, NDV 83 (2003), S.121-125. Auch im Internet unter www.deutscher-verein.de.

Aufgrund der Altersstruktur wird erwartet, dass sich der Trend auch nach 2007 fortsetzen wird. Gründe für die erwartete Fallzahlsteigerung liegen insbesondere in der sich allmählich normalisierenden Altersstruktur der Zielgruppe und einem tendenziell sinkenden Alter bei der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfen.

Für den Landkreis Ahrweiler ist aufgrund der vergleichsweise niedrigen Ausgangswerte im Bereich der ambulanten und stationären Hilfen eher mit einem stärkeren als mit einem schwächeren Anwachsen des Bedarfes zu rechnen.

5.4.2 Angebote im Landkreis Ahrweiler

Stationäres Angebot

Im Landkreis Ahrweiler gibt es eine Einrichtung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Kreisvereinigung Ahrweiler e.V. in Sinzig.⁶⁵ Die Einrichtung ist durch das Engagement der erst 1985 gegründeten Elternvereinigung entstanden. Die Einrichtung bietet Platz für 28 Bewohner und zwei Kurzzeitgäste in zwei Wohngruppen und einer Wohngemeinschaft für vier Personen. Die Einrichtung liegt in zentraler Lage. Die Innenstadt, der Bahnhof aber auch die Werkstatt für behinderte Menschen können fußläufig erreicht werden. Während die Wohngemeinschaft für vier Personen sich als eine individuell von den Bewohnern gestaltbare, abgeschlossene Wohnung darstellt, ist das Leben in den relativ großen 12er Gruppen stark durch funktionale Erfordernisse und den Heimcharakter der Wohneinrichtung geprägt. Eine Vergrößerung der beiden Gruppenwohnräume durch einen wintergartenähnlichen Anbau ist geplant. Die Wohngruppen verfügen jeweils über drei Doppel- und sechs Einzelzimmer, die Wohngemeinschaft hat zwei Einzel- und ein Doppelzimmer.

Zu der Einrichtung gehören zwei Wohnungen mit jeweils vier Bewohner/innen in einem benachbarten Doppelhaus, eine Außenwohngruppe mit zwei Plätzen und ein Platz in der Familienpflege.

Voraussetzung für die Aufnahme in das ‚Lebenshilfehaus‘ ist neben der Volljährigkeit eine Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt oder in der Werkstatt für behinderte Menschen. Die Verknüpfung des Wohnangebotes mit einer Beschäftigung und die damit einhergehende konzeptionelle Ausrichtung von Wohneinrichtungen, die den Fördermodalitäten aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe geschuldet ist, wird derzeit fachlich und politisch als veränderungsbedürftig erachtet.

Das Wohnangebot umfasst zahlreiche gemeinsame Aktivitäten zur Freizeitgestaltung, zur Förderung und zur Erwachsenenbildung. Bestandteil des Konzepts ist die enge Zusammenarbeit mit den Eltern der Bewohner/innen. Das Angebot fügt sich ein in das Gesamtangebot der Lebenshilfe im Bereich der Offenen Hilfen und der Frühförderung, die zwar organisatorisch getrennt, aber im gleichen Haus untergebracht sind. Die Lebenshilfe versteht ihr wohnbezogenes Angebot im Sinne eines abgestuften Wohnkonzepts. Demnach ermöglicht der Einzug in die Wohneinrichtung die Ablösung vom Elternhaus und stellt somit den ersten Schritt in die Selbstständigkeit dar. Der weiteren Förderung der Selbstständigkeit wird hohe Bedeutung zugemessen. Ab einem bestimmten Grad der Selbstständigkeit sollen die Wohngemeinschaften intern

65 Die Ausführungen stützen sich in erster Linie auf die pädagogische Konzeption ‚Zu Hause sein im Lebenshilfehaus Sinzig‘, Oktober 2003

und extern der weiteren Verselbständigung dienen. Der Prozess kann sich über die Außenwohngruppe und den Wechsel in das Betreute Wohnen fortsetzen.

In der Einrichtung der Lebenshilfe findet eine intensive Auseinandersetzung mit der Lebenssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung statt. Im Konzept wird dazu ausgeführt: „Derzeit gehen wir davon aus, dass Wohnen im Lebenshilfehaus nicht mit der Berentung endet, sondern zumindest bis zu einem hohen pflegerischen Versorgungsaufwand der Verbleib in der Wohneinrichtung gewährleistet wird. Hierzu wird zukünftig jedoch sowohl eine bessere finanzielle, wie auch personelle Ausstattung notwendig sein, da die derzeitige Berechnung des Pflegesatzes auf der Abwesenheit der Bewohner während deren Arbeitstätigkeit beruht.“⁶⁶ Die Probleme stellen sich akut, da eine Bewohner/in sich bereits im Ruhestand befindet und eine weitere Person mit einem erhöhten Betreuungsbedarf aus der Tagesförderstätte ausscheiden wird.

Das ‚Lebenshilfehaus‘ bietet nur begrenzte Möglichkeiten für Menschen mit Mobilitätsbehinderung und höherem Pflegebedarf (Größe der Zimmer, fehlende Schwenktüren, Ausstattung der Bäder usw.). Dennoch konnten in Einzelfällen auch Unterstützungsleistungen für Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf erbracht werden. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärzten und Pflegediensten wird dabei als positiv bezeichnet.

Die Lebenshilfe plant die Errichtung einer Wohnstätte für Menschen mit schwerer Behinderung und Werkstatt pensionäre in Blasweiler, einem Ortsteil der Gemeinde Heckenbach (240 Einwohner) in der Verbandsgemeinde Altenahr.⁶⁷ In drei allein stehenden Häusern sollen jeweils acht Einzelzimmer zur Verfügung stehen und drei Ferienappartements für Familien mit behinderten Kinder oder als Kurzzeitplätze für Kinder mit schwerer Behinderung. Das bestehende alte Bauernhaus mit Stall und Scheune soll zu einer Wandergaststätte, einem Gemeinschafts- und Veranstaltungsraum umgebaut werden. Die ländliche Lage wird dabei als Bestandteil des Konzeptes angesehen Menschen mit Behinderungen aus dem ländlichen Raum ein Angebot in ruhiger, reizarmer Umgebung machen zu können. Mit diesem Projekt reagiert die Lebenshilfe auf das Fehlen eines adäquaten Wohnangebotes für Menschen mit geistiger Behinderung, die einen sehr hohen Hilfebedarf haben und ein Angebot zur Tagesstrukturierung auch nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt für behinderte Menschen nutzen möchten.

Auch seitens der Träger im Caritasverband für die Diözese Trier e.V. besteht die Bereitschaft und das Interesse weitere Wohnangebote für Menschen mit geistiger Behinderung im Landkreis Ahrweiler insbesondere im stationären Bereich zu schaffen.

Betreutes Wohnen

Das Angebot des Betreuten Wohnens für Menschen mit geistiger Behinderung wird von der Lebenshilfe seit 2002 vorgehalten. Es wird von Menschen mit Behinderung in Anspruch genommen, die in ihrer eigenen Wohnung in Bad Neuenahr-Ahrweiler, Sinzig und Remagen leben. Es wurden zunächst sechs Plätze bewilligt, die in 2004 um weitere sechs Plätze aufgestockt werden konnten.

66 a.a.O., S. 22

67 Es liegt dazu eine Konzeption der Lebenshilfe vor: ‚Blasweiler. Standort, Projekt und Pädagogisches Konzept‘, 2004

Grundlage zur Finanzierung ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag vom 23. November 2004⁶⁸. Förderungsfähig ist die Betreuung mit einem Betreuungsschlüssel von 1:12 für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung und einem Betreuungsschlüssel von 1:15 für Menschen mit körperlicher Behinderung. Rechnerisch entspricht der Schlüssel 1:12 einem individuellen Betreuungsumfang von etwa 3,25 Stunden pro Woche, der allerdings durch Ausfallzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung) und indirekte Tätigkeiten (Verwaltungsarbeiten, Vorbereitung, kollegialer Austausch) erheblich reduziert wird. Daraus ist ersichtlich, dass das Betreute Wohnen in dieser Form nur für Personen in Frage kommt, die lediglich punktuell Hilfen bei der Alltagsgestaltung und zur selbständigen Lebensführung benötigen.

Es handelt sich bei dem Landesprogramm um eine freiwillige Leistung des Landes. Die Verpflichtungen der Kreise und kreisfreien Städte in ihrer Zuständigkeit als örtlicher Träger der Sozialhilfe bleiben davon unberührt.

Das Angebot des Betreuten Wohnens der Lebenshilfe setzt mit der Unterstützung bei der Wohnungssuche und bei Umzugsvorbereitungen ein. Als problematisch erweisen sich die Vorgaben der Sozialämter, bei der Übernahme der Kosten für die Unterkunft nur einen Höchstpreis pro qm anzuerkennen, für den eine adäquate Wohnung für den Personenkreis häufig nicht angemietet werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere an das Wohnumfeld besondere Ansprüche gestellt werden (Übersichtlichkeit der regelmäßig zurückzulegenden Wege, eingeschränkte Mobilität usw.). Die im Betreuten Wohnen erbrachten Leistungen leiten sich aus dem individuellen Hilfebedarf der Klient/inn/en im Lebensfeld Wohnen ab.

Weitere Ambulante Angebote für Menschen mit Behinderungen

In Sinzig wurden mit Fördermitteln der Aktion Mensch im Jahre 2000 parallel damit begonnen, zwei ambulante Dienste aufzubauen.

Der Dienst der Caritas-Werkstatt reagierte auf ein im Kreis bestehendes Defizit der Unterstützung im Bereich der Familie. Die Caritas-Werkstatt ist geprägt durch einen hohen Anteil von behinderten Mitarbeiter/inne/n, die (noch) bei Angehörigen leben. Durch den Dienst sollen Chancen zur Integration geboten, die häusliche Betreuungssituation verbessert, Selbständigkeit, Lebensqualität und Mobilität erhalten und gefördert werden. Freizeit- und Bildungsangebote werden häufig im Anschluss an die Arbeitszeit in der Werkstatt angeboten. Es finden aber auch Aktivitäten an Wochenenden und Freizeiten statt. Um die Teilnahme an den Veranstaltungen zu ermöglichen, steht ein Fahrdienst zur Verfügung. Über das Angebot informiert ein Programmheft. Weitere Hilfen finden im häuslichen Umfeld statt. Durch das Angebot der Assistenz wird der Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglicht und es werden Erfahrungen mit dem selbständigen Wohnen, beispielsweise im Falle der Abwesenheit der Angehörigen, vermittelt. Das Angebot richtet sich auch an Personen außerhalb der Werkstatt. Der ambulante Dienst ist im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit um eine Kooperation beispielsweise mit Einrichtungen der Jugendhilfe und mit Kirchengemeinden bemüht, um das Spektrum integrativer Angebote zu erweitern.

68 Förderung des Betreuten Wohnens behinderter Menschen zwischen dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit und dem Landkreistag Rheinland-Pfalz sowie dem Städtetag Rheinland-Pfalz; Laufzeit: 01.01.05 bis 31.12.06.

Der Dienst wird von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter/inne/n getragen. Mit Auslaufen der Förderung durch die Aktion Menschen zum Ende 2003 wurde eine engere organisatorische Verknüpfung mit der Tagesförderstätte hergestellt. Der Kreis hat den Abschluss einer Leistungsvereinbarung bislang abgelehnt, es können aber Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets in Anspruch genommen werden.

Die Lebenshilfe hat ihren Dienst im Kontext ihrer wohnbezogenen Angebote entwickelt, er ist organisatorisch verbunden mit dem Angebot der Frühförderung und dem Betreuten Wohnen. Der ambulante Dienst bietet Entlastung für Familien mit geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, ein Freizeit- und Bildungsangebot und Beratung. Angebote der Erwachsenenbildung sollen Menschen mit geistiger Behinderung auf ein selbständiges Wohnen vorbereiten. Über das Angebot informiert ein Programmheft. Der Dienst wird von einer hauptamtlichen Mitarbeiterin geleitet und von ehrenamtlichen Kräften unterstützt. Für die Büro-tätigkeiten und Gruppenaktivitäten stehen Räumlichkeiten im ‚Lebenshilfehaus‘ zur Verfügung. Für die Teilnahme an den Veranstaltungen wird ein Fahrdienst bereitgehalten.

Die Betreuung in der Familie und die Teilnahme an Ferienfreizeiten kann zum Teil über Leistungen der Pflegeversicherung (Verhinderungspflege) finanziert werden. Für die Teilnahme an Freizeitangeboten und die Inanspruchnahme des Fahrdienstes werden Teilnehmerbeiträge erhoben.

Ambulante Pflegedienste

Bei den Überlegungen zur Weiterentwicklung der Infrastruktur des Unterstützungsangebotes darf nicht übersehen werden, dass die Pflegedienste im Kreis ein flächendeckendes Netz an ambulanten Diensten bilden. Die Pflegedienste sind am Leitbild älterer Pflegebedürftiger Menschen und am Leistungskatalog der Pflegeversicherung und der Behandlungspflege nach SGB V orientiert und beschäftigen dementsprechend in erster Linie Pflegekräfte.

Insgesamt erhalten im Landkreis Ahrweiler 3.332 (2001: 3.086)⁶⁹ Personen Leistungen der Pflegeversicherung. Dies entspricht einem Anteil an der Bevölkerung von 2,54 % (2001: 2,37%) und liegt etwas über dem Landesdurchschnitt (2,33% der Bevölkerung). Während im Kreis Ahrweiler der Anteil der Leistungsberechtigten gestiegen ist, ist ihr Anteil im Landesdurchschnitt leicht rückläufig (2001: 2,35% der Bevölkerung). 15,12 % der Leistungsempfänger im Kreis Ahrweiler nehmen ambulante Leistungen in Anspruch (Landesdurchschnitt 19,85%). 37,27% der Pflegebedürftigen werden in stationären Einrichtungen betreut (Landesdurchschnitt 29,37%) und knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten (47,6%) beziehen ausschließlich das Pflegegeld (Landesdurchschnitt 50,79%) Es lässt sich also im Landkreis Ahrweiler eine im Vergleich zum Landesdurchschnitt stärkere Tendenz zur Inanspruchnahme stationärer Hilfen feststellen.

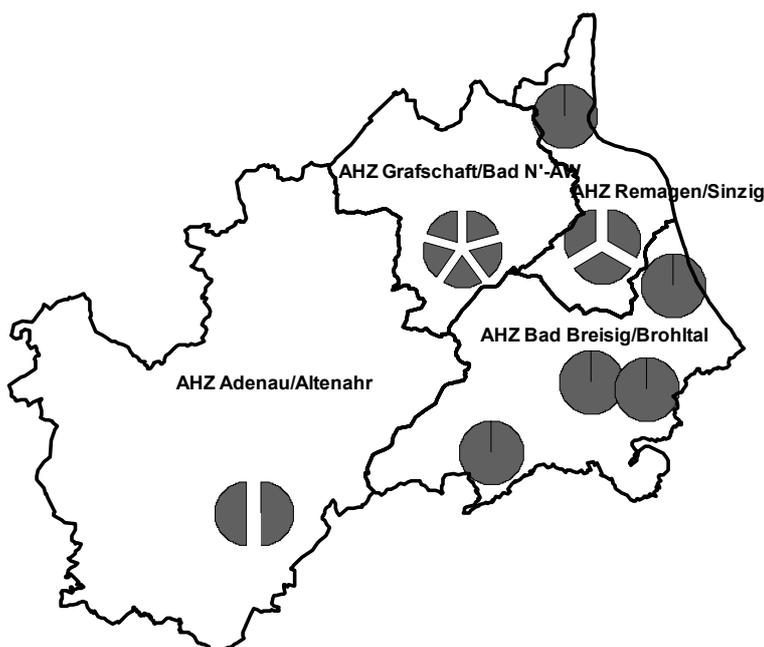
Der größte Teil der Pflegebedürftigen ist älter als 65 Jahre. Nur etwa 16,4% der Leistungsberechtigten sind jünger. Ihr Anteil an den Nutzer/innen ambulanter Pflegedienste beträgt allerdings nur 8,7%. Das Potential ambulanter Pflegedienste zur Unterstützung jüngerer Menschen mit Behinderungen kann damit als noch nicht ausgeschöpft gelten.

⁶⁹ vgl. hierzu und zu den weiteren statistischen Angaben zu den Leistungsempfängern der Pflegeversicherung die Statistik der Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger zum 15. bzw. 31. Dezember 2003 und 2001 (K VIII - 2j/03 und 01). Die Statistik wird zweijährlich erstellt.

Die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste im Landkreis Ahrweiler ist im Landesdurchschnitt insgesamt als gering zu betrachten. Insgesamt nehmen nur 3,8 von 1.000 Einwohner/innen das Angebot in Anspruch, während es im Landesdurchschnitt 4,6 von 1.000 Einwohner/innen sind.⁷⁰

Das Land und der Kreis haben bis zum 31. Dezember 2004 die regionale Versorgung durch ein Förderprogramm für Ambulante Hilfezentren (AHZ) unterstützt. In vier Versorgungsregionen mit jeweils etwa 30.000 Einwohnern wurde durch einen Beschluss des Kreistages von 1995 ein Pflegedienst als AHZ gefördert. Mit der Förderung verband sich der Auftrag zur Beratung für Menschen, die pflegebedürftig, krank oder behindert sind. Daneben gibt es weitere Pflegedienste in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft. Aufgrund der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz⁷¹ wurde die Förderung der AHZ zum 1. Januar 2005 eingestellt, um eine regionale Monopolstellung der AHZ zu vermeiden und den Wettbewerb zu fördern. Im Gang der parlamentarischen Beratung befindet sich der Entwurf eines Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur⁷². Auf der Grundlage des Gesetzes sollen durch das Land Beratungs- und Koordinierungsstellen (§ 5) sowie komplementäre Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege und Modellprojekte (§ 6) gefördert werden.

Abbildung 7: Verteilung der ambulanten Pflegedienste im Landkreis Ahrweiler⁷³



70 Dies gilt auch für die Einwohner über 65 Jahre. Hier wird das Angebot im Kreis von 19,3 Einwohner/innen pro 1.000 in Anspruch genommen, im Landesdurchschnitt sind es 25 pro 1.000. Dieser Befund steht im Gegensatz zur Verfügbarkeit von Plätzen in Pflegeheimen. Im Landkreis Ahrweiler stehen 9,5 (Landesdurchschnitt: 6,9) Plätze pro 1.000 Einwohner/innen und 47,5 (Landesdurchschnitt: 36,8) Plätze pro 1.000 Einwohner über 65 zur Verfügung.

71 Urteile vom 17. Dezember 2004, AZ: 12 A 11388/04.OVG, 12 A 11305/04.OVG und 12 A 11459/04.OVG

72 Drucksache 14/4050 vom 19.04.2005

73 Eingetragen sind die Versorgungsregionen der Ambulanten Hilfezentren und die Standorte der ambulanten Pflegedienste. Jedes Segment eines Kreises zeigt das Vorhandensein eines Pflegedienstes an.

Die Verteilung weist einen Schwerpunkt in Bad Neuenahr-Ahrweiler und insgesamt im nordöstlichen Kreisteil auf. Wenngleich die Zielgruppe älterer Menschen mit Pflegebedarf im Mittelpunkt steht, werden auch jüngere Menschen mit Behinderungen versorgt.

Die ambulanten Pflegedienste haben sich zu einem großen Teil an der schriftlichen Befragung zur Teilhabepflicht beteiligt. Aus den Angaben zu den Schwerpunkten im Adressatenkreis geht jedoch erwartungsgemäß hervor, dass sich hier das Angebot in erster Linie an Menschen mit altersbedingter Pflegebedürftigkeit richtet. Die Problembeschreibung zur Weiterentwicklung des ambulanten Unterstützungsangebotes weist jedoch deutliche Parallelen zu den Problemen der Behindertenhilfe auf:

- Fehlen geeigneten Wohnraums;
- schlechte Erreichbarkeit im ländlichen Raum;
- mangelhafte und aufwändige Finanzierung;
- mangelnde Kooperation der Anbieter untereinander und fehlende Kooperation bezogen auf einzelne Hilfeempfänger/innen.

Generell positiv eingeschätzt wird das Koordinierungsangebot der Ambulanten Hilfezentren. Private Anbieter kritisieren allerdings, dass das Angebot die Position der ambulanten Pflegedienste mit AHZ entgegen der Marktorientierung des Pflegeversicherungsgesetzes stärke, da auf alternative private Angebote nicht ausreichend verwiesen wird. Es wird eine Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit beispielsweise im Rahmen der Pflegekonferenz angemahnt.

Von den ambulanten Pflegediensten wird auf das Problem der Finanzierung zeitintensiver Hilfen hingewiesen. Diese ist im Rahmen von Sachleistung der Pflegeversicherung nicht zu finanzieren. Viele Familien reagieren darauf mit der illegalen Beschäftigung von Arbeitskräften aus dem Ausland.

Persönliches Budget

Der Kreis hat beschlossen am Landesprojekt zum persönlichen Budget teilzunehmen. Seit Beginn des Jahres 2004 kann im Landkreis Ahrweiler ein Persönliches Budget in Anspruch genommen werden. Es handelt sich um eine Form der ambulanten Eingliederungshilfe, die für Personen gedacht ist, die in einem Heim leben und vor der Entscheidung stehen, es zu verlassen oder vor der Entscheidung stehen, in ein Heim zu gehen. Durch die Geldleistung wird ein Anreiz geschaffen, die Hilfen selbst außerhalb einer stationären Einrichtung zu organisieren. Der individuelle Hilfebedarf als Grundlage zur Bemessung des Budgets wird im Hilfeplanverfahren ermittelt.

Das Persönliche Budget steht zur Verfügung für:

- Maßnahmen der psychosozialen Einzelbetreuung,
- Maßnahmen zur Entlastung von Angehörigen,
- Angebote im Freizeitbereich und
- tagesstrukturierende Maßnahmen.

Nach den Vorgaben des Landes wird das Persönliche Budget in Betreuungsstunden bemessen. Für die Helfer/innen sind Kostensätze vorgegeben, die sich an die Vergütung für gesetzliche

Betreuungen anlehnen. Für examinierte Fachkräfte sind 30,- €, für Fachpersonal 20,- € und für ungelernete Kräfte 10,- € vorgesehen. Die Gesamtaufwendungen der Sozialhilfe müssen bei dem Persönlichen Budget unter den Kosten bleiben, die bei einer Heimunterbringung entstehen würden.

Zum Zwecke der Erbringung von Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets wurde von der Verwaltung ein Helferkreis aufgebaut. Es ist beabsichtigt, die Anbieter professioneller Hilfen im Landkreis Ahrweiler in die Organisation der Hilfen einzubeziehen. Seitens der bestehenden ambulanten Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung besteht daran grundsätzlich Interesse. Es besteht allerdings das Problem, dass im Rahmen der vorgegebenen Stundensätze eine professionelle Organisation der Hilfen schnell an Grenzen stößt.

Von Anbietern professioneller Hilfen wird befürchtet, dass sich, analog zum Pflegebereich, auf der Grundlage des Persönlichen Budgets neben den professionellen und ehrenamtlichen ambulanten Hilfen ein auf illegale Beschäftigung beruhendes Unterstützungssystem entwickeln könnte. Der Kreis weist die Nutzer/innen des Persönlichen Budgets darauf hin, dass die steuer- und arbeitsrechtlichen Vorschriften eingehalten werden müssen.

5.4.3 Bedarfsüberlegungen für den Landkreis Ahrweiler

Die Auswertung der Kennzahlen der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (s.o.) zeigt, dass es keine eindeutige Orientierung für den Bedarf an wohnbezogenen Hilfen gibt. Seitens der überörtlichen Träger der Sozialhilfe besteht die Erwartung, dass durch einen Ausbau ambulanter Hilfen zumindest der durch die Fallzahlsteigerung zu erwartende weitere Bedarf abgedeckt werden kann. Der Blick über die Landesgrenzen hinaus, insbesondere nach Schweden, zeigt, dass ein Versorgungssystem entwickelt werden kann, das auf stationäre Einrichtungen gänzlich verzichtet.

Legt man die zielgruppenspezifisch ermittelte Zahl der verfügbaren Plätze im Kennzahlvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger zu Grunde,⁷⁴ so sind für den Landkreis Ahrweiler die in der folgenden Tabelle in dritten Spalte aufgelisteten Hilfeempfänger/inne/n erwartbar. In der letzten Spalte wurden die Hilfeempfänger/innen aus dem Landkreis Ahrweiler aufgelistet, die tatsächlich Leistungen empfangen.

74 Dabei handelt es sich um einen unteren Wert, da der Durchschnittswert in der Kennzahlerhebung für 2002 deutlich unter dem im Jahre 2000 für Rheinland-Pfalz ermittelten Wert liegt (vgl. die Ausführungen auf S. 47f).

Tabelle 13: Anzahl der erwartbaren und tatsächlichen Hilfeempfänger/innen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe aus dem Kreis Ahrweiler

	Hilfeempfänger/innen pro 1.000 Einwohner im Bundesdurchschnitt (2002)	Aufgrund des Bundesdurchschnitts <u>erwartbare</u> Hilfeempfänger/innen aus dem Landkreis Ahrweiler (2002)	<u>Tatsächliche</u> Hilfeempfänger/innen aus dem Landkreis Ahrweiler (05/2005) ⁷⁵
Menschen mit geistiger Behinderung	1,36	177	113
Menschen mit Sinnesbehinderung	0,08	10	16
Menschen mit körperlicher Behinderung	0,2	26	11

Es zeigt sich, dass die Zahl der tatsächlichen Hilfeempfänger/innen deutlich unter der auf der Grundlage des Bundesdurchschnitts ermittelten Zahl erwartbarer Hilfeempfänger/innen liegt. Die Gründe dafür können beispielsweise in der in ländlichen Regionen verbreiteten stärkeren Zurückhaltung in Bezug auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfen gesucht werden. Des Weiteren ist die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme höher, wenn professionelle Hilfen nur wohnortfern verfügbar sind.

Von den ermittelten Hilfeempfänger/inne/n nimmt allerdings nur etwa ein Fünftel das stationäre Angebot im Kreis wahr, die anderen sind in angrenzenden und weiter entfernten Regionen untergebracht.

Das Durchschnittsalter der Hilfeempfänger/innen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe liegt bei etwa 42 Jahren. 32 Personen sind älter als 50 Jahre und acht Personen älter als 65 Jahre.

Im Betreuten Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung leben zum Zeitpunkt der Erhebung (5/2005) zwei Männer und sieben Frauen.

Es muss nicht nur der Ist-Stand, sondern auch die zu erwartende Entwicklung berücksichtigt werden. Die Prognose des Deutschen Vereins, die im Zeitraum von 2002 bis 2007 von einer Steigerung der Nachfrage nach wohnbezogenen Hilfen um 21% ausgeht, wurde bereits referiert. Demnach ist mit einer jährlichen Steigerungsrate von etwa 4% zu rechnen. Diese Prognose kann leider nicht zielgruppenspezifisch ausdifferenziert werden. Die höchsten Zuwächse können aufgrund der Normalisierung der Altersstruktur und den sich verändernden Familienstrukturen im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung erwartet werden. Es werden Hilfen für mehr Personen benötigt. Die Nachfrage nach wohnbezogener professioneller Unterstützung setzt in einem früheren Lebensalter ein. Es werden mehr Angebote für ältere Personen (Angebote zur Tagesstrukturierung und in Verbindung mit pflegerischen Hilfen) benötigt. Die Prognose reicht nur bis 2007, einem für Planungen zu kurzen Zeitraum.

⁷⁵ Die Zahlen für den Kreis Ahrweiler wurden ermittelt auf der Grundlage von Daten aus dem EDV-System INFOsys Care. Wiedergegeben wird der Stand zum Mai 2005. Die Zuordnung zu einer Zielgruppe erfolgt durch die in der EDV als erstes angegebene Behinderung.

Auch für die folgenden Jahre wird mit einem Anstieg gerechnet, der aber nicht quantifiziert werden kann.

Da die Zahl der tatsächlichen Hilfeempfänger/innen aus dem Landkreis Ahrweiler unter der nach dem Bundesdurchschnitt erwartbaren Anzahl der Hilfeempfänger/innen für 2002 liegt, ist davon auszugehen, dass es sich bei der angenommenen Steigerungsrate von 4% um eine Mindestannahme handelt. Möglich ist auch ein Szenario, bei dem es durch die Schaffung eines regional verfügbaren Unterstützungsangebotes zu einem sprunghaften und deutlich höherem Ansteigen der Nachfrage nach wohnbezogenen Hilfen kommt.

Es ist allerdings weder realistisch noch wünschenswert, dass alle Hilfeempfänger/innen, die im Moment außerhalb des Kreises leben, bei dem Bestehen eines entsprechenden Angebotes in den Landkreis Ahrweiler zurückkehren. Von den Personen, die in Einrichtungen außerhalb des Kreises leben, nehmen fast zwei Drittel (67 Personen) die Hilfen schon seit zehn Jahren oder länger in Anspruch.

Es wird auch zukünftig für behinderte Menschen nachvollziehbare Gründe geben, ein Angebot außerhalb des Kreises wahrzunehmen. Die Gründe können in der Spezialisierung (z.B. Internatsunterbringung im Zusammenhang des Schulbesuches), dem Wunsch nach einem speziellen Angebot (z.B. anthroposophische Einrichtung) oder auch in dem individuellen Wunsch nach einem Ortswechsel liegen.

Von den Trägern im Landkreis Ahrweiler wird auf einen weiteren Bedarf an wohnbezogenen Hilfen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich hingewiesen. Es wurde bereits erwähnt, dass etwa drei Viertel der Werkstattbewohner/innen noch bei ihren Eltern oder Angehörigen leben. Dies begründet aktuell die Notwendigkeit eines Unterstützungsangebotes im familiären Kontext und auf Dauer einen erhöhten Bedarf an betreuten Wohnformen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein schrittweiser Ausbau wohnbezogener Eingliederungshilfen im Landkreis Ahrweiler notwendig ist. Mittelfristig ist mit einem Bedarf an wohnbezogenen Hilfen für mindestens 180 Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen zu rechnen,⁷⁶ der langfristig bis auf begründete Ausnahmen durch Angebote im Landkreis Ahrweiler gedeckt werden sollte. Darüber hinaus ist der Ausbau von Unterstützungsangeboten im familiären Kontext notwendig.

Einschätzung

Der Bedarf an einem Ausbau wohnbezogener Hilfen im Landkreis Ahrweiler ist unabweisbar. Vor dem Hintergrund der anzustrebenden Regionalisierung sollte zumindest für alle neuen Anfragen ein bedarfsdeckendes Angebot im Landkreis Ahrweiler zur Verfügung stehen.⁷⁷

Mit dem Ansatz der personenzentrierten Hilfen verbindet sich die Abkehr von einem Denken in Platzzahlen und spezialisierten Angeboten. Dies erfordert ein Umdenken bei den Leistungsträgern und Anbietern der Hilfen. Es geht nicht darum, ob ein Platz oder eine Hilfeart für

76 Die entspricht einer Steigerung der im April 2004 gewährten Hilfen in stationären Einrichtungen (144 Personen) und im ambulant Betreuten Wohnen (sechs Personen) von jährlich 4% bis in das Jahr 2013.

77 Von den 149 Hilfeempfänger/inne/n wohnbezogener Eingliederungshilfe für Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen nehmen im Mai 2005 nur etwa ein Fünftel Angebote im Kreis Ahrweiler in Anspruch. In den nächsten Jahren ist mit einer erheblichen Zunahme der Hilfeempfänger/innen zu rechnen.

einen bestimmten Personenkreis zugelassen ist, sondern wie im Einzelfall die Hilfe optimal realisiert werden kann. Leitbild ist die vom Einzelfall ausgehende Planung wohnbezogener Hilfen für die allerdings eine entsprechende regionale Infrastruktur zur Verfügung stehen muss. Mit der Einführung der individuellen Hilfeplanung steht der örtliche Sozialhilfeträger in einer erhöhten Verantwortung zur Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots an wohnbezogenen Hilfen. Die individuelle Hilfeplanung ermöglicht dem Sozialleistungsträger eine lebenslaufbezogene und vorausschauende Planung für einzelne Personen. Im Idealfall beginnt die Hilfeplanung mit der Förderung und Unterstützung in der Herkunftsfamilie und begleitet sowohl die für die Angehörigen als auch für die behinderte Person gewünschten Ablösungsprozesse, für die ein flexibles Angebot wohnbezogener Hilfen zur Verfügung steht.

Es gibt im Landkreis Ahrweiler im Vergleich zu anderen Regionen ein quantitativ sehr eingeschränktes Angebot an stationären Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Es ist aber daraus vor dem Hintergrund der eingangs skizzierten fachlichen Diskussion durchaus nicht zu folgern, dass deswegen im Kreis ein Bedarf zum Ausbau stationärer Plätze besteht. Zu fragen ist vielmehr, ob nicht durch den forcierten quantitativen und qualitativen Ausbau ambulanter Hilfen ein ausreichendes Angebot wohnbezogener Hilfen geschaffen werden kann, das eher zeitgemäßen Anforderungen entspricht. Antworten auf diese Fragen sollten in einem transparenten Planungsprozess gesucht werden.

Leitende Perspektive sollte dabei für alle Beteiligten die Zielvereinbarung zur Stärkung gemeindenaher Wohn- und Unterstützungsformen für behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz sein, die zwischen dem Sozialministerium, den kommunalen Spitzenverbänden, der LIGA der Freien Wohlfahrtsverbände und den Verbänden der Selbsthilfe ausgehandelt wurde.

Vor diesem Hintergrund kann festgestellt werden, dass der Bedarf an Hilfen für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung und für Werkstattspensionäre, für die die Lebenshilfe ein stationäres Angebot plant, in quantitativer Hinsicht zweifellos gegeben ist. In fachlicher Hinsicht kann jedoch bezweifelt werden, ob mit der von der Lebenshilfe in Blasweiler geplanten Einrichtung die Ziele der Selbstbestimmung und Integration erreicht werden können. In einem Dorf mit etwa 70 Einwohner/innen stellt eine Einrichtung mit 24 Plätzen eine große Einrichtung dar, die aufgrund ihrer Spezialisierung auf Wohnangebote für Menschen mit geistiger Behinderung als isolierte Sondereinrichtung wahrgenommen wird. Insbesondere Bewohner/innen mit schwerer und mehrfacher Behinderung sind aufgrund der Größe der Einrichtung und der fehlenden örtlichen Infrastruktur weitgehend auf die Gestaltung des sozialen Lebens innerhalb der Einrichtung angewiesen. Sie können die Einrichtung zur Teilnahme an den meisten Angeboten des öffentlichen Lebens und der psychosozialen Unterstützung nur mit Hilfe eines Fahrdienstes in Anspruch nehmen.

Durch das Engagement der Caritas-Werkstätten und der Lebenshilfe konnten in der Stadt Sinzig zwei ambulante Dienste aufgebaut werden, deren Angebot fachlich innovativ ist. Das Angebot ambulanter Hilfen für Menschen mit Behinderungen im Landkreis Ahrweiler ist dennoch in quantitativer und qualitativer Hinsicht unzureichend. Es wird ausschließlich von Standorten in der Stadt Sinzig aus angeboten und kann nur Hilfen für Personen anbieten, die in erster Linie von ihren Angehörigen unterstützt werden oder nur einen sehr geringen Hilfebedarf zum selbständigen Wohnen haben. Die bestehenden Dienste verbinden das Angebot der Hilfe in der Herkunftsfamilie mit der Unterstützung zum selbständigen Wohnen (Betreutes Wohnen, Wohnassistenz). Der parallele Aufbau von zwei ambulanten Diensten in unmittelbarer Nachbarschaft mit Fördermitteln der Aktion Mensch stellt sich aus einer auf den Kreis bezogenen planerischen Perspektive als äußerst unbefriedigend dar. Es wird deutlich,

dass es dringend notwendig ist, die Planungen der Träger besser aufeinander abzustimmen und die Steuerungsmöglichkeiten des Kreises zu verbessern.

Pflegedienste sind im Landkreis Ahrweiler dezentral verfügbar. Ihr Angebot ist allerdings sehr stark an der Pflegeversicherung und deren Leitbild des älteren pflegebedürftigen Menschen orientiert. Dadurch bleibt ein großes Potenzial zur gemeindenahen Erbringung von Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderungen ungenutzt. Generell lässt sich feststellen, dass die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste im Gegensatz zur Inanspruchnahme von Pflegeheimen im Landesdurchschnitt unterdurchschnittlich bleibt. Die Förderung von Beratungs- und Koordinierungsstellen und die Förderung von komplementären Angeboten bieten Chancen zur Berücksichtigung der Bedürfnisse jüngerer Menschen mit Pflegebedarf bei der Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur.

Der Übergang älterer Menschen mit Behinderungen wird sowohl in der Werkstatt für behinderte Menschen als auch in der Wohnereinrichtung der Lebenshilfe verstärkt zum Thema. Im Einzelfall werden Lösungen gesucht und es werden trägerbezogene Konzeptionen erarbeitet.

Das Persönliche Budget kann einen wesentlichen Impuls zur Stärkung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten und zur Flexibilisierung ambulanter Hilfen bieten. Es weist aber ebenso wie das Landesförderprogramm zum Betreuten Wohnen eine strukturelle Begrenzung zur Weiterentwicklung des Unterstützungsangebotes im Landkreis Ahrweiler auf. Beide Programme bleiben auf den stationären Bereich bezogen und verhalten sich komplementär zur weiterhin dominanten stationären Versorgungsstruktur. Im Betreuten Wohnen werden ‚Plätze‘ geschaffen mit einem Personalschlüssel, der nur für Personen mit einem geringen Hilfebedarf geeignet ist. Bei der Gewährung des Persönlichen Budgets setzt der Heimkostenvergleich voraus, dass ein entsprechendes Angebot verfügbar ist und im Bedarfsfall auch ein Heimplatz in Anspruch genommen wird. Für den Landkreis Ahrweiler ist es auch in finanzieller Hinsicht attraktiver ein bedarfsdeckendes ambulantes Angebot aufzubauen. Selbst wenn es im Einzelfall zu höheren Kosten für die ambulante Unterstützung kommt, kann durch ein ambulantes Unterstützungsnetzwerk eine effizientere, auf den Einzelfall bezogene Unterstützung erreicht werden als durch ein auf Standardisierung beruhendes stationäres Angebot.

Im Sinne des personenzentrierten, auf individueller Hilfeplanung beruhenden Ansatzes ist eine das stationäre Versorgungsmuster überwindende Herangehensweise notwendig. Vom Einzelfall ausgehend muss festgestellt werden, welche Hilfen notwendig sind und wie sie bezogen auf den Einzelfall erbracht werden können. Dabei stehen der Sozialleistungsträger und die Anbieter der Hilfen in einer gemeinsamen Verantwortung. Das im Landkreis Ahrweiler eingeführte Verfahren der Individuellen Hilfeplanung bietet dazu gute Ansatzpunkte.

Die Ausgangssituation eines in quantitativer Hinsicht unzureichenden Angebotes an wohnbezogenen Hilfen, der Notwendigkeit einer besser abgestimmten Planung und die Einführung des Persönlichen Budgets und der individuellen Hilfeplanung bietet allen beteiligten Akteur/inn/en die Chancen zur Entwicklung einer personenzentrierten Versorgungsstruktur.

Empfehlungen

Ziel: Aufbau eines dezentralen Unterstützungsangebotes

Maßnahmen:

- Im Landkreis Ahrweiler werden vier Versorgungsräume gebildet, die an den bestehenden Sozialräumen orientiert sind.
- In jedem dieser Versorgungsräume werden, möglichst anknüpfend an vorhandene Strukturen, Zentren für Unterstützungsangebote gebildet. Träger dieser Zentren können einzelne öffentliche, freigemeinnützige und private Träger oder ein Trägerverbund sein. Die Zentren übernehmen eine Versorgungsverantwortung in Bezug auf wohnbezogene Hilfen für alle Menschen mit geistiger, körperlicher oder Sinnesbehinderung auf der Grundlage einer Leistungsvereinbarung mit dem Kreis. Das Spektrum der Hilfen umfasst Hilfen in der Herkunftsfamilie, Hilfen zum selbständigen Wohnen, Hilfen im Bereich der Tagesstrukturierung und der Freizeit und ein Angebot der Beratung.

Ziel: Gewährung und Erbringung individueller Hilfen für Menschen mit Behinderungen

Maßnahmen:

- In jedem Einzelfall wird von dem Unterstützungszentrum auf der Grundlage des individuellen Hilfeplanes ein Vorschlag zur Organisation der Unterstützung gemacht. Nur in begründeten Ausnahmefällen soll dabei auf ein spezialisiertes Angebot außerhalb des Kreises verwiesen werden.
- In allen Versorgungsregionen besteht sowohl die Möglichkeit die Hilfe in der eigenen Wohnung als auch in einer überschaubaren Wohngemeinschaft, außerhalb von stationären Einrichtungen, in Anspruch zu nehmen.

Ziel: Entwicklung eines regionalen Unterstützungsangebots für ältere Menschen mit Behinderungen

Maßnahmen:

- Trägerübergreifende (Werkstatt für behinderte Menschen, Träger wohnbezogener Hilfen, Träger der Altenhilfe) konzeptionelle Planung zum Übergang von Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand.
- Auf der Grundlage der individuellen Hilfeplanung werden die Möglichkeiten des Angebotes insbesondere der offenen Altenhilfe in den Gemeinden überprüft, um Angebote zur Tagesstrukturierung zu entwickeln. Dies könnte beispielhaft in einer Gebietskörperschaft erprobt werden.
- Die Beteiligung von älteren Menschen mit Behinderungen kann über die individuelle Hilfeplanung hinaus angesichts des überschaubaren Personenkreises durch spezielle Veranstaltungen erfolgen, in der die Anforderungen an das Unterstützungsangebot formuliert werden.

Ziel: Herstellung von Transparenz und Verbindlichkeit bei der Weiterentwicklung des regionalen Unterstützungssystems

Maßnahmen:

- Im Sinne einer kontinuierlichen Beobachtung der Entwicklung der Hilfen wird regelmäßig ein Bericht zur quantitativen und qualitativen Entwicklung der wohnbezogenen Hilfen im Landkreis Ahrweiler erstellt.
- Leitend für die weitere Planung ist für alle Beteiligten die Zielvereinbarung ‚Wohnen‘ zur Stärkung gemeindenaher Wohn- und Unterstützungsformen für behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz.

5.5 Unterstützung im Bereich von Arbeit und Beschäftigung

Erwerbsarbeit spielt in unserer Gesellschaft trotz oder gerade wegen einer anhaltend hohen Arbeitslosigkeit eine zentrale Rolle. Sie ist der Schlüssel zu einer eigenständigen Existenzsicherung und wirkt sich auch auf die Chancen in anderen Lebensbereichen aus.

Eine Behinderung im Lebenslauf erschwert die Teilnahme am Erwerbsleben. Häufig ist es nur mit großer Mühe und Anstrengung möglich, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung erreichte berufliche Position aufrecht zu erhalten. Nicht selten folgt einer Behinderung der berufliche Abstieg oder das dauerhafte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Dabei sind nicht nur erhebliche materielle Einbußen hinzunehmen, auch die Rolle in anderen sozialen Beziehungen und das bisherige Selbstbild wird in Frage gestellt. Menschen mit Behinderungen sind überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen und damit auch von der damit einhergehenden sozialen Benachteiligung. Ihre Arbeitslosenquote liegt seit Jahren um nahezu 100% über der allgemeinen Arbeitslosenquote.⁷⁸ Die Problematik der Benachteiligung am Arbeitsmarkt stellt sich auch für Familien mit behinderten Angehörigen. Der höhere und dauerhafte Bedarf an Unterstützung und Förderung behinderter Kinder, der ganz überwiegend von Familien, insbesondere Müttern, geleistet wird, stellt häufig die eigene Lebensplanung in Bezug auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Frage. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die finanzielle Situation von Familien mit behinderten Kindern und auf die Rolle und das Selbstbild der einzelnen Familienmitglieder und ihren Beziehungen untereinander.

Der Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen in der Phase des Berufseinstieges wirkt das Schwerbehindertenrecht nur unzureichend entgegen. Das Schwerbehindertenrecht schützt vergleichsweise wirksam Personen, die vor dem Eintritt der Behinderung in einer sicheren beruflichen Position gestanden haben und deren Behinderung den Verbleib in dem bisherigen Betrieb erlaubt. Trotz zahlreicher Fördermaßnahmen, die insbesondere durch die Arbeitsagentur und das Integrationsamt finanziert und koordiniert werden, gelingt es dagegen nur schwer, Menschen mit Behinderungen neu in den Arbeitsmarkt zu vermitteln. Im Bewerbungsverfahren muss die Schwerbehinderteneigenschaft angegeben werden. Vorurteile über die Leistungsfähigkeit Schwerbehinderter und Schutzvorschriften des Schwerbehindertenrechtes führen dazu, dass Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur schwer vermittelbar sind. Private und öffentliche Arbeitgeber nutzen in erheblichem Maße die Möglichkeit, sich von ihrer Beschäftigungspflicht für schwerbehinderte Menschen durch die Zahlung einer Ausgleichsabgabe freizukaufen.

Menschen mit geistiger Behinderung besuchen in der Regel vor dem Eintritt in das Berufsleben die Schule mit Förderschwerpunkt ganzheitliche Entwicklung für Menschen mit geistiger Behinderung. In der Werkstufenklasse wird ein 14-tägiges Praktikum in der Caritas Werkstatt durchgeführt. In Einzelfällen absolvieren Schüler/innen auch ein Praktikum in kleineren Betrieben der Umgebung. Diese Praktika müssen aber von den Eltern selbst organisiert werden. Die Schule sieht ihre Aufgabe im Zusammenhang der Berufsvorbereitung in erster Linie als Aufgabe der Überleitung in die WfbM.

Die Begleitung des Überganges in den Beruf und die Förderung der Erwerbstätigkeit Schwerbehinderter gehört zu den originären Aufgaben der Arbeitsagentur. Das Reha-Team der Arbeitsagentur Mayen begleitet jeden Übergang von Schüler/inne/n mit Behinderungen in die

78 Zur Beschäftigungssituation vgl. den Jahresbericht der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2003/2004, der als Download unter www.integrationsaemter.de zur Verfügung steht.

Ausbildung und den Beruf. Bei dem Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung erfolgt annähernd vollständig der Übergang in die WfbM. Nur in einzelnen Fällen erfolgt die Vermittlung in betriebliche und überbetriebliche Förderlehrgänge. Die Chancen der Abgänger/innen von Schulen für Körperbehinderte sehen aufgrund eines differenzierten Förderinstrumentariums besser aus. Aufgrund der kleinbetrieblichen Struktur des produzierenden Gewerbes im Arbeitsagenturbezirk Mayen wird allerdings häufig eine Verwaltungsausbildung bevorzugt. Sinnesbehinderte werden sehr häufig in wohnortfernen Ausbildungszentren ausgebildet, haben aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine realistische Chance

Die Förderung der Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ist auch Aufgabe des Integrationsamtes. Dazu stehen die Mittel aus der so genannten Ausgleichsabgabe zur Verfügung, die Arbeitgeber bezahlen müssen, wenn sie ihrer Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter nicht nachkommen. Das Integrationsamt berät Arbeitgeber und Schwerbehinderte und stellt finanzielle Mittel zur Verfügung, um behinderungsbedingte Probleme am Arbeitsplatz auszugleichen. Das für den Landkreis Ahrweiler zuständige Integrationsamt ist beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung in Koblenz angesiedelt. Der Fachdienst für begleitende Hilfen im Arbeitsleben (Psycho-Sozialer Dienst PSD) ist bei dem Verein ‚Gemeindenaher Psychiatrie Mittelrhein‘ angesiedelt, der eine Dienststelle in Bad Neuenahr-Ahrweiler unterhält.

5.5.1 Aktionsprogramm zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen

Der starke Rückgang der Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen in den 90er Jahren hat zur Intensivierung der Beschäftigungspolitik zugunsten von Menschen mit Behinderungen geführt. Die Bundesregierung hat in der letzten Legislaturperiode ein Aktionsprogramm zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen aufgelegt. Ziel des Programms war es, im Zeitraum von Oktober 1999 bis Oktober 2002 die Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter um 25% zu senken. Das Ziel wurde in quantitativer Hinsicht knapp verfehlt. Die Quote konnte nur um 24% gesenkt werden. Im Zusammenhang der Förderung der Beschäftigungsmöglichkeiten behinderter Menschen wurden zahlreiche gesetzliche Regelungen verändert.⁷⁹

1. Die Pflichtquote zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen wurde von sechs auf fünf Prozent gesenkt. Durch eine gleichzeitige Staffelung der Ausgleichsabgabe nach der Anzahl der unbesetzten Pflichtplätze soll ein Anreiz für Arbeitgeber geschaffen werden, schwerbehinderte Menschen einzustellen.
2. Durch das neue Schwerbehindertenrecht wurden die betrieblichen Schwerbehindertenvertretungen gestärkt. Nach § 83 SGB IX treffen die Arbeitgeber mit der Schwerbehindertenvertretung eine verbindliche Integrationsvereinbarung. Nach § 83 Abs. 2 enthält die Vereinbarung „Regelungen im Zusammenhang mit der Eingliederung schwerbehinderter Menschen, insbesondere zur Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Gestaltung des Arbeitsumfelds,

⁷⁹ Im Oktober 2000 trat das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter in Kraft, das zu einer Erweiterung und Flexibilisierung der Instrumente zur aktiven Arbeitsmarktpolitik beitragen sollte. Die Regelungen wurden 2001 vollständig in das neue Rehabilitationsgesetz (SGB IX) übernommen. Aktuell (April 2004) beschlossen wurde das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen mit der die Beschäftigungsquote auch über den 31.12.2003 bei 5 Prozent bleibt und nicht nach dem im SGB IX vorgesehenen Verfahren erhöht wird.

Arbeitsorganisation, Arbeitszeit sowie Regelungen über die Durchführung in den Betrieben und Dienststellen. Bei der Personalplanung werden besondere Regelungen zur Beschäftigung eines angemessenen Anteils von schwerbehinderten Frauen vorgesehen.“ Der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung bietet im Internet eine Arbeitshilfe zur Umsetzung des SGB IX und stellt in diesem Zusammenhang auch Mustervorlagen für Integrationsvereinbarungen zur Verfügung (www.behindertenbeauftragter.de). Im Landkreis Ahrweiler sind nach den Informationen des Integrationsamtes keine diesbezüglichen Aktivitäten bekannt.

3. Flächendeckend wurden Integrationsfachdienste (IFD) zur Unterstützung von schwerbehinderten Arbeitssuchenden geschaffen. Damit wurde eine Schnittstelle zwischen Vermittlung, Beratung und Begleitung geschaffen, die durch die aktuelle Gesetzgebung noch ausgebaut wird. Mit der gesetzlichen Verankerung der IFD wurde auch festgelegt, dass die Dienste in erster Linie nach Beauftragung zur Vermittlung einer bestimmten Person durch die Rehabilitationsträger tätig werden. Im Vordergrund steht daher die erfolgreiche Vermittlung und nicht mehr eine umfassende Beratung und Betreuung bei der Aufnahme einer Beschäftigung.

4. Durch die Änderung des Schwerbehindertenrechtes wurden die Möglichkeiten der Unterstützung im Bereich der Beschäftigung flexibilisiert. Arbeitnehmer/innen, die zur Erfüllung der beruflichen Aufgaben auf Unterstützung angewiesen sind, können nach § 102 Abs. 4 SGB IX Arbeitsassistenten in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass die schwerbehinderten Menschen selbst über die am Arbeitsplatz geforderte fachliche Qualifikation verfügen. Auftraggeber der Arbeitsassistenten ist der schwerbehinderte Mensch selbst. Er beschäftigt die Assistentenkraft selbst (Arbeitgebermodell) oder vereinbart mit einem Dritten (z.B. einem ambulanten Hilfsdienst) das Erbringen entsprechender Hilfen (Dienstleistungsmodell). Die Leistung wird als Geldleistung erbracht, deren Höhe sich nach den individuellen Bedürfnissen im Einzelfall richtet. Im Regelfall sind abhängig vom täglichen Unterstützungsbedarf zwischen 250 und 1.000 Euro monatlich möglich. Nach Auskunft des Integrationsamtes wird dieses Instrument der Arbeitsförderung im Landkreis Ahrweiler nur sehr zögerlich in Anspruch genommen.

5. In §§ 132f SGB IX wurde die Förderung von Integrationsprojekten verankert. Dabei handelt es sich um „rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen (Integrationsunternehmen) oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilungen) zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art oder Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt“ (§ 132).

Solche Integrationsprojekte sind bereits an vielen Orten entstanden.⁸⁰ Auch der Träger der Werkstatt für behinderte Menschen hat die Einrichtung eines Integrationsbetriebes an dem Standort Cochem bereits realisiert und plant ein entsprechendes Angebot auch für den Landkreis Ahrweiler. Zielgruppe sind allerdings in erster Linie Menschen mit psychischen Erkran-

80 Dem Jahresbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2003/2004 zufolge gab es 2003 bundesweit 365 Integrationsprojekte mit 8.957 Beschäftigten. In Rheinland-Pfalz gab es im Jahre 2003 insgesamt 20 Integrationsprojekte mit 815 Beschäftigten (Download unter www.integrationsaemter.de)

kungen. Auch für Menschen mit geistiger Behinderung bieten Integrationsprojekte eine Alternative zur Beschäftigung in der WfbM.

5.5.2 Arbeit in der Werkstatt für behinderte Menschen

Menschen mit geistiger Behinderung im Landkreis Ahrweiler sind überwiegend in der Caritas-Werkstatt St. Elisabeth in Sinzig beschäftigt. Die Werkstatt ist konzipiert für 120 behinderte Mitarbeiter/innen, wird allerdings zum Stand Mai 2005 von 184 Mitarbeiter/innen besucht. 24 Menschen mit Behinderungen besuchen die Werkstatt für behinderte Menschen in Mayen und weitere 13 besuchen Werkstätten in anderen angrenzenden Gebietskörperschaften. Die Tätigkeit in der Werkstatt gliedert sich in das Eingangsverfahren, den Berufsbildungsbereich und den Arbeitsbereich. Das Eingangsverfahren dient der Feststellung, ob die Werkstatt für behinderte Menschen tatsächlich die geeignete Maßnahme für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist. Das Verfahren wird begleitet von dem Fachausschuss, der sich aus Vertreter/innen der Werkstatt, der Bundesagentur für Arbeit und des örtlichen und überörtlichen Trägers der Sozialhilfe zusammensetzt. Der Ausschuss gibt zum Abschluss des Eingangsverfahrens in Würdigung aller Umstände des Einzelfalls eine Stellungnahme zur Beschäftigung in der WfbM ab. Nach § 40 SGB IX werden Leistungen im Berufsbildungsbereich erbracht, „um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und [wenn] erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung [...] zu erbringen“. Die Tätigkeit im Berufsbildungsbereich wird nach maximal zwei Jahren abgeschlossen. Wenn eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich ist, erfolgt der Übergang in den auf Dauer angelegten Arbeitsbereich. Die Leistungen im Eingangs- und Berufsbildungsbereich werden in der Regel von der Bundesagentur für Arbeit, die Leistungen im Arbeitsbereich in der Regel von den Trägern der Sozialhilfe finanziert.

Die Tätigkeit in der Werkstatt begründet kein reguläres Beschäftigungsverhältnis, sie erschließt jedoch den Zugang zu den sozialen Sicherungssystemen, insbesondere zur Alterssicherung. Im Vordergrund stehen die individuelle Förderung der Persönlichkeit und die Ausübung einer Tätigkeit im geschützten Rahmen. Die Werkstatt bietet Beschäftigungsmöglichkeiten in den Bereichen Garten- und Landschaftsbau, Holzbearbeitung, Küche, Mailings, Montage und Verpackung und der Wäscherei. Neben der Arbeit bestehen Angebote im Bereich der Freizeitgestaltung, der sportlichen Betätigung und der Bildungsarbeit. Für die Hilfeplanung, Beratung und Betreuung der Beschäftigten in der Werkstatt steht der begleitende Fachdienst mit zwei Mitarbeiter/innen zur Verfügung. Die Mitarbeiter/innen der Werkstatt werden von einem eigens eingerichteten Fahrdienst aus dem Kreisgebiet abgeholt.

Für die Werkstatt stellt sich die räumliche Enge aufgrund der Überbelegung der Plätze als problematisch dar. Die Werkstatt wird gemeinsam besucht von Menschen mit seelischen (44 Personen - Stand Mai 2005) und geistigen Behinderungen. Die Planungen sehen vor, für Menschen mit seelischer Behinderung ein eigenständiges Angebot am gleichen Ort in gleicher Trägerschaft vorzuhalten. Zugleich wird die Zunahme von Mitarbeiter/innen mit Verhaltensauffälligkeiten beobachtet, für die die Werkstatt für behinderte Menschen keine geeignete Förderung bieten kann.

Die Caritas-Werkstätten sind an einem Modellprojekt ‚Innovative Integrationsmodelle zur Eingliederung von WfbM Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt‘ (kurz AIM - ar-

beitsweltbezogene Integrationsmodelle) beteiligt. Im Zusammenhang mit diesem Modellprojekt ist eine Mitarbeiter/in für die Caritas-Werkstätten an vier Standorten beschäftigt. Sie unterstützt die behinderten Mitarbeiter/innen bei der Absolvierung von Praktika, bei der Beschäftigung auf ausgelagerten Arbeitsplätzen, bei Qualifizierungsmaßnahmen und bei der Suche nach Arbeitsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine direkte Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist bisher nicht gelungen. Erfolgreicher sind interne Qualifizierungsmaßnahmen und die Erschließung von ausgelagerten Arbeitsmöglichkeiten. Im Juni 2004 wurde in der Werkstatt eine Außenstelle der KFZ-Zulassungsstelle des Kreises Ahrweiler eröffnet. Dies bietet die Möglichkeit zu neuen Beschäftigungsmöglichkeiten (Schilderdienst und Verkauf von Getränken) und fördert eine stärkere Verankerung der Werkstatt sowie eine Anerkennung ihrer Mitarbeiter/innen in der Stadt Sinzig.

In Nachbarschaft zu der Werkstatt befindet sich die 1998 eröffnete Tagesförderstätte (TaF) der Caritas-Werkstätten. Sie ist ausgelegt auf 32 Plätze und wurde zum Zeitpunkt der Erhebung von 24 Menschen besucht, die in drei Gruppen betreut werden. Es handelt sich um ein Angebot für Menschen mit Behinderungen, die vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Werkstatt beschäftigt werden können. Im Vordergrund steht hier nicht die Arbeitstätigkeit, sondern die individuelle Förderung und Tagesstrukturierung. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen werden pädagogische, pflegerische und therapeutische Hilfen erbracht. Der Integration der Tagesförderstätte in das Gesamtgefüge der Werkstatt wird dabei eine hohe Bedeutung zugemessen. In der Konzeption wird die Tagesförderstätte als Weiterentwicklung des Angebotes der Werkstatt verstanden, durch das das Betreuungs- und Förderangebot für Menschen mit schweren Behinderungen weiter differenziert werden kann.⁸¹ Mit dem Angebot der Tagesförderstätte steht auch Menschen mit schwersten Behinderungen ein Angebot zur Tagesstrukturierung außerhalb des häuslichen Umfeldes oder einer vollstationären Betreuung zur Verfügung.

Die fehlenden Alternativen und das umfassende Angebot machen die WfbM für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung im Landkreis Ahrweiler zum zentralen Bezugspunkt der Strukturierung ihres Alltages. Während man in der Gesamtgesellschaft einen grundlegenden Wandel der Möglichkeiten und der Einstellungen zur Erwerbsarbeit feststellen kann, ist die WfbM ein fester und dauerhafter Bezugspunkt des Alltages von Menschen mit geistiger Behinderung. Austritte aus der Werkstatt für behinderte Menschen sind selten und werden von den Beschäftigten nach einer langen Beschäftigungsdauer auch nur selten angestrebt. Von den meisten beteiligten Akteur/inn/en wird der Bereich als geregelt und nicht veränderungsbedürftig angesehen.

81 Über das Angebot und die Konzeption informiert eine Broschüre, die anlässlich der Eröffnung erstellt wurde und im Internet auf den Seiten der Caritas-Werkstätten (www.caritas-werkstaetten.de) als Download zur Verfügung steht.

Bedarfsüberlegungen für den Landkreis Ahrweiler

Der Bedarf an Fördermaßnahmen zugunsten der Beschäftigung von Schwerbehinderten und auch der Bedarf an Beschäftigungsmöglichkeiten in Werkstätten für behinderte Menschen hängt eng zusammen mit der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Die Zuschreibung einer Behinderung wird auch beeinflusst von der Einschätzung der konkreten Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Die Aufgaben der Beschäftigungsförderung für Menschen mit körperlichen Behinderungen und mit Sinnesbehinderungen fallen weitgehend in die Zuständigkeit der Arbeitsagentur Mayen und des Integrationsamtes Koblenz.

Die Zuständigkeit für die dauerhafte Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen liegt beim Sozialhilfeträger. Die Bundesregierung hat eine ‚Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen‘ in Auftrag gegeben, die bezogen auf die Daten zum Ende des Jahres 2001 erstellt wurde⁸² und aufgrund der Beteiligung von 95,2% der Werkstätten (Rheinland-Pfalz 90,9%) als repräsentativ gelten darf. Sie eignet sich daher auch für die Einschätzung der Situation und der Entwicklung im Landkreis Ahrweiler.

Die Zahl der Werkstattbeschäftigten ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Waren Ende 1994 bundesweit 158.520 Menschen mit Behinderungen in einer WfbM beschäftigt, so sind es Ende 2001 insgesamt 215.382. Dies entspricht einer Steigerung von 35,9% in sieben Jahren.

Die bundesweit und in Rheinland-Pfalz nach der Bestands- und Bedarfserhebung Ende 2001 zur Verfügung stehenden Plätze in Werkstätten für behinderte Menschen und in Tagesförderstätten geben Anhaltspunkte für den Bedarf im Landkreis Ahrweiler. Dabei ist allerdings zu beachten, dass es sich um einen Bedarf für Bürger/innen aus dem Landkreis Ahrweiler handelt. So ist beispielsweise der Bedarf an Plätzen im Landkreis Ahrweiler niedriger, solange viele Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen außerhalb des Kreisgebietes leben und dort auch tagesstrukturierende Angebote in Anspruch nehmen.

Tabelle 14: Menschen mit Behinderungen in Werkstätten nach der Bestandserhebung Ende 2001

	Bundesweit (pro 1.000 Einw. zw. 18 und 65 J.)	Rheinland-Pfalz (pro 1.000 Einw. zw. 18 und 65 J.)	Berechnet auf den Landkreis Ahrweiler ⁸³
Plätze in WfbM	3,96	4,35	316 bzw. 347 Pers.
Plätze in Tagesförderstätten	0,23	0,32	18 bzw. 26 Pers.
Plätze für Menschen mit geistiger Beh. in WfbM	3,19	3,06	255 bzw. 244
Plätze für Menschen mit körperlicher Beh.	0,17	0,32	13 bzw. 26

82 ‚Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen‘, erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung von con-sens Hamburg (Stand: 7. Januar 2003). Das Dokument steht als Download unter www.consens-info.de zur Verfügung.

83 Bezogen auf die Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren zum 31.12.2001:

Bezüglich der Altersstruktur wird in der Bestandserhebung festgestellt, dass der Altersaufbau der Werkstattbeschäftigten von dem der Gesamtbevölkerung insbesondere bei den älteren Beschäftigten stark abweicht. In den Altersgruppen bis 50 Jahren liegt der Anteil zwischen 4,06 und 4,74 Promille der Bevölkerung, in der Gruppe der 50 bis 60-jährigen bei 2,14 Promille, bei den Beschäftigten über 60 Jahren bei 1,01 Promille. Aufgrund der Normalisierung des Altersaufbaus ist daher insbesondere von einem Anwachsen der Gruppe älterer Beschäftigter auszugehen. Das verstärkte Ausscheiden von Werkstattmitarbeiter/innen aufgrund des Erreichens der Altersgrenze wird auch in den Sozialberichten der Caritas-Werkstätten als ein relativ neues Thema angesprochen. In den nächsten Jahren ist von einem Anwachsen der Gruppe der ‚Werkstattrentner/innen‘ auszugehen.

Hinsichtlich der Wohnsituation wird festgestellt, dass etwas mehr als die Hälfte der Werkstattmitarbeiter/innen (D: 52,49%; RLP: 52,96%) bei Familienangehörigen oder ohne fremde Hilfe in ihrer eigenen Wohnung leben, etwa 5% (D: 5,31%; RLP: 4,84%) in betreuten Wohnformen und etwa 42% in Wohneinrichtungen (D: 42,19%; RLP: 42,2%).

Für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung gilt, dass über die Hälfte (55%) der behinderten Werkstattbeschäftigten unmittelbar von der Schule in die WfbM wechseln, und weitere 11% aus Tageförderstätten oder anderen Fördermaßnahmen.

In der Studie wird auf der Grundlagen der Angaben der Werkstätten, der Prognose der Bevölkerungsentwicklung, der Prognose geistig behinderter Schulabgänger und der erwarteten Übertritte in den Ruhestand eine Prognose für den Bedarf an Werkstattplätzen vorgenommen. Für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung ergibt sich daraus ein sich abschwächender Anstieg des Bedarfs an neuen Plätzen bis 2009 und danach ein Rückgang des Platzbedarfes.

Im Landkreis Ahrweiler stehen 120 Plätze in den Caritas-Werkstätten zur Verfügung, die zur Zeit von 184 Menschen mit Behinderungen belegt werden. In ihrer Entwicklungsplanung geht die Caritas-Werkstatt davon aus, dass im Jahre 2010 am Standort Sinzig 180 Plätze zur Verfügung stehen sollen.⁸⁴ 24 Menschen mit Behinderungen aus dem Kreis Ahrweiler arbeiten aus Gründen der besseren Erreichbarkeit in der Werkstatt in der Stadt Mayen, weitere 13 Personen in anderen Werkstätten in angrenzenden Gebietskörperschaften. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Zielsetzung einer stärkeren Regionalisierung wohnbezogener Hilfen ist von einem zusätzlichen Bedarf an Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen auszugehen. Es besteht allerdings die Chance, den Mehrbedarf nicht nur durch die Schaffung neuer Arbeitsplätze für behinderte Menschen in der Werkstatt, sondern auch durch Außenarbeitsplätze, Integrationsbetriebe und Arbeitsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu schaffen.

Vor dem Hintergrund der großen Gruppe von Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen außerhalb des Kreisgebietes leben, erklärt sich auch der überdurchschnittliche Anteil der Beschäftigten in der Caritas-Werkstatt in Sinzig, die noch in ihrer Herkunftsfamilie leben.

84 vgl.: Die Zukunft planen mit Strategie. Journal der Caritas-Werkstätten Winter 2004/2005, S. 6ff (als Download im Internet unter www.caritas-werkstaetten.de).

Einschätzung

Die Arbeitsmarktchancen für Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen im Landkreis Ahrweiler sind angesichts der allgemeinen Arbeitsmarktlage als schlecht zu bezeichnen.

Die Möglichkeiten des Kreises zur Verbesserung der Beschäftigungssituation von Menschen mit Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt sind begrenzt. Die in erster Linie zuständigen öffentlichen Stellen sind die Arbeitsagentur und das Integrationsamt.

Die Nutzung der beschäftigungspolitischen Instrumente des neuen Rehabilitationsrechtes (Integrationsvereinbarungen, Integrationsfachdienste, Integrationsprojekte) für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung erfolgt eher zögerlich. Angesichts der allgemeinen Situation am Arbeitsmarkt tritt das Ziel der Integration in den ersten Arbeitsmarkt hinter das Ziel der Förderung und Tagesstrukturierung im Rahmen der Werkstatt für behinderte Menschen zurück.

Das Angebot der Caritas-Werkstätten in Sinzig bietet Menschen mit einer geistigen Behinderung Beschäftigungsmöglichkeiten und nutzt die Möglichkeiten zur Ausdifferenzierung des Arbeitsangebotes und zur Verbesserung der Integration innerhalb der Werkstatt und der Tagesförderstätte. Die bisherigen Bemühungen zur Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt haben sich als wenig erfolgreich erwiesen. Eine systematische Reflexion der dafür ursächlichen Gründe ist wichtig. In quantitativer Hinsicht ist das Angebot an Beschäftigung für Menschen mit geistiger Behinderung bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt unzureichend. Mit einer stärkeren Regionalisierung auch der stationären Hilfen ist ein wachsender Bedarf an Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung absehbar.

Empfehlungen

Ziel: Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen

Maßnahmen:

- Die arbeitsmarktpolitisch verantwortlichen Akteure zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen (Integrationsamt, Arbeitsagentur, Handwerkskammer, Industrie- und Handelskammer, Sozialhilfeträger, Träger der WfbM, Integrationsfachdienst u.a.) bilden eine auf den Landkreis Ahrweiler bezogenen Arbeitsgruppe, um
 - durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen möglichst viele Arbeitgeber zur Beschäftigung von Schwerbehinderten zu gewinnen und insbesondere für die Nutzung der neuen arbeitsmarktpolitischen Instrumente zur Verbesserung der Beschäftigung Schwerbehinderter (Arbeitsassistenz, Abschluss von Integrationsvereinbarungen, Integrationsprojekte) zu werben.
 - die Abschlüsse von Integrationsvereinbarungen zu initiieren. Die in der Arbeitsgruppe vertretenen Organisationen können als Arbeitgeber bei der Erarbeitung von Zielvereinbarungen eine Vorbildfunktion übernehmen. Dabei sollten auch die Beschäftigungsmöglichkeiten von Personen, die aufgrund ihrer Behinderung langfristig aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt werden, in den Blick genommen werden.

- mit Vorrang auch für Menschen mit geistiger Behinderung Beschäftigungsmöglichkeiten (z.B. in Integrationsprojekten) außerhalb der WfbM zu schaffen. Auf diese Weise soll erreicht werden, dass die erwartete Steigerung des Bedarfes an Arbeitsplätzen für Menschen mit geistiger Behinderung in der WfbM durch andere Arbeitsgelegenheiten aufgefangen werden kann.

5.6 Beratung

Beratungsleistungen nehmen im Netzwerk der Hilfen einen zentralen Stellenwert ein. Der Eintritt einer Behinderung stellt ein einschneidendes Lebensereignis im Lebenslauf der behinderten Person und des sie umgebenden sozialen Netzwerkes dar. Das Leben mit einer Behinderung erfordert den Umgang mit zahlreichen Schwierigkeiten, Benachteiligungen im Alltag und emotionalen Belastungen. Ein professioneller Beratungsbedarf ergibt sich daraus, dass für die Bearbeitung der sich aus der Behinderung ergebenden Problemstellung den Betroffenen ein Zugang zum professionellen Unterstützungssystem vermittelt werden muss.

Die damit verbundene und häufig beklagte Zersplitterung der Zuständigkeiten findet sich auch in der Struktur der Beratungslandschaft wieder. Menschen mit Behinderungen haben gesetzlich verankerte Rechte, die den Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile betreffen und ihre medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation regeln. Trotz der Bemühungen zur Koordination der beteiligten Sozialleistungsträger im SGB IX ist es für Betroffene unmöglich, einen Überblick über das gesamte Leistungsspektrum zu gewinnen. Es darf auch bezweifelt werden, dass dies für Expert/inn/en anders ist. Die Unübersichtlichkeit der Beratungslandschaft wird von vielen Akteuren und Betroffenen beklagt.

Beratung kann zum einen als spezielle fachliche Dienstleistung verstanden werden, die zu festen Zeiten in einer Beratungsstelle erbracht wird. Zum anderen geschieht Beratung häufig auch als integraler Bestandteil der Antragsbearbeitung oder Dienstleistungserbringung.

Zur Systematisierung des spezialisierten Beratungsangebotes können drei Beratungsbereiche unterschieden werden:

- Begleitende Beratung: z.B. Bewältigung von Krisen, Gestaltung von Übergängen und individuelle Zukunftsplanung;
- Beratung im sozialrechtlichen Bereich: Sozialrechtliche Ansprüche, Zuständigkeiten und Finanzierung von Leistungen, Beschaffung von Hilfsmitteln, Informationen zum vorhandenen Angebot und
- Beratung über die Zugänglichkeit der öffentlichen Infrastruktur und zur barrierefreien Gestaltung öffentlicher Einrichtungen.

Einen zentralen Beitrag zur Beratung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen leisten Selbsthilfegruppen, in denen der Austausch von Menschen in vergleichbaren Lebenslagen im Vordergrund steht. In unserer Gesellschaft ist es nicht selbstverständlich, dass eine psychische Krise, eine chronische Krankheit oder eine Behinderung durch das private soziale Netzwerk, also durch Familienangehörige, Freunde/Freundinnen, Nachbar/inne/n usw. dauerhaft ‚aufgefangen‘ werden kann. So betrachtet, übernehmen Selbsthilfegruppen oft Aufgaben und Funktionen, mit denen die privaten Lebenskreise der Betroffenen überfordert sind. Durch ihren Charakter als Organisationen bilden sie zugleich eine Schnittstelle zum professionellen System und sind in dieser Doppelrolle ein unverzichtbarer Bestandteil des Hilfesystems. Die Doppelrolle von Selbsthilfegruppen wird beispielsweise deutlich in der Arbeit der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen. Die Lebenshilfe versteht sich als Selbsthilfegruppe von Eltern mit geistig behinderten Kindern und zunehmend auch als Selbsthilfeangebot für Menschen mit Behinderung selbst. Zugleich betreibt die Lebenshilfe als Träger professionelle Einrichtungen.

Auch das Angebot des Sozialverband VdK zeichnet sich durch die Koppelung eines professionellen Beratungsangebotes in sozialrechtlichen Angelegenheiten mit den Aufgaben einer Selbsthilfegruppe aus.

Die professionelle Beratung zur Begleitung im Lebenslauf weist Schnittstellen zum Bereich der Individuellen Hilfeplanung aus, wenn es um die Gestaltung von Übergängen und die individuelle Hilfeplanung geht. Die damit zusammenhängenden Fragen spielen im Hilfeprozess selbstverständlich immer eine zentrale Rolle. In dem hier entwickelten Planungsverständnis ist es jedoch wichtig, die Kompetenzen in diesem Bereich in der Stelle zur individuellen Hilfeplanung zu bündeln. Im Sinne der Kooperation im Netzwerk der Hilfen ist es erforderlich, dass alle Akteure im Hilfesystem auf diese Stellen verweisen und keine konkurrente Doppel- oder Parallelstruktur entsteht.

Die Beratung bei der Bewältigung von Krisen macht schwierige Abgrenzungsprobleme im Unterstützungssystem deutlich. Vor dem Hintergrund der oftmals hohen psychischen Belastung von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen sind alle Mitarbeiter/innen, die im häuslichen Bereich oder in Einrichtungen eingesetzt sind, mit Fragen der Bewältigung von individuellen Krisen und häufig auch mit problematischen Verhaltensweisen konfrontiert. Je dezentraler Unterstützungsleistungen erbracht werden, umso anspruchsvoller wird die Aufgabe, die dazu notwendigen Kompetenzen und Qualifikationen im Einzelfall zu erschließen. In großen stationären Einrichtungen wurde und wird die Funktion der Krisenbewältigung und -intervention ausdifferenziert und spezialisiert wahrgenommen. Dies hat dazu geführt, dass Menschen mit geistiger Behinderung als Zielgruppe der ambulanten und stationären Regelversorgung in psychischen Krisensituationen nicht ausreichend wahrgenommen wurden. Eine solche Spezialisierung ist bereits in kleineren Wohneinrichtungen und erst recht im ambulanten Bereich nicht möglich und im Sinne der Normalisierung auch nicht anzustreben. Den Nutzer/innen der Angebote müssen Zugänge zum Angebot der ambulanten und stationären psychosozialen Versorgungsstruktur vermittelt werden. Dazu müssen die Mitarbeiter/innen der Dienste und Einrichtungen einerseits Situationen, die von ihnen nicht mehr sinnvoll ohne weitere spezialisierte Unterstützung bearbeitet werden können, erkennen und sie müssen andererseits über die Strukturen und Funktionsweisen des örtlichen Hilfesystems gut informiert sein.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist es nicht sinnvoll, ein begleitendes Beratungsangebot als spezialisiertes, professionelles Angebot im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderung zu entwickeln. Die begleitende Beratung ist integraler Bestandteil jeder professionellen Hilfe. Handelt es sich um Fragen, die sich auf die Gestaltung von Hilfearrangements beziehen, sollte die Beratung von der zuständigen Stelle für die individuelle Hilfeplanung übernommen werden. Die professionelle Beratung in Krisensituationen sollte durch das System der psychiatrischen Versorgung erfolgen.

Den wohl umfassendsten Auftrag zur sozialrechtlichen Beratung haben die Servicestellen für Rehabilitation, die auf der Grundlage des SGB IX geschaffen wurden. Die Rehabilitationsträger in Rheinland-Pfalz haben bisher 36 Servicestellen für Rehabilitation an 20 Standorten in Rheinland-Pfalz eingerichtet. Darüber hinaus stehen in den Berufsförderungswerken Birkenfeld und Vallendar zwei Kontaktstellen als Anlaufstellen in Sachen Rehabilitation zur Verfü-

gung.⁸⁵ Die für den Landkreis Ahrweiler zuständige Servicestelle wurde bei der Landesversicherungsanstalt Andernach eingerichtet. Die Aufgaben werden in § 22 SGB IX genannt:

„...Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere,

1. über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren,
2. bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,
3. zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten,
4. bei einem Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert, den zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren,
5. die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann,
6. bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen unterstützend zu begleiten,
7. bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken und
8. zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln.
9. Die Beratung umfasst unter Beteiligung der Integrationsämter auch die Klärung eines Hilfebedarfs nach Teil 2 dieses Buches. Die Pflegekassen werden bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen beteiligt. Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen werden mit Einverständnis der behinderten Menschen an der Beratung beteiligt.“

Für die Arbeit der Servicestellen wurde in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im April 2001 eine Rahmenempfehlung mit Durchführungshinweise verabschiedet.⁸⁶ Eine vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung in Auftrag gegebene Studie aus dem Jahre 2004 [kommt zu dem Ergebnis, dass über 50% der Servicestellen einen niedrigen oder sehr niedrigen Entwicklungsstand aufweisen. Das bedeutet, dass Leistungen der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung selten oder nie erbracht werden und Aufgaben der Begleitung und Koordination nur in Ausnahmen übernommen werden (S. 160). Die Servicestellen werden von Betroffenen nur selten in Anspruch genommen (S.161ff), was nicht zuletzt an einer sehr zurückhaltenden Öffentlichkeitsarbeit liegt (165ff).

Die Servicestelle in Andernach hat sich weder selbst an der schriftlichen Befragung zur Teilhabeplanung im Landkreis Ahrweiler beteiligt, noch wurde sie von anderen Akteur/inn/en als

85 Über die Adressen informiert eine entsprechende Broschüre der Landesversicherungsanstalt und das Internetangebot der LVA unter www.lva-rheinland-pfalz.de.

86 vgl. die Downloads auf den Seiten der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation www.bar-frankfurt.de.

Kooperationspartnerin benannt. Damit ist ein wesentliches Instrument des Rehabilitationsgesetzes zur Beratung und zur Koordination der Hilfen im Einzelfall weitgehend noch nicht umgesetzt.

Die Einrichtung der Servicestellen setzt die allgemeine Beratungspflicht der Sozialleistungsträger nach § 14 SGB I Allgemeiner Teil und die Beratungspflicht des Sozialhilfeträgers nach § 11 SGB XII nicht außer Kraft.

Auf der Grundlage des Landespflegehilfegesetzes wurden im Landkreis Ahrweiler vier Beratungs- und Koordinierungsstellen bei Sozialstationen (AHZ) eingerichtet.⁸⁷ Das Angebot richtet sich an Menschen, die pflegebedürftig, krank oder behindert sind und Hilfe brauchen.⁸⁸ Zu ihren Aufgaben gehört die Information und Beratung über ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfeangebote, die Mitwirkung bei der Hilfeplanung und bei der Auswahl von Angeboten. Anfragen von jüngeren Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen sind allerdings vergleichsweise selten und werden in der Regel an die Lebenshilfe oder die Caritas-Werkstatt weitergeleitet.

Ein Beratungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Angehörigen umfassen die ambulanten Dienste der Lebenshilfe und der Caritas-Werkstatt.

Ein Angebot der Rechtsberatung und Rechtsvertretung in sozialrechtlichen Angelegenheiten wird vom Sozialverband VdK in seiner Geschäftsstelle in Bad Neuenahr-Ahrweiler vorgehalten.

Über die Beschaffung und Nutzung von Hilfsmitteln informieren neben den Beratungsstellen auch die Dienste, Einrichtungen und Verwaltungsstellen. Beispielsweise beraten ambulante Pflegedienste beim Einsatz von Hilfsmitteln in der häuslichen Pflege. Das Integrationsamt und die Arbeitsagentur beraten hinsichtlich der Beschäftigungsmöglichkeiten Schwerbehinderter und bei dem Einsatz von Hilfsmitteln zur Ausübung einer Beschäftigung.

Die Information über die vorhandenen Angebote im Kreis ist selbstverständlich in erster Linie Aufgabe der Träger selbst. Häufig erfolgt die Kontaktaufnahme auf der Grundlage von Empfehlungen aus dem Bekanntenkreis oder von anderen Stellen aus dem professionellen Netzwerk der Hilfen. Die Anbieter geben telefonische Auskünfte, halten Flyer bereit und bieten unverbindliche Beratungsgespräche an. Immer mehr Träger präsentieren ihr Angebot zusätzlich im Internet. Durch die PSAG wird in Kooperation mit dem Landkreis Ahrweiler ein Psychosozialer Beratungsführer herausgegeben,⁸⁹ der allerdings schwerpunktmäßig Angebote für psychisch kranke und suchtkranke Menschen enthält.

Ein Informationsangebot für behinderte Menschen über die Zugänglichkeit der Infrastruktur im Kreis und ein Beratungsangebot für öffentliche Stellen zur barrierefreien Gestaltung ist im Landkreis Ahrweiler nicht vorhanden. Auf den Bedarf und die Möglichkeiten eines Internetgestützten Informationssystems über die Zugänglichkeit der Infrastruktur ist bereits verwiesen worden.⁹⁰

87 Zur Verteilung der AHZ im Landkreis s. oben (Verweis)

88 Über das Angebot informieren Broschüren des Sozialministeriums und gemeinsame Broschüren der AHZ im Landkreis Ahrweiler.

89 Der aktuelle Beratungsführer bezieht sich auf den Stand 2001.

90 vgl. die Ausführungen im Kapitel ‚Teilhabe‘ (Verweis)

Die PSAG plant im Zusammenhang der Aktualisierung des Beratungsführers auch eine Internetversion zu erarbeiten. In anderen Regionen gibt es bereits solche Angebote, die es behinderten Menschen selbst, ihren Angehörigen aber auch professionellen Stellen ermöglichen, gezielt Informationen zu suchen und weiterzugeben. Dabei werden unterschiedliche Ansätze gewählt, die beispielhaft vorgestellt werden sollen.

- Mit Unterstützung der Aktion Mensch wurde ein Familienratgeber entwickelt, der sich insbesondere an Familien mit geistig behinderten Angehörigen wendet (www.familienratgeber.de) [s.o.]. Ähnlich wie bei dem Informationssystem über die behindertengerechte Zugänglichkeit der Infrastruktur⁹¹ werden von regionalen Kooperationspartner/innen Daten in dieses Informationssystem eingespeist. Die regionalen Träger verweisen auf das Internetangebot des Familienratgebers. Neben Informationen zu regionalen Angeboten können hier auch fachliche Informationen abgerufen werden.
- Andere Kommunen bauen einen internetgestützten Beratungsführer selbst auf. Beispielfähig genannt werden kann hier das im Aufbau befindliche Sozialportal des Rheinisch-Bergischen Kreises (zu erreichen über die Seite des Kreises www.rbk-online.de [s.o.] unter dem Menüpunkt ‚Sozialportal‘). Ausgehend von dem Unterstützungsbedarf, der sich in unterschiedlichen Lebenslagen und -phasen stellt, werden allgemeine Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten und zu konkreten Angeboten gegeben.
- Ein Informationssystem, in das nicht nur Angebote sondern auch aktuelle Informationen aus der Kommune eingespeist werden, bietet beispielsweise die Stadt Münster (zu erreichen über www.muenster.de/service unter dem Menüpunkt ‚Angebote für Menschen mit Behinderung‘). Das Internetangebot ermöglicht auch den Austausch von behinderten Menschen untereinander.

Einschätzung

Im Landkreis Ahrweiler gibt es keinen Mangel an allgemeinen sozialrechtlichen Informationen. Allerdings ist der Zugang zu den Informationen für die betroffenen Ratsuchenden nach wie vor schwierig. Die Servicestelle nach dem SGB IX in Andernach erfüllt die ihr zugeordnete Leitfunktion zur Informationsbeschaffung und der sozialrechtlichen Koordination von Leistungen im Einzelfall noch nicht.

Nicht vorhanden im Kreis ist ein Beratungs- und Informationsangebot, das sich auf die Belange von Menschen mit Mobilitäts- und Sinnesbehinderungen bezieht.

Die Möglichkeiten des Internets zur Beratung und zum Informationsaustausch werden bislang nicht genutzt.

91 s.o.

Empfehlungen

Ziel: Aufbau eines regionalen träger- und bereichsübergreifenden Kompetenznetzwerks im Internet

Maßnahme:

- Das in der Planung befindliche Beratungsangebotes für Menschen mit Behinderungen orientiert sich an folgenden Inhalten , die auch stufenweise umgesetzt werden können:
 1. Erweiterung und regelmäßige Aktualisierung der Informationen des Beratungsführers in Form einer Datenbank. Die Datenbank enthält Kurzinformationen zu den unterschiedlichen Angeboten. Zum Zwecke weitergehender Informationen wird ggf. auf eine von den Trägern oder Gruppen zu gestaltende und zu verantwortende Internetpräsentation verwiesen. Generell ist die Datenbank so gestaltet , dass die Informationen in Beratungsstellen oder von privaten Nutzer/inne/n gut und leicht ausdrückbar sind.
 2. Selbsthilfegruppen, Träger von Angeboten und Verwaltungsstellen bieten in der Internetplattform ihre Beratungsleistungen an. Sie geben an, über welche Bereiche sie Informationen weitergeben können und geben für Anfragen von Privatpersonen und Anfragen von anderen Stellen ihre E-Mail-Adresse an und verpflichten sich mindestens wöchentlich die Anfragen zu bearbeiten.
 3. Durch eine Mailingliste zu Hilfen für Menschen mit Behinderungen im Landkreis Ahrweiler wird der unmittelbare Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Betroffenen erleichtert.
 4. In leicht verständlicher Form wird in dem Internetangebot auf wichtige Informationen für Menschen mit Behinderungen hingewiesen. Diese können von den Interessent/inn/en direkt abgerufen werden oder sie werden von Einrichtungen, Diensten und Beratungsstellen ausgedruckt und an die Nutzer/innen weitergegeben.
 5. In dem Internetangebot wird über den Stand der Planungen des Angebotes für Menschen mit Behinderungen und die Umsetzung der Barrierefreiheit berichtet.

5.7 Örtliche und Individuelle Planung von Hilfen für Menschen mit Behinderungen

5.7.1 Theoretische Grundlagen des Planungskonzeptes

Die Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen in Richtung Regionalisierung und der Umsetzung des Vorrangs Offener Hilfen ist im Landkreis Ahrweiler wie anderswo nicht ohne steuernde Aktivitäten möglich. Sollen die Reformen der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, wie sie gegenwärtig in Rheinland-Pfalz initiiert werden, positive Wirkungen entfalten, ist eine örtliche Hilfeplanung unabdingbar.

Teilhabeplanung ist als zielgerichteter Veränderungsprozess zu verstehen, der sich auf strukturelle Gegebenheiten bezieht. Die Prozessorientierung des hier gewählten Planungsansatzes zeigt sich nicht zuletzt darin, dass es nicht die ‚Erstellung eines Plans‘ ist, auf die es ankommt, sondern darauf, Planung als kontinuierliche Aufgabe zu institutionalisieren. Der erwünschte Veränderungsprozess kann umso wirksamer werden, je mehr er von den relevanten Leistungsträgern, Anbietern von Leistungen, Verbänden und Selbsthilfeorganisationen als Richtschnur für künftiges Handeln anerkannt wird. Dies erfordert es, einen partizipativen Planungsweg zu beschreiten, d.h. gemeinsam mit den verschiedenen Akteur/inn/en Einschätzungen zu diskutieren und Planungsziele zu entwickeln. Die Entwicklung von Planungszielen und Handlungsschritten bedarf allerdings einer fachtheoretischen Grundlage. Nur so kann der Planungsprozess den Anforderungen einer modernen Fachplanung gerecht werden. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf das an der Universität Siegen entwickelte Planungskonzept NetOH (Netzwerke Offener Hilfen).⁹² Es geht davon aus, dass örtliche Systeme der Hilfen für Menschen mit Behinderungen als so genannte ‚organisationale Felder‘ gesehen werden können. Diese organisationalen Felder setzen sich aus den verschiedenen sozialen Diensten, Einrichtungen und Freien Trägern zusammen, die Hilfen für behinderte Menschen anbieten, aus den beteiligten Verwaltungsstellen sowie auch aus Selbsthilfeorganisationen und anderen Akteuren, die im Feld eine Rolle spielen. Ähnlich wie in Organisationen können örtliche Hilfesysteme danach untersucht werden, ob bzw. wie sehr sie sich von anderen Feldern oder Regionen abgrenzen (‚Außengrenzen‘) verfügen, ob bzw. in welchem Maße es das Bewusstsein über einen gemeinsamen Zweck gibt, eine gemeinsame Wissensbasis, Macht- und Kooperationsstrukturen und welche Kommunikationsformen bestehen. Mit diesem begrifflichen Konstrukt wird es möglich, örtliche Hilfeplanung als interorganisatorisches Qualitätsmanagement zu verstehen.

Eine solche Sichtweise eröffnet für Fachplanungen im Feld der Hilfen für Menschen mit Behinderungen auch im Landkreis Ahrweiler eine Vorgehensweise, die sich auf die in den vergangenen Jahre gewonnenen Erfahrungen des organisationsbezogenen Qualitätsmanagements für soziale Dienste stützen kann. Die dazu notwendigen Instrumente sind insbesondere Analysen auf der Basis fachlicher Standards, Prozessteuerung und Evaluation. Allerdings können sinnvolle Handlungsempfehlungen nur formuliert werden, wenn sie zu den spezifischen Entwicklungspfaden des Hilfefeldes im Landkreis Ahrweiler sowie zu bereits bestehenden Planungstraditionen in Bezug gesetzt werden. Im Folgenden soll die Entwicklung der professionellen Hilfen für behinderte Menschen nachgezeichnet werden.

92 Rohrmann, Albrecht u.a.: AQUA-NetOH. Arbeitshilfe zur Qualifizierung von örtlichen Netzwerken Offener Hilfen für Menschen mit Behinderung, Siegen, 2001

5.7.2 Entwicklungslinien und Trägertraditionen im Landkreis Ahrweiler

Organisationssoziologisch gesehen ist festzustellen, dass das Feld der Behindertenhilfe im Landkreis Ahrweiler vergleichsweise schwach strukturiert ist (z.B. wenig übergreifende Gremien) und nahezu keine Außengrenzen besitzt (kaum ‚Ahrweiler Träger‘). Die Anzahl der agierenden Organisationen und Einzelakteure in diesem sozialpolitischen und gesellschaftlichen Bereich ist vergleichsweise gering. Der Politisierungsgrad ist niedrig. Ähnliches gilt für die Interaktionshäufigkeit der Akteure. Vergleichsweise gering ist auch die gemeinsame Informationsmenge, über die die relevanten Akteure des Feldes verfügen. Das Bewusstsein dieser Akteure in ihrem Feld an einer gemeinsamen Sache zu arbeiten, ist nur schwach entwickelt.

Dieser organisationssoziologische Befund externer Betrachter/innen bedarf der Erläuterung und Erklärung, die wiederum nicht ohne historische Bezüge hinreichend geleistet werden kann:

Eine auf den Kreis bezogene Politik für Menschen mit geistiger Behinderung hat im Landkreis Ahrweiler 1973 mit der Errichtung des Schulzentrums im Bad Neuenahr-Ahrweiler Ortsteil Bachem begonnen und hat sich über lange Zeit darauf beschränkt. Unter dem Eindruck der damaligen Bildungsreformdiskussion und der entsprechenden Schulpolitik des Landes wurden vom Landkreis Ahrweiler dort eine Grund- und Hauptschule, eine Sonderschule für Lernbehinderte und eine Sonderschule für geistig Behinderte erbaut und durch einen heilpädagogischen Kindergarten ergänzt. Es folgte die Errichtung weiterer vier Sonderschulen für Lernbehinderte an verschiedenen Standorten des Kreises. Auf eine zunächst vorgesehene weitere Sonderschule für geistig Behinderte in Sinzig wurde wegen unklarer Bedarfsannahmen verzichtet. Aus Gründen der Dezentralisierung war diese ursprünglich geplant gewesen. Das schulische Angebot für Kinder mit geistiger Behinderung und mit Lernbehinderungen wurde durch die Sonderschulen im Kreis als gedeckt eingeschätzt, für Kinder mit Sinnesbehinderungen galten die entsprechenden Landesschulen in Neuwied als zuständig. Für Schüler mit körperlichen Behinderungen bestanden Beschulungsmöglichkeiten im Heinrich-Haus in Neuwied-Engers, die der Landkreis durch Zuschussungen unterstützte.

Im Bereich der Früherkennung und Frühförderung schloss sich der Landkreis Ahrweiler in seinen Planungen an das zu Beginn der 80er Jahre entstehende Angebot des Heilpädagogisch-Therapeutischen Zentrums (HTZ) in Neuwied an. Im Rahmen der Landesplanungen wurde das HTZ als Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) gefördert und hatte so auch einen Versorgungsauftrag für den Landkreis Ahrweiler. In den Kindertagesstätten für körperbehinderte Kinder des HTZ wurde auch eine Antwort auf die Hilfebedarfe von Kindern mit körperlichen Behinderungen aus dem Landkreis Ahrweiler gesehen. Zudem sah man sich aufgrund der sozialräumlichen Bindungen begünstigt durch die Nähe zum Bonner Raum und dem dort zugänglichen Angebot an medizinischen und therapeutischen Hilfen, insbesondere dem Kinderneurologischen Zentrum (KNZ) des Landschaftsverbandes Rheinland. Daher war in diesem Bereich über lange Zeit kein kreispolitischer Handlungsbedarf gegeben.

Vergleichsweise spät, erst Mitte der 80er Jahre, wurde auch mit dem Aufbau eines Arbeits- und Beschäftigungsangebots für behinderte Menschen im Rahmen Werkstatt für Behinderte (WfB, heute WfbM) in Trägerschaft der Caritas-Werkstätten Mayen begonnen. Dessen Ansiedlung in Sinzig verstärkte die Angebotsdisparitäten im Kreis zugunsten des „Rheintals“. In die Planungen zum Aufbau der WfbM war der Landkreis Ahrweiler nur am Rande einbezogen.

Auch im Bereich der wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen bestand auf Kreisseite lange Zeit die Einschätzung, dass kein sozialpolitischer Handlungsbedarf gegeben sei. Aufgrund der überwiegend ländlichen Strukturen waren die Möglichkeiten von Familien ihre behinderten Angehörigen zu Hause zu versorgen, offensichtlich recht hoch. Falls dennoch Hilfen außerhalb der Herkunftsfamilien erforderlich waren, wurden Betroffene auf verschiedene Einrichtungen außerhalb des Kreises im Rheinland bzw. andernorts im Bundesgebiet verwiesen. Der Aufbau eines Angebots wohnbezogener Hilfen im Landkreis Ahrweiler in Form des Lebenshilfe-Hauses in Sinzig erfolgte erst zu Beginn der 90er Jahre. Das Baugrundstück war eine Schenkung des Kreises an die Lebenshilfe, die weiteren Planungen erfolgten zwischen dem Lebenshilfeverein und dem Land Rheinland-Pfalz

Nahezu zeitgleich im Jahre 2000 begannen die Caritas-Werkstätten und die Lebenshilfe mit dem Aufbau von ambulanten Diensten und Freizeitangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung. Beide nutzten dafür das entsprechende ‚Starthilfeprogramm‘ der Aktion Mensch. Die Dienste beider Träger operierten aufgrund des jeweiligen Standorts wiederum von Sinzig aus. Der Landkreis Ahrweiler wurde von den beiden Trägern nicht an den Planungen beteiligt.

Bezogen auf Planungstraditionen und Behindertenpolitik wird somit die Einschätzung vertreten, dass dieser Bereich bis in jüngster Zeit in der aktiven Kreispolitik nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung einnahm. Offensichtlich herrschte in der Kreispolitik diesbezüglich ein weitgehender Konsens, der lange Zeit auch nicht durch Selbsthilfegruppen oder kommunalpolitisch engagierte Träger in Frage gestellt wurde. Da zudem Selbstvertretungsgremien behinderter Menschen fehlten, hatte es die feldbezogene Öffentlichkeit schwer, ihre Interessen politisch zu artikulieren. Der Aufbau von Einrichtungen geschah im Rahmen der entsprechenden landesgesetzlicher Regelungen bzw. überregionaler Pläne. Die Notwendigkeit zu eigenständiger Politik und Planung wurde nicht gesehen, da Hilfebedarfe in allen Bereichen abgedeckt und die Entscheidungskompetenzen überregional angesiedelt waren. Ein eigenständiger Sozialausschuss existiert im Landkreis Ahrweiler nicht. Charakteristisch für die frühere Kreispolitik erscheint die Praxis freiwilliger einmaliger Zuwendungen an Initiativen und Vereine. Dies wird nun innerhalb der Politik und Verwaltung anders wahrgenommen. Seit geraumer Zeit sind Bemühungen zu erkennen, die Kreispolitik in der Behindertenhilfe neu zu positionieren und eine aktivere Gestaltungsrolle zu übernehmen. Der Hintergrund hierfür sind u.a. ein wachsendes fachliches Unbehagen über die Qualität der Angebote in den verschiedenen Bereichen der Behindertenhilfe als auch eine gewisse Unzufriedenheit wegen fehlender kommunaler Steuerungsmöglichkeiten bei gleichzeitig wachsenden Fallzahlen und Kosten.

Verstärkt wird dieser neue Ansatz aber wesentlich durch veränderte politische Vorgaben des Landes Rheinland-Pfalz. Aufgrund der Verortung der Aufgaben des überörtlichen Sozialhilfeträgers beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung als nachgeordneter Behörde des Sozialministeriums verfügt das Land über eine starke Machtposition. Nach Jahrzehnten einer auf Zentralisierung orientierten Behindertenpolitik setzt die Landespolitik nun auf ein Konzept der Regionalisierung. Demnach sollen die Kreise und kreisfreien Städte eine eigenständige Versorgungsstruktur für behinderte Menschen aufbauen und Verwaltungsaufgaben übertragen bekommen, die zuvor beim Landessozialamt angesiedelt waren. Mit dem Projekt ‚Hilfe nach Maß‘ setzt das Land zudem programmatische Akzente (v.a. das ‚Persönliche Budget‘), die den Aufbau einer ortsnahen, auch ambulanten Infrastruktur erforderlich machen. Über die Einführung neuer Verfahren, insbesondere solcher zur Individuellen Hilfeplanung, sollen neue Steuerungsformen eingeführt werden, mit denen das veränderte Landeskonzept verwirklicht werden soll. Für den Landkreis Ahrweiler - wie auch für andere Kreise in Rheinland-

Pfalz –, die behindertenpolitisch auf kreisübergreifende oder überregionale Angebote gesetzt haben und dabei der Politik des Landes gefolgt sind, bedeutet dies eine neue Situation. Es ergibt sich insofern ein Handlungsdruck zum Aufbau einer kreisbezogenen Infrastruktur und zur Entwicklung von Planungsaktivitäten. Verstärkt wird dies dadurch, dass benachbarte Kreise sich zunehmend aus dem bisherigen Arrangement verabschieden und in ihrem Gebiet verfügbare Hilfen für behinderte oder psychisch kranke Menschen vorrangig für ihre eigenen Bürger/innen vorhalten und darauf beschränken wollen.

Für ein angemessenes Verständnis der gegenwärtigen Situation im Landkreis Ahrweiler als Ausgangssituation für Planungsaktivitäten erscheint es aber auch wichtig, den Blick auf das nichtstaatliche Geschehen im Feld der Behindertenhilfe zu richten. Auch hier liefert eine historische Betrachtung aufschlussreiche Anhaltspunkte.

Organisierte Hilfen haben in dem überwiegend ländlich geprägten Landkreis Ahrweiler keine eigenständige Trägertradition. Nicht zuletzt dadurch wären seit Beginn der 60er Jahre aber gute Voraussetzung gegeben, um die neuen gesetzlichen und konzeptionellen Möglichkeiten der damaligen Zeit nutzen zu können: Konzeptionell war insbesondere durch das Wirken der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte das familienorientierte, teilstationäre Hilfskonzept von Bedeutung. Unterstützt wurde dieses Konzept von dem „Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte“, der 1960 nur zwei Jahre nach der Lebenshilfe in Düsseldorf gegründet wurde. Unter dem Motto „Lasst Eure Kinder nicht in den Anstalten verkümmern!“ wurde von diesen Elternbewegungen der Aufbau von besonderen Kindergärten und Schulen gefordert, die eigens für die jeweilige Behinderungsart ausgerichtet sein und optimale Förderung bieten sollten. Damit sollte es den behinderten Kindern möglich sein, Kindergärten und Schulen zu besuchen, ohne ihre Herkunftsfamilien verlassen zu müssen. Werkstätten für Behinderte sollten es den erwachsenen behinderten Menschen gestatten, in einem geschützten Rahmen einer Beschäftigung nachzugehen, gruppengegliederte Wohnheime sollten Wohnmöglichkeiten anbieten, die anspruchsvoller und zeitgemäßer wären als die traditionelle Anstaltsunterbringung. Die damals dominierenden Anstalten waren u.a. durch eine große Abgeschlossenheit, miserable Bausubstanzen, Geschlechtertrennung und große Schlafsäle gekennzeichnet.

Zu erinnern ist daran, dass 1962 das Bundessozialhilfegesetz in Kraft trat, das mit seinen Regelungen zur Eingliederungshilfe nach §§ 39f. BSHG erstmals eine stabile Finanzierungsgrundlage für Einrichtungen der Behindertenhilfe schuf. Zum einen wurde in §§ 99f. BSHG die Trennung der Zuständigkeiten zwischen den örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern in der Weise geregelt, dass das Land als überörtlicher Träger für die so genannten stationären Landeseinrichtungen zu 100% zuständig war. Für teilstationäre und ambulante Hilfen wurde die Zuständigkeit zwischen örtlichen und überörtlichen Träger aufgeteilt. Damit war dem Grunde nach ein Anreiz für den Ausbau (teil-)stationärer Hilfen geschaffen, gleichzeitig wurde faktisch die kommunale Ebene von ihrer Planungsverantwortung für die Hilfen für Menschen mit Behinderungen in weiten Teilen entlastet. Bedeutsam für die Gesamtstruktur der Hilfen war zum anderen, dass in § 10 BSHG das Prinzip der Subsidiarität festgeschrieben wurde und die Freie Wohlfahrtspflege eine weitreichende Autonomie bei der Gestaltung erhielt. Die Erbringung der Hilfen wurde an Freie Träger delegiert. Den Sozialhilfeträgern wurde die Rolle der ‚Kostenträger‘ gegeben, die nach dem Prinzip der ‚Selbstkostendeckung‘ die anfallenden Kosten zu erstatten hatten. Dementsprechend enthielt das BSHG auch keinen Planungsauftrag für die Sozialverwaltung. Den etablierten Verbänden der Freien Wohlfahrts-

pflege, aber auch anderen Initiativen wurde ein attraktives Betätigungsfeld eröffnet.

Damit angesprochen sind Trägerinitiativen, die sich in den 60er Jahren bundesweit aus Elternbewegungen für geistig und für körperlich behinderte Menschen heraus formierten. Kennzeichnend war für sie der Gedanke der Selbsthilfe und der Selbstorganisation. Auch im Landkreis Ahrweiler wurde zu Beginn der 70er Jahre z.B. die Lebenshilfe-Idee aufgegriffen. Im Zusammenhang mit der damals neuen Schule für Geistigbehinderte gründete sich ein Lebenshilfeverein, der wenige Jahre später allerdings zu Gunsten der örtlichen Caritas wieder aufgelöst wurde. Die andernorts sich vollziehende Entwicklung, dass Lebenshilfevereine einerseits Aufgaben der Interessenswahrnehmung für geistig behinderte Menschen und andererseits sich dafür stark machten, das teilstationäre Modell in den Bereichen Kindergarten, Wohnen und Beschäftigung voranzutreiben, fand im Landkreis Ahrweiler so nicht statt. Eine Organisierung der Interessen von Eltern körperbehinderter Kinder im Landkreis Ahrweiler ergab sich nicht, vielleicht auch deswegen, weil diese ihre Interessen im HTZ⁹³ aufgehoben sahen bzw. und das Heinrich-Haus in Neuwied zudem für die damals bedeutsamen Angebote sorgte. Die ‚teilstationäre Idee‘ beim Aufbau des Hilfesystems und die Lobby-Funktion wurden auch von keinem/keiner anderen Akteur/in oder Verband aufgegriffen. Auch nicht von der für den Landkreis Ahrweiler zuständigen Caritas-Untergliederung, die zwar die Trägerschaft des heilpädagogischen Kindergartens St. Hildegard übernahm, aber darüber hinaus in anderen Bereichen der Behindertenhilfe lange Zeit keine Trägerinteressen entwickelte.

Die Gründe für die insgesamt ‚verspätet‘ erscheinenden Entwicklungen beim Aufbau von Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe im Landkreis Ahrweiler können also u.a. auch darauf zurückgeführt werden, dass sich Betroffeneninteressen nicht wirksam artikulieren konnten. Nicht unerheblich ist vielleicht auch die Tatsache, dass keine geeigneten ‚Entrepreneur-Persönlichkeiten‘ vorhanden waren bzw. diese, wenn es sie gab, keine Möglichkeiten hatten, sich zu entfalten. Zu fragen ist auch, ob nicht der konzeptionelle und politische Einfluss der großen Einrichtungen und Anstalten in der Nachbarschaft des Kreises zusammen mit entsprechenden Trägerverflechtungen ebenfalls zur behindertenpolitischen Zurückhaltung der Kreispolitik beigetragen haben.

Auf Initiative des Landesverbandes der Lebenshilfe kam es 1985 zu einer erneuten Gründung eines Lebenshilfevereins im Landkreis Ahrweiler. Dadurch, dass dieser Lebenshilfeverein im Unterschied zum früheren Vereinskonzert eindeutig auf die Übernahme von Trägerschaften insbesondere im Bereich des Wohnens setzte, kam es unweigerlich zu einer Konkurrenzsituation mit der ‚Caritas-Werkstatt‘ des Diözesan Caritas-Verbandes. Es wurde versucht, diese Trägerkonkurrenz im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung durch einvernehmliche Absprachen über Arbeitsbereiche aufzulösen (Caritas konzentriert sich auf Angebote im Bereich Arbeit und Beschäftigung, Lebenshilfe auf den Bereich Wohnen). Festzustellen ist, dass auf der Ebene der Mitarbeiter/innen von Caritas-WfbM und Lebenshilfe-Wohnheim eine funktionierende Zusammenarbeit besteht. Wenig Abstimmung herrscht z.B. bezogen auf die Bemühungen beider Träger, den Bereich der Offenen Hilfen aufzubauen. Die Tatsache, dass beide Träger von Sinzig aus agieren und somit andere Teile des Kreisgebiets von dort aus ‚anfahen‘ müssen, kann somit als Planungsdefizit interpretiert werden. Bei der Realisierung von Trägerstrategien, z.B. Vorhaben zum Aufbau neuer Wohnangebote werden im Verhältnis zum Landkreis eher staatliche Stellen auf Landesebene als entscheidend einge-

⁹³ Der Landesverband des Vereins „Hilfen für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte, Rheinland-Pfalz“ ist Mitgesellschafter im HTZ.

schätzt. Begründet wird dies durch die Erfahrung, dass der Landkreis in der Vergangenheit in seiner Behindertenpolitik eine überwiegend defensive Haltung gegenüber Trägeranliegen eingenommen hat. Als positiv wird gesehen, dass es im Zusammenwirken von Kreisverwaltung, Caritasverband und Lebenshilfe gelungen ist, das Projekt einer kommunalen Teilhabeplanung im Kreis Ahrweiler auf den Weg zu bringen.

In den letzten Jahren gab es verschiedene Bemühungen, auch auf der Ebene der Organisationen durch regelmäßige Gespräche auf Leitungs- bzw. Vorstandsebene die Kooperation zu verbessern, wobei unterschiedliche Interessenslagen dennoch bestehen bleiben. Zu verzeichnen sind in jüngster Zeit Ansätze, trägerübergreifende Gremien zu schaffen, in denen Fragen der Behindertenhilfe fachlich und sozusagen im vorparlamentarischen Raum beraten werden können. Hierzu zählen der ‚Arbeitskreis Integration‘ im Kindergartenbereich sowie die von Caritas- und Lebenshilfe aus organisierten ‚Runden Tische‘. Diese Ansätze können auch als Ausdruck des Bedürfnisses der jeweiligen Akteure gesehen werden, sich trägerübergreifend auszutauschen. Sie stellen Ansatzpunkte für weitere Strukturbildungen im Landkreis Ahrweiler dar, die von der Kreispolitik im Sinne der besseren Vernetzung und Planung in der Behindertenhilfe aufgegriffen werden können.

Überwiegend herrscht bei den Verantwortlichen der verschiedenen Caritaseinrichtungen und der Lebenshilfe eine gewisse Verunsicherung darüber, ob bzw. wie sehr es der Kreisverwaltung mit ihrem in jüngster Zeit artikulierten Gestaltungsinteresse tatsächlich ernst ist. Dennoch blicken die Vertreter/innen von Einrichtungen und Diensten mit erheblichen Erwartungen auf den Kreis und dessen Planungsaktivitäten. Insbesondere vor dem Hintergrund der Umorientierung der Hilfen auf ambulante und integrative Angebote, aber auch vor dem Hintergrund des Regionalisierungskonzepts des Landes werden Versorgungsdefizite gesehen, die verschiedenen Anbietern innerhalb und außerhalb des Kreises neue Handlungsfelder eröffnen könnten.

Im Landkreis Ahrweiler wurde im Zusammenhang der Umstellung auf das neue Steuerungsmodell seit 1999 ein Controllingverfahren auch für den Sozialhilfetat eingeführt. Im Bereich der Eingliederungshilfe besteht das Problem, dass dem Kreis nur wenige Informationen über die gewährten Leistungen des Unterstützungsangebotes für Menschen mit Behinderungen zur Verfügung stehen und daher die Steuerungsmöglichkeiten gering sind. Zur Zeit wird im Sozialamt das EDV-Programm INFOsys Care eingeführt, mit dem künftig eine verbesserte Datenabfrage über gewährte Leistungen möglich ist.

5.7.3 Individuelle Hilfeplanung

Gute Hilfen für behinderte Menschen sind solche, die auf den konkreten Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen in ihrer konkreten Lebenssituation zugeschnitten sind. Statt umfassenden Hilfemaßnahmen, die unabhängig von der Situation des/der einzelnen Nutzers/Nutzerin konzipiert und erbracht werden, geht es in einer neuen Herangehensweise darum, die Situation der hilfeschuchenden Menschen zunächst systematisch abzuklären, um dann mit den Betroffenen zusammen ein möglichst passgenaues Hilfearrangement zusammenzustellen. Ein solches Modell eröffnet staatlichen Stellen verbesserte Möglichkeiten, sich gegenüber Anbietern von Hilfen aus der passiven Rolle des ‚Kostenträgers‘ zu lösen und zum gestaltenden Sozialleistungsträger zu werden. Wird dieser Weg beschritten, dann bedeutet dies jedoch auch, dass die Sozialpolitik und die Sozialverwaltung eine größere Verantwortung für Planung von Hilfen sowie für die Qualität von Hilfen zu übernehmen haben als dies beim

bisherigen Modell der ‚Aufgabendelegation‘ an die Anbieter der Fall ist.

Mit der Einführung des Modellprojekts ‚Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler‘ hat die Landesregierung in Rheinland-Pfalz den Ansatz der Individuellen Hilfeplanung (IHP) aufgegriffen. Landkreisen und kreisfreien Städten wurde angeboten, sich dem Modellvorhaben anzuschließen, um auch in ihren Gebietskörperschaften zu versorgungsstrukturellen und finanzierungsbezogenen Veränderungen zu kommen. Individuelle Hilfeplanung soll in diesem Rahmen sozusagen als ‚neue Regel‘ für alle Bereiche der professionell erbrachten Hilfen für Menschen mit Behinderungen institutionalisiert werden. Dieses Individuellen Hilfeplanverfahren (IHP) zielt darauf ab, zu einer Qualitätsverbesserung der Hilfen beizutragen, den Ausbau ambulanter Hilfeformen voranzubringen sowie eine gezieltere Kostensteuerung zu ermöglichen.⁹⁴ Das Verfahren besteht aus den Elementen der Begutachtung mit einem systematischen Erhebungsbogen, der Hilfeplankonferenz als Entscheidungsstelle und der Option auf ein Persönliches Budget (siehe Kapitel ‚Wohnen‘). Das Land hat dazu recht präzise Verfahrensvorgaben entwickelt, mit denen individuelle Hilfebedarfe im Rahmen des Modellprojekts zu ermitteln und Hilfen zu gewähren sind.⁹⁵ Um diese Elemente vor Ort zu implementieren, müssen zum einen Begutachtungsstrukturen geschaffen werden, zum anderen sind Koordinationsaufgaben zu leisten.

Der Kreis- und Umweltausschuss des Landkreises Ahrweiler hat in seiner Sitzung am 18.11.2002 beschlossen am Landesprojekt teilzunehmen und die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Seit dem 01.01.2004 gilt eine offizielle Projektteilnahme zwischen dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit in Mainz und dem Landkreis Ahrweiler als vereinbart. Die Kreisverwaltung hat eine Konzeption ‚Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler‘ entwickelt, in der ausgeführt wird, wie die Landesvorgaben im Landkreis Ahrweiler umgesetzt werden sollen. Zum Verständnis der Individuellen Hilfeplanung heißt es in der Kreiskonzeption:

„Die Hilfeplanung ist als ein Beratungsprozess unter Einbeziehung des Hilfesuchenden und aller beteiligten Fachstellen zu sehen. Sie dient als Entscheidungsgrundlage für die Durchführung von einzelnen Hilfemaßnahmen oder Aktivitäten zur Wiedereingliederung des behinderten Menschen in die Gemeinschaft.“ (ebd.: 10).

Das Durchlaufen von Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung soll in den meisten Bereichen Voraussetzung dafür werden, eine Kostenzusage der Sozialhilfeträger zu erhalten. Ausgenommen werden hiervon Leistungen zur Unterbringung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), da die Arbeitsverwaltung bzw. der Fachausschuss WfbM zuständig ist. Des Weiteren sind ausgenommen die Eingliederungshilfe zur Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln, Leistungen der Frühförderung, Leistungen zur Unterbringung in einer Tagesförderstätte für Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung sowie bis auf weiteres die Hilfen für den Personenkreis nach dem früheren § 72 BSHG (vgl. ebd.: 12).

Beim Landkreis Ahrweiler wurde eine Koordinierungsstelle für das Projekt ‚Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler‘ eingerichtet, die nach Eingang von Anträgen auf Eingliederungshilfe bzw. anstehenden Fortschreibungen zu-

⁹⁴ Persönliche Budgets für behinderte Menschen, Evaluation des Modellprojektes ‚Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen in Rheinland. Pfalz., Susanne Kaas‘ Seite 22 sowie §§ 1, 9 SGB IX

⁹⁵ vgl. Rundschreiben des Ministerium. für Arbeit, Soziales., Familie und Gesundheit vom 06.05.2003

nächst das Begutachtungsverfahren organisiert. Vorgesehen sind hierfür auch Formen aufsuchender Beratung durch den Sozialen Dienst des Kreises. Die Koordinierungsstelle fungiert auch als Geschäftsstelle für die Hilfeplankonferenzen⁹⁶.

Im Einzelfall können weitere Fachstellen hinzugezogen werden. Die Konzeption sieht zudem vor, die Hilfeplankonferenzen in zwei Abschnitte zu gliedern, zum einen in einen Konferenzteil für psychisch behinderte Menschen und zum anderen in einen Konferenzteil für körperlich und geistig behinderte Menschen. Da die Sozialhilfeträger an der Hilfeplankonferenz selbst teilnehmen, können Entscheidungen bereits während der Sitzung bzw. sehr zeitnah in deren Anschluss getroffen werden. Insgesamt betrachtet verfügt der Landkreis Ahrweiler damit über ein zwar aufwändig erscheinendes, aber doch praktikables Umsetzungskonzept für Individuellen Hilfeplanung in der Behindertenhilfe. Da die Vorgaben aber weitgehende Festlegungen treffen, sind die Gestaltungsspielräume des Kreises im Hinblick auf eventuelle Vereinfachungen relativ eng gesteckt.

Einschätzung

Landespolitische Entwicklungen, kommunalpolitische Umorientierungen und eine aktiver werdende Fachöffentlichkeit haben das Feld der Behindertenhilfe im Landkreis Ahrweiler in Bewegung gebracht. Versorgungsdefizite, Zugangsprobleme zu Hilfeangeboten und als problematisch erachtete konzeptionelle Grundlagen werden thematisiert und werden Gegenstand einer öffentlichen Diskussion. Strukturell und bezogen auf fachliche Vorgaben können neue Wege in der Behindertenpolitik des Kreises Ahrweiler eingeschlagen werden.

Strukturell sollte es darum gehen, den Landkreis Ahrweiler in seinen politischen Grenzen zur Planungsregion zu machen und daraus resultierend ein Konzept für eine kreisbezogene Versorgung zu entwickeln. Damit könnten auch Versorgungsdisparitäten, die besonders die Bewohner/innen im Eifelgebiet betreffen, systematischer angegangen werden. Dies legt eine Politik nahe, die versucht, sich aus kreisübergreifenden Versorgungsroutinen, Absprachen und Vereinbarungen zu lösen. Handlungsleitend sollte der Aufbau bzw. Ausbau einer kreisbezogenen Infrastruktur sein, welche sich auf Träger stützt, die über eine kreisbezogene Identität verfügen und eine Verantwortungsloyalität zum Landkreis Ahrweiler haben bzw. zur Entwicklung einer solchen bereit sind.

Um die damit verbundenen inhaltlichen Fragen angehen zu können, ist für die sich neu definierende Sozialverwaltung ein veränderter Planungsansatz erforderlich. Wenn diese einen erheblich größeren Gestaltungswillen in der kommunalen Behindertenhilfe umsetzt, dann bedeutet dies sicherlich eine Begrenzung der Planungsautonomie der Träger von Hilfen. Um Konfliktsituationen, die daraus entstehen, produktiv auflösen zu können, empfiehlt es sich, Planungsstrukturen zu entwickeln, die den verschiedenen Akteuren im Feld die Möglichkeit eröffnen, sich an Planungsprozessen zu beteiligen. Dies ist nicht damit gleichzusetzen, dass die Träger mit ihren Partialinteressen weitreichende Kontrollmöglichkeiten über Ergebnisse dieser Planungsprozesse erhalten. Vielmehr ist es Aufgabe der Politik, konzeptionelle Rahmenvorgaben zu machen, deren konkrete Ausgestaltung in Form von Handlungsschritten in Zusammenarbeit von Betroffenen, Fachlichkeit, Verwaltung und Politik erfolgt. Als konzeptionelle Vorgabe könnte die sozialrechtliche Leitformel des Vorrangs Offener Hilfen dienen,

⁹⁶ Zur Zusammensetzung vgl. S. 196.

die z.B. in der Jugendhilfe im Landkreis bereits akzeptiert ist. Positiv festzuhalten ist, dass diese Leitformel von allen im Rahmen des Planungsprojektes befragten Trägern dem Grunde nach als Planungsprinzip akzeptiert wurde.

Angesichts der Komplexität der Fragen sind hierzu geeignete Arbeitsformen zu entwickeln, die nicht in einem starren und unproduktiven Gremienwesen münden. Es bietet sich an, die Informationen dieses Berichts als Ergebnisse einer fachlich orientierten Zielsetzung zu verstehen, die für die präzisere Ausformulierung einer behindertenpolitischen Strategie genutzt werden können. Erforderlich sind dazu steuernde Planungsstrukturen, d.h. mandatierte Gremien, in denen die aufbereiteten Informationen über Hilfebedarfe oder über neue konzeptionelle Anforderungen beraten bzw. Entscheidungen über die Schaffung neuer Kapazitäten bzw. Verfahren getroffen werden. Es geht also darum, ein funktionierendes Zusammenspiel von Informationsaufbereitung, Fachgremien und Beratung bzw. Steuerung in politischen Gremien zu organisieren. Die Umstellung der Sachbearbeitung im Sozialamt auf ein EDV-Programm bietet zukünftig die Chance, routinemäßige Auswertungen der Entwicklungen im Bereich der Sozialhilfe vorzunehmen und in Form von Berichten zur Steuerung der Teilhabeplanung verfügbar zu machen.

Durch neue fachliche Anforderungen und landespolitische Neuorientierungen in der Behindertenhilfe entstehende kommunale Planungsaufgaben, für die der Landkreis Ahrweiler auch personell gesehen, die entsprechenden Voraussetzungen schaffen sollte.

Empfehlungen

Ziel: Ausbau von Planungsstrukturen

Maßnahmen:

- Es wird geprüft, ob der Kreis- und Umweltausschuss in der Lage ist, die Steuerung der erweiterten Planungsaufgaben zu übernehmen oder ob ggf. ein spezieller Fachausschuss ‚Behindertenhilfe‘ gebildet werden muss, an dem politische Vertreter/innen und fachkundige Bürger/innen beteiligt sind.
- Es werden Projektgruppen mit definierten Arbeitsaufträgen eingerichtet, die sich aus dem Aktionsplan, d.h. den Ergebnissen der durchgeführten Teilhabeplanung ergeben.
- Die Leitung der Projektgruppen erfolgt im Sinne des Projektmanagements durch die Kreisverwaltung. Die dafür erforderlichen personellen Kapazitäten im Bereich der Teilhabeplanung werden im Sozialamt bereitgestellt. Geschaffen wird eine Stelle für ‚Teilhabeoordination‘.
- Führung eines ‚Planungshandbuchs‘ zur Dokumentation der Planungsaktivitäten. Das Planungshandbuch enthält Informationen über die Arbeitsaufträge, Zusammensetzung, Verfahrensregeln, organisatorische und personelle Rahmenbedingungen, Arbeitsstände und Ergebnisse von Projektgruppen. Die Möglichkeiten des Internets werden genutzt, um Transparenz und Verbindlichkeit sicherzustellen.

Ziel: Umsetzung der Kreiskonzeption zur Individuellen Hilfeplanung

Maßnahme:

- Die in der Kreiskonzeption ‚Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler‘ enthaltenen Verfahrensvorschläge werden konsequent umgesetzt . Ergänzend wird an einer systematischen Verknüpfung der Individuellen Hilfeplanung mit der örtlichen Strukturentwicklung gearbeitet .

Ziel: Initiieren einer öffentlichen Diskussion zur Behindertenpolitik des Kreises

Maßnahmen:

- Es werden fachpolitische Beschlüsse des Kreisparlaments zur Behindertenhilfeplanung herbeigeführt.
- Es werden von Trägern und Selbsthilfegruppen mit Beteiligung der Kreistagsfraktionen an verschiedenen Orten des Landkreises Informationsveranstaltungen organisiert.

Ziel: Beobachtung und Steuerung der Entwicklung der Eingliederungshilfe

Maßnahmen:

- Es werden Kennzahlen zur Beobachtung der Entwicklung in der Eingliederungshilfe festgelegt.
- Die Kennzahlen werden routinemäßig auf der Grundlage der Daten aus der Sachbearbeitung ausgewertet.
- Es werden regelmäßig Berichte zur Entwicklung der Eingliederungshilfe erstellt.

6 Zielgerichtete und bedarfsorientierte Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

6.1 Die Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie

Ausgangspunkt der sozialpsychiatrischen Reformentwicklung in Deutschland war die Psychiatrieenquete, in der, basierend auf einer damals durchgeführten Bestandsaufnahme, eine umfassende Reform der psychiatrischen Versorgung in der BRD als dringend erforderlich skizziert und anschließend eingeleitet wurde (s. Bericht über die Lage der Psychiatrie, 1975)⁹⁷.

Seit dieser Zeit ist es zu einer wesentlichen Reform und Weiterentwicklung der Psychiatrie, vor allem des komplementärpsychiatrischen Angebotes, gekommen.

Die stationäre, klinische Versorgung hat im Zuge eines Platzabbaues innerhalb der Großkliniken eine kontinuierliche Zunahme von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und an Tagesklinikplätzen erfahren.

Die häufig an den klinischen Großinstitutionen angesiedelten „Langzeitwohnbereiche“ wurden ausgegliedert und haben eine strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklung erfahren.

Überregionale Institutionen wurden vielfach zugunsten regionaler, leicht erreichbarer und differenzierter Leistungs- und Strukturangebote abgelöst oder reorganisiert.

Wurde in früheren Zeiten der Schwerpunkt auf pflegesatzfinanzierte und überregional konzipierte Einrichtungen gelegt, nimmt die Ambulantisierung im Bereich der Psychiatrie mittlerweile stetig an Bedeutung zu.

Ausschlaggebend hierfür sind die Ergebnisse sozialpsychiatrischer Grundlagenforschung und eine veränderte Einstellung gegenüber Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung.

Kostenträger, Verbände und Leistungserbringer sind sich an dieser Stelle ihrer Verantwortung bewusst, arbeiten an erforderlichen innovativen Lösungen (zum Beispiel am Modell der „Integrierten Versorgung“ oder dem Prinzip „Hilfe nach Maß – Persönliches Budget“) und setzen diese bereits vielfach um.

6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Grundsatzorientierung sind die im Artikel 3 des Grundgesetzes festgeschriebene Gleichstellung von behinderten und nichtbehinderten Menschen, das Bundesgleichstellungsgesetz vom Mai 2002 und das Landesgesetz zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen des Landes Rheinland-Pfalz vom 01.01.2003, sowie die mit der Psychiatrieenquete verbundene Forderung nach der Gleichstellung von psychisch kranken mit somatisch erkrankten Menschen in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

Hieraus ergeben sich folgende Anforderungen:

⁹⁷ Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – (Psychiatrie Enquete). BT-Drucksache 7/4200 (1975)

- die bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch kranken und beeinträchtigten Mitbürger
- die Koordination der im System tätigen Dienste und Leistungserbringer
- die Entwicklung leistungsfähiger und zuverlässiger Koordinations- und Planungsinstrumente
- die Klärung der Versorgungsaufträge und Grenzen der einzelnen Leistungserbringer
- die Nutzung sogenannter „nichtpsychiatrischer“ Leistungssysteme

Seit Januar 1996 bildet das Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) die rechtliche Grundlage für die psychiatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz.

Die gesetzlichen Grundlagen sehen vor, dass psychiatrische Hilfen durch die Landkreise und kreisfreien Städte geplant und gesteuert werden und dass bei der Umsetzung die Kombination der Hilfen durch die kommunale Selbstverwaltung erfolgt. Das Gesetz sieht die Schaffung gemeindepsychiatrischer Verbünde vor, in denen Leistungsträger und Leistungsanbieter, nach Absprache, fachgerecht bei der Erbringung der Leistungen zusammenarbeiten.

Die Ausrichtung gemeindepsychiatrischer Hilfsangebote an den gesetzlichen Grundlagen nimmt mittlerweile in Rheinland-Pfalz konkrete Formen an. Bereits seit 1996 initiiert das Land gemeindepsychiatrische Angebote und vereinbart Versorgungsverpflichtungen durch eine festgeschriebene Zuständigkeit der Leistungsanbieter in den jeweiligen, regionalen Einzugsbereichen.

Hierdurch rückten folgende fachlichen Zielsetzungen immer mehr in den Vordergrund:

- Übernahme von Verantwortung durch alle Personen und Institutionen, die in der Organisation und Umsetzung von Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen involviert sind
- Förderung der Selbsthilfe der Betroffenen
- Stärkung des Normalisierungsprinzips⁹⁸
- Grundsätzliche Klärung der Zuständigkeiten bei der Umsetzung psychiatrischer Betreuungsleistung.

Anmerkung: In dem folgenden Kapitel werden die Begriffe Teilhabekoordination und Teilhabekoordinator ergänzt durch Psychiatriekoordination bzw. Psychiatriekoordinator. Dies erfolgt, da im psychiatrischen Sektor, sowie in der oben genannten rheinland-pfälzischen Gesetzgebung (PsychKG - Koordinierungsstelle Psychiatrie) diese Termini explizit verankert sind und somit die erforderliche Kompatibilität gewährleistet wird.

⁹⁸ Normalisierungsprinzip: Entstanden in den 40/50er Jahren in den skandinavischen Ländern und in den 70er Jahren in Kanada und USA zu einer komplexen wissenschaftlichen Theorie weiterentwickelt. Nach dem Normalisierungsprinzip sollen nicht Menschen mit Behinderungen, sondern Lebensbedingungen normalisiert werden, um ein weitgehend normales Leben zu ermöglichen. Damit stellt das Normalisierungsprinzip einen Gegenpol zu dem traditionellen Prinzip der Be- und Aussonderung dar. Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Normalisierung - eine Chance für Menschen mit geistiger Behinderung. Große Schriftenreihe Bd. 14. Marburg 1986. Nirje, B.: Das Normalisierungsprinzip - 25 Jahre danach. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 63 (1994) 1, 12-32. Thimm, W.: Das Normalisierungsprinzip. Eine Einführung. Kleine Schriftenreihe der Bundesvereinigung Lebenshilfe Bd. 5. 5. Aufl. Marburg 1994.

6.3 Fachliche und strukturelle Rahmenbedingungen

6.3.1 Gemeindeintegration

Das wesentliche Ziel von Gemeindepsychiatrie ist die Integration der psychisch beeinträchtigten Menschen in das Gemeinwesen. Das Leben soll so normal und selbstverständlich wie möglich ablaufen, wie es aufgrund der psychischen Beeinträchtigung machbar ist. Hier gilt der Grundsatz „Soviel Betreuung wie notwendig, soviel Selbstständigkeit wie möglich“. In engem Kontakt mit dem Gemeinwesen (Orts- und Kirchengemeinden) wird darauf geachtet, dass die Umsetzung des Normalisierungsprinzips nicht auf Ablehnung im sozialen Umfeld stößt. Es gilt, behutsam und konsequent soziale Lebensverhältnisse zu entwickeln und begleitend, notwendige Betreuungsangebote zur Verfügung zu stellen.

Unter Berücksichtigung von individuellen Betreuungserfordernissen, gemeinde-psychiatrischen Vorgaben und der Einbindung in die regionale Versorgung sind die Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen gefordert, die Betreuungsangebote inhaltlich zu differenzieren und sie bei der Organisation und Umsetzung flexibel und in Kooperation mit anderen Leistungserbringern, zu handhaben. Die umfassende Differenzierung der Leistungsangebote trägt den rehabilitativen Zielen Rechnung und unterstützt die Integration von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in die Gemeinden. Eine konsequente Umsetzung der Prinzipien - Differenzierung, Flexibilisierung und Kooperation - durch die regionalen Leistungsanbieter psychiatrischer Hilfsangebote ist insofern notwendig, um den, auch im PsychKG manifestierten Anspruch von psychisch beeinträchtigten Menschen auf die benötigten Hilfen, zu erfüllen.

In diesem Zusammenhang stellt auch die Lebens- und Freizeitgestaltung einen wichtigen Bestandteil am Leben in der Gemeinde dar. Menschen realisieren in ihrem sozialen Umfeld die Akzeptanz ihrer Mitbürger vornehmlich bei der Gestaltung gemeinsamer Freizeitaktivitäten. Hier besteht die Aufgabe der psychiatrischen Leistungsanbieter darin, die vorhandenen Kultur- und Freizeitangebote gemeinsam mit dem Einzelnen in seinem Umfeld nutzbar zu machen. Auch hier steht das Gemeinwesen in einer besonderen Verantwortung.

6.3.2 Personenorientierung

Ergebnisse psychiatrischer Grundlagenforschung zeigen eindeutig die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer personen- und bedarfsorientierten Ausrichtung von Hilfsangeboten, statt der in der Vergangenheit üblichen institutionsbezogenen Konzeption der Leistungsgestaltung und -erbringung.⁹⁹

Aus dem systemischen Ansatz resultiert die Konsequenz, dass bei Behandlung und Therapie der einzelne psychisch kranke Mensch unbedingt im Kontext seines komplexen sozialen Gefüges gesehen werden muss. Die Erfahrungen aus der systemischen Orientierung verdeutlichen übrigens, wie stark traditionelle, institutionsorientierte Konzepte und Betreuungsformen zur Hospitalisierung und Chronifizierung und damit letztendlich zur Stigmatisierung von psychisch beeinträchtigten Menschen, beigetragen haben.

⁹⁹ Quelle: Kruckenberg, P., Aktion Psychisch Kranke(Hrsg.): Von der institutionsbezogenen zur personen-zentrierten Rehabilitation und Behandlung. Bonn 1994

Der systemische Ansatz bietet zusammen mit der personenorientierten Sichtweise die Möglichkeit, psychisch beeinträchtigte Menschen in akuten, krisenhaften Lebenssituationen in klinisch - stationärer Betreuung zu erleben, um sie anschließend auch außerhalb schwerer Lebenskrisen ambulant und adäquat begleiten zu können. Bedingt durch den systemischen Ansatz und die gemachten Erfahrungen kann die Selbsthilfefähigkeit, in Korrespondenz mit der Integration in die Gemeinde, wesentlich gefördert werden. Die Voraussetzungen hierfür sind, dass die Betroffenen Hilfeleistungen in Anspruch nehmen können, die ihrem jeweiligen psychischen Zustandsbild gerecht werden.

Dies bedeutet, dass sich die Planung der Hilfen nicht nur an den Defiziten, sondern vornehmlich an den Fähigkeiten der hilfesuchenden Person orientiert. Mit dem Betroffenen sind die Ziele der Hilfeplanung zu verhandeln und die daraus resultierenden Leistungen gemeinsam zu vereinbaren. Dieser noch in den Anfängen stehende Prozess der Hilfeplanung bedarf einer kontinuierlichen Begleitung und Fortentwicklung durch die Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen, in Kooperation mit den kommunalen Gebietskörperschaften und Leistungsträgern.

In den Gebietskörperschaften, in denen psychiatrische Leistungserbringer tätig sind, bedarf es einer konsequenten gemeinsamen Absprache aller Kooperationspartner. Die Plattform hierfür bilden die im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes geschaffenen, bzw. noch einzurichtenden regionalen Hilfeplankonferenzen. Als methodisches Instrument zur gesteuerten, prozesshaften Hilfeplanung findet in Rheinland-Pfalz der individuelle Hilfeplan (IHP) seine Anwendung.

Für die individuelle Hilfeplanung gilt der Grundsatz, dass die Hilfen dort zu erbringen sind, wo der psychisch beeinträchtigte Mensch seinen Lebensmittelpunkt hat.

Die Hilfeleistungen müssen sich am Normalisierungsprinzip orientieren, wobei Selbsthilfepotential und persönliche Fähigkeiten des Einzelnen im Vordergrund stehen. Individuelle, personenorientierte Hilfen stehen generell jedem psychisch beeinträchtigten Menschen zur Verfügung, wobei hier das Prinzip „Verhandeln statt Behandeln“ zum Tragen kommt.

Erfahrungen bei der Umsetzung des § 79 SGB XII (ehemals § 93 BSHG) in Rheinland-Pfalz zeigen die Notwendigkeit auf, den Prozess psychiatrischer Hilfeleistung konsequent vom institutionsbezogenen Denken weg, hin zu den personenbezogenen Leistungen, zu konzipieren.

6.3.3 Gemeindepsychiatrischer Verbund, Kooperation und Versorgungsverpflichtung

Alle Leistungsanbieter in einer Region müssen Verantwortung für die Erbringung von Hilfen übernehmen, damit die Entwicklung von der Institutionsorientierung hin zur personenbezogenen Leistungserbringung erfolgreich vollzogen werden kann. Es gilt, mit allen Leistungserbringern Kooperationen zu vereinbaren, die letztendlich die Schaffung eines gemeindepsychiatrischen Verbunds zum Ziel haben. Die im gemeindepsychiatrischen Verbund organisierten Leistungsanbieter gehen gegenüber den kommunalen Gebietskörperschaften die Verpflichtung ein, die Verantwortung zur Erbringung der notwendigen Leistungen zu übernehmen. In der Konkretisierung bedeutet dies, jedem psychisch kranken und beeinträchtigten Bürger einer Region die für ihn jeweils fachlich indizierten Hilfen zur Verfügung zu stellen, bzw. zu organisieren und dabei die aus seiner Sicht notwendigen Unterstützungsleistungen mit zu berücksichtigen.

Das Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung im Rahmen komplementärer gemeindepsychiatrischer Strukturen gibt den Anstoß für eine konsequente Weiterentwicklung und kontinuierliche Bedarfsanpassung gemeindepsychiatrischer Leistungssegmente. Für den Nutzer psychiatrischer Dienstleistung bedeutet dies ein hohes Maß an Sicherstellung der benötigten Hilfen.

6.3.4 Trialog

Der trialogische Ansatz in der Psychiatrie ist ein wesentliches Element der gemeindepsychiatrischen Betreuungskonzeption. Gemeint ist hiermit das partizipative Denken und Handeln der drei wichtigsten Zielgruppen im psychiatrischen Prozess: Der psychisch beeinträchtigte Mensch, seine Angehörigen, bzw. seine nächsten Bezugspersonen, sowie die professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeiter.

Im Zuge einer kontinuierlichen und systematischen Entwicklung der psychiatrischen Dienstleistung, hin zu einer gemeindepsychiatrischen Organisation, muss dieser Ansatz konsequent in deren Organisationsphilosophie implementiert werden. Ziel ist es, die Erfahrungen der psychisch beeinträchtigten Menschen und ihrer Angehörigen gleichberechtigt in das therapeutische Handeln einzubeziehen.

Krankheit und Symptomatik werden von den genannten Zielgruppen unterschiedlich wahrgenommen, erlebt und interpretiert. Hier schafft der Trialog als partizipativer und demokratischer Prozess die Möglichkeit, dass die am psychiatrischen Geschehen beteiligten Gruppen sich in ihrem Erleben, ihren Empfindungen, sowie in ihren Wert- und Zielvorstellungen möglichst authentisch kennen lernen und dies für ihr Miteinander nutzen. Im Trialog gehen die Beteiligten als Experten in eigener Sache aufeinander zu und geben sich damit die Chance, voneinander zu lernen und auf gleicher Augenhöhe miteinander umzugehen.

6.3.5 Das Leistungssystem "Gemeindenahe Psychiatrie"

Psychiatrische Hilfen werden in:

- klinisch stationäre und teilstationäre Angebote
- komplementäre Angebote und
- ambulante Angebote

unterteilt.

Die Planung konzentriert sich in Absprache mit der Kreisverwaltung auf den komplementären Bereich, betrachtet überwiegend die Wohn- und Betreuungsangebote und Teile der ambulanten Leistungsstruktur.

Der Bereich Arbeit wird aufgrund struktureller Gegebenheiten und bereits erfolgter Planungen, sowie damit verbundener Entscheidungen zur konkreten Umsetzung von Maßnahmen, ansatzweise untersucht und analysiert.

Die Übersicht präsentiert die Bausteine der gemeindenahen Psychiatrie.

Klinisch stationärer und teilstationärer Bereich	
▪ Akut- und Behandlungsstationen	▪ Tageskliniken

Komplementärer Bereich			
Stationäre Wohnbetreuung	Ambulante Wohnbetreuung	Tagesstrukturierende Betreuung	Arbeit
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohnheim 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WfbM ▪ Integrationsfirmen ▪ Zuverdienstmöglichkeiten ▪ Selbsthilfefirmen ▪ Integrationsfachdienst

Ambulanter Bereich						
Psychiatrische Institutsambulanzen	Niedergelassene Fachärzte	Psychotherapeuten	Beratungsstellen	Psychosozialer Dienst	Sozialpsychiatrischer Dienst	Ambulante Pflegedienste

6.3.6 Zusammenfassung:

Eine gemeindenaher Psychiatrie ist heute Standard psychiatrischer Versorgung. Darunter ist ein Struktur- und Leistungsverbund aus stationären, komplementären und ambulanten Hilfen zu verstehen, der für ein regionales Versorgungsgebiet die Therapie, Begleitung, Unterstützung, Betreuung und Beratung psychisch beeinträchtigter Menschen gewährleistet. Die ambulante Leistungserbringung gewinnt in diesem Kontext mehr und mehr an Bedeutung.

Eine Organisation der Leistungen und Hilfen im Verbund ist erforderlich, um ein Höchstmaß an sozialen, wie auch beruflichen Integrationschancen zu bieten. Insbesondere für chronisch psychisch kranke Menschen wird somit ein Maximum an Lebensqualität gesichert.

Durch die Verlagerung der Aufgaben auf verschiedene psychiatrische und nicht-psychiatrische Unterstützungssysteme wächst die Versorgungskomplexität. Daraus entstehen hohe Anforderungen an alle im System tätigen Partner in Bezug auf die Differenzierung und Flexibilisierung ihres Leistungsangebotes, sowie die Kooperation aller am Prozess Beteiligten.

Um die Qualität der Leistungsangebote zu sichern, bedarf es der Entwicklung fachlicher und regionaler Qualitätsstandards. Hierbei gewinnt bei der Gestaltung der psychiatrischen Struktur- und Prozesslandschaft das Prinzip der Triologie zunehmend an Bedeutung.

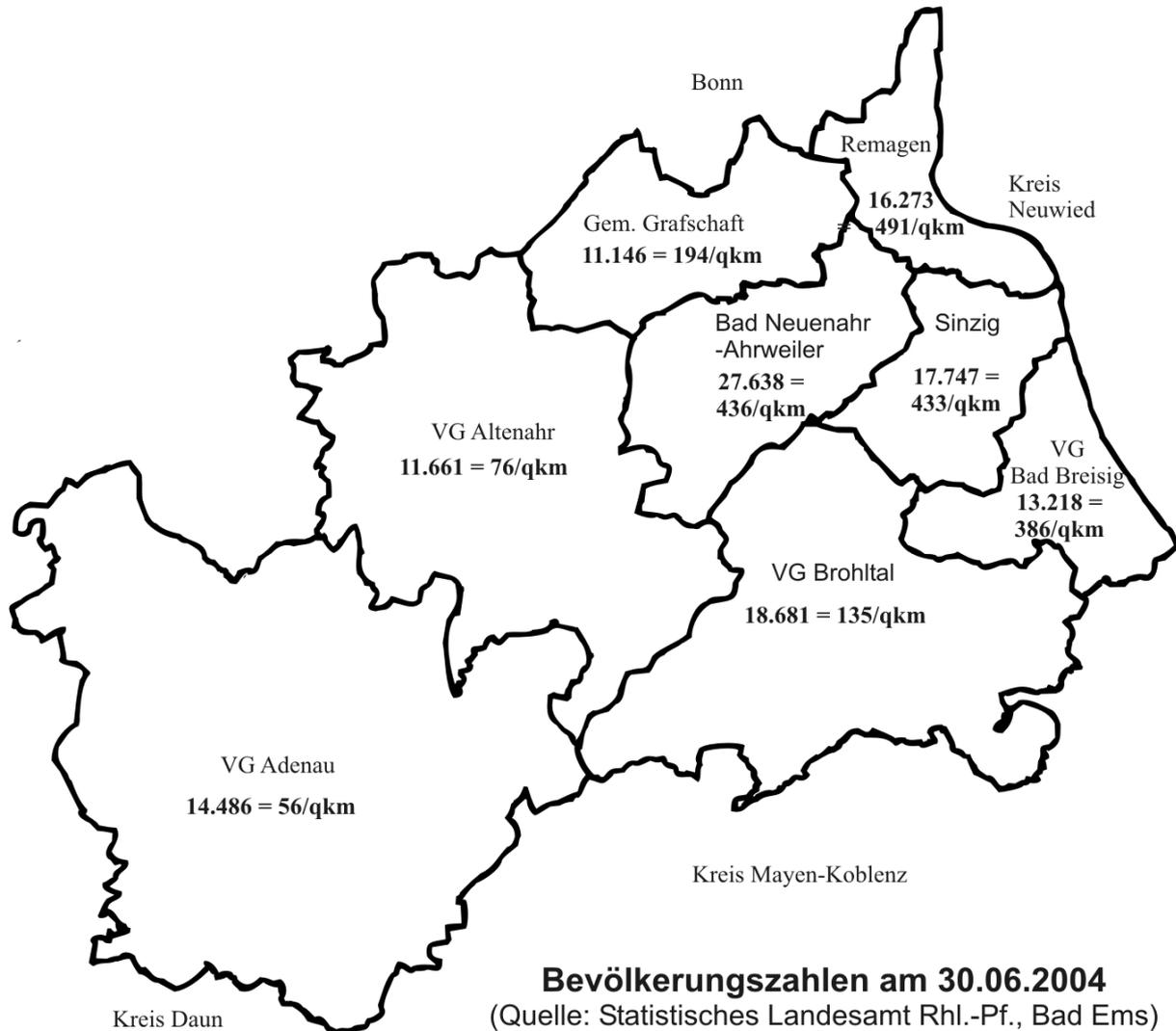
Wesentliche Eckpunkte zur obigen Zielerreichung sind:

- die Schaffung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes,
- die Erarbeitung einer Versorgungsvereinbarung, die eine Betreuung aller psychisch beeinträchtigten Menschen aus dem Landkreis unter regionalen Gesichtspunkten verbindlich festlegt,
- die inhaltliche Optimierung der bereits etablierten Hilfeplankonferenz,
- die Vernetzung aller vorhandenen Leistungsangebote, ggfls. durch den Abschluss entsprechender Kooperationsverträge,
- die Entwicklung verbindlicher Beteiligungsstrukturen für Psychiatrieerfahrene und ihre Angehörigen.

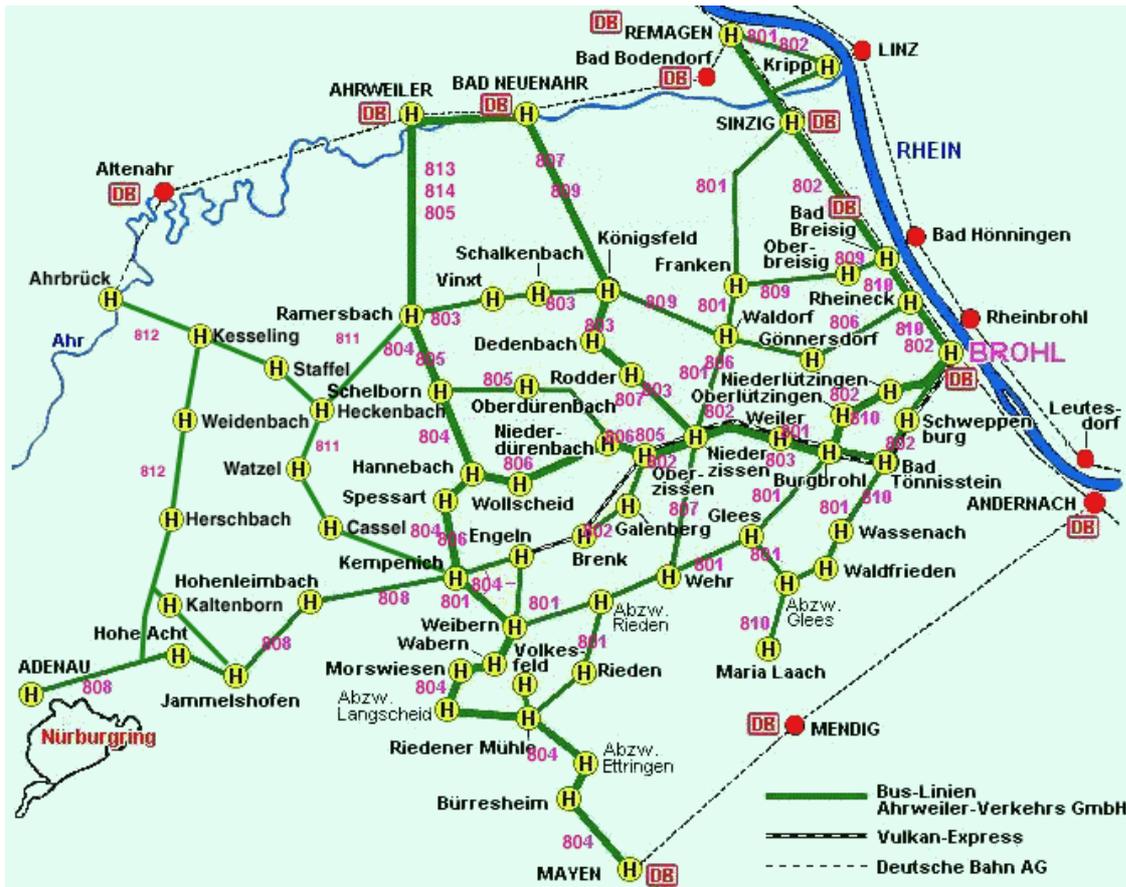
6.4 Regionale und geographische Rahmenbedingungen

Ausführungen zur Struktur des Landkreises Ahrweiler wurden bereits im Kapitel zur Teilhabe am öffentlichen Leben (Kapitel 3, vgl. insbes. S. 30ff.)

Eine Vielzahl der Leistungsanbieter halten ihr stationäres, ambulantes und teilstationäres Betreuungsangebot, sowie ihr klinisch-psychiatrisches Leistungsspektrum überwiegend im Rheintal (Region Bad Breisig - Sinzig - Remagen) und im Raum Bad Neuenahr-Ahrweiler vor. Dies hat zur Folge, dass für Nutzer von Diensten und Einrichtungen teilweise weite Wege zurückzulegen sind, insbesondere dann, wenn die Betroffenen außerhalb städtischer Ballungszentren wohnen und auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind.



Per Bahn sind das Ahrtal, das Rheintal, die Städte Bad Neuenahr-Ahrweiler, Sinzig, Remagen und Bad Breisig gut zu erreichen. Schwieriger wird es hingegen in den ländlichen Regionen. Zwar existiert ein umfangreich ausgebautes Nahverkehrsnetz, jedoch ist dies, aufgrund der ausgeprägten Flächenstruktur des Kreises, mit langen Anfahrtswegen und zum Teil umständlichen Verkehrsverbindungen verbunden.



Stationäre Wohnbetreuungsangebote für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung gibt es in

- 85 Plätze Wohn- und Pflegeheime Haus Schröder in Bad Breisig
- 52 Plätze Haus Bachtal in Burgbrohl
- 52 Plätze Haus Alexander in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Das Gemeindepsychiatrische Zentrum der Evangelischen Kirchengemeinde Bad Neuenahr mit tagesstrukturierenden und ambulanten Leistungsangeboten

- 12 Tagesstättenplätzen
- 36 Plätzen Betreutes Wohnen

befindet sich in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Die beiden psychiatrischen Fachkliniken - „Dr. von Ehrenwall’sche Klinik“ mit

- 130 Plätzen Psychiatrie
- 20 Plätzen Neurologie
- 50 Plätzen Medizinische Rehabilitation (psychiatrische, neurologische Diagnosen)
- 15 Plätzen Tagesklinik und

„DRK-Fachklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie“ mit

- 30 Plätzen Psychiatrie

- 10 Plätzen Tagesklinik

sind ebenfalls in Bad Neuenahr - Ahrweiler angesiedelt.

Eine Arbeitsmöglichkeit für psychisch beeinträchtigte Menschen besteht derzeit in den Caritas Werkstätten (WfbM) in Sinzig, einer Werkstatt die jedoch in erster Linie für Menschen mit einer geistigen Behinderung konzipiert ist. Mittlerweile wurde der Bau einer WfbM für psychisch beeinträchtigte Menschen in einer Größenordnung von 35 Plätzen am gleichen Standort und in identischer Trägerschaft genehmigt, ergänzt durch einen Integrationsbetrieb mit 10 Arbeitsplätzen (Stand: Dezember 2004).

Für Bürger aus der Gemeinde Grafschaft, der Stadt Remagen und aus den Verbandsgemeinden Altenahr, Brohltal sowie Adenau sind diese Institutionen zum Teil nur in Verbindung mit langen Anfahrtszeiten erreichbar. Dies führt in einer Reihe von Fällen dazu, dass Wohnbetreuungs- und Arbeitsangebote außerhalb des Landkreises in Anspruch genommen werden.

Abbildung 8: Dienste und Einrichtungen im Landkreis Ahrweiler



6.5 Datenlage und Bewertung - Ziele und Empfehlungen – Maßnahmen

6.5.1 Erwartungen an die Planung

Alle befragten Personen und Institutionen bewerten die Initiative einer detaillierten analytischen Befragung im Kreis Ahrweiler durch die Kreisverwaltung als zukunftsorientierte und positiv - perspektivisch angelegte Maßnahme.

Speziell die dialogisch konzipierte Vorgehensweise im Planungsprozess findet allenthalben die Zustimmung der Beteiligten.

Alle Mitwirkenden innerhalb der Planungsregion erwarten dabei eine konkrete Bedarfsermittlung und hieraus abgeleitete Vorschläge für neue Angebotstrukturen im Landkreis.

Gleichzeitig werden Anregungen und Unterstützung bei der Umsetzung von gemeindenahen, personenzentrierten und dezentralen Angeboten unter den folgenden Aspekten gewünscht:

- zunehmende Entwicklung von Kooperationen und Verbänden
- Ambulantisierung
- Erweiterung und Veränderung der vorhandenen Leistungsangebote

Die Entwicklung der individuellen Hilfeplanung, sowie die Implementierung personenzentrierter Betreuungsangebote sollen weiter forciert und ebenso, wie die gesellschaftliche Integration psychisch beeinträchtigter Menschen, gefördert werden. Außerdem werden Informationen über demographische Faktoren und ihre Konsequenzen und Auswirkungen für Leistungsanbieter, Kostenträger und Klientel erwartet.

Tabelle 15: Versand und Rücklauf der Fragebögen zur Teilhabeplanung der Organisationen und Institutionen im Planungsbereich Menschen mit psychischer Beeinträchtigung

	Versand	Rücklauf	Rücklaufquote
Dienste & Einrichtungen im Kreisgebiet	25	9	36,00%
Dienste & Einrichtungen außerhalb des Kreisgebiets	8	6	75,00%
Förderverein gemeindenahe Psychiatrie	1	1	100,00%
Betreuungsvereine/Berufsbetreuer	22	6	27,27%
Gesamt ¹⁰⁰	56	22	39,29%

Die Rückmeldung, dass kein Rücklauf erfolgen wird, gaben zwei der befragten Dienstleister.

¹⁰⁰ Anmerkung: Eine konkrete Auflistung finden Sie im Anhang

Tabelle 16: Versand und Rücklauf der Fragebögen zur Teilhabeplanung der Organisationen und Institutionen im Planungsbereich Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und/oder geistiger, körperlicher, Sinnesbehinderung

	Versand	Rücklauf	Rücklaufquote
Dienste & Einrichtungen im Kreisgebiet	46	23	50,00%
Dienste & Einrichtungen außerhalb des Kreisgebiets	85	15	17,65%
Gesamt ¹⁰¹	131	38	29,01%

Die Rückmeldung, dass kein Rücklauf erfolgen wird, gaben einundzwanzig der befragten Dienstleister.

Vertiefende Gespräche anhand von standardisierten Interviewbögen wurden mit Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, Heim- und Werkstatträtern, Kostenträgervertretern und Leistungsanbietern an folgenden Stellen durchgeführt

Ort/Einrichtung/Institution	Interviewpartner
Kreisverwaltung AW	Abteilungsleiter Soziale Hilfen Sozialarbeiterin Soziale Hilfen Sachbearbeiter Soziale Hilfen
Gesundheitsamt AW	Facharzt für Psychiatrie
Förderverein gemeindenaher Psychiatrie	Vorsitzender des Fördervereins, sowie weitere Angehörige
Psychiatrieerfahrene	Psychiatrieerfahrene (im Gruppengespräch)
Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik	Mitarbeiter des Sozialdienstes Psychiatrieerfahrene
DRK-Fachklinik	Leitende Ärztin
Fachärzte für Psychiatrie	Niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Haus Alexander	Leiter der Einrichtung
Wohn- und Pflegeheim Schröder	Leiter der Einrichtung Mitarbeiterin im Betreuungsdienst Vorsitzende des Heimbeirates Unternehmensberaterin
Haus Bachtal	Leiter der Einrichtung Pflegedienstleitung Mitarbeiterin im Betreuungsdienst Vertreter des Heimbeirates
GPZ –Lichtblick Bad Neuenahr	Leiter der Einrichtung Psychiatrieerfahrene
Caritas Werkstätten Sinzig	Werkstattleiter Leiter Sozialdienst Vertreterin des Werkstattrates
Beruflicher Integrationsfachdienst	Leiter

¹⁰¹ Anmerkung: Eine konkrete Auflistung finden Sie im Anhang

Zwei befragte Institutionen äußerten, dass sie keinerlei Erwartungen an die Planung hätten. Es handelt sich hierbei um Einrichtungen außerhalb der Versorgungsregion und zwar um den Wohn- und Arbeitshof Niederburg und um das Haus Rheinfrieden in Rhöndorf.

6.5.2 Angaben zur Methodik, Begründungsansätze, Berechnungsgrundlagen

Der Abschnitt 6.5 unterliegt grundsätzlich folgender Gliederung:

- a. Ausgangssituation
 - b. Datenlage
 - c. Einschätzung
 - d. Empfehlungen
- Ziele
- Maßnahmen

Für die Datenlage liegen die Originalaussagen aus den schriftlichen Befragungen und Interviews vor.

Basis für die fachliche Einschätzung im Kontext der Planung und Grundlage für die Empfehlungen und das Ableiten von Zielen und Maßnahmen sind zum einen die konkreten Hinweise der Interviewpartner, sowie die aktuellen, angewandten Qualitätsstandards in der Komplementärpsychiatrie, ergänzt durch Vergleichsuntersuchungen aus anderen Regionen.

Hierbei handelt es sich um Datenmaterial aus der Landespsychiatrieplanung Hessen 2002, der Psychiatrieplanung im Landkreis Mayen-Koblenz 2000 und des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe 1998.

Die in diesen Planungen eruierten Bedarfszahlen basieren auf Erfahrungswerten bzgl. der zugrunde gelegten Versorgungsstruktur, z.B. Betreutes Wohnen. Wissenschaftlich fundierte Basiswerte in der Korrelation zu den jeweiligen Bevölkerungszahlen liegen unseres Wissens in der Bundesrepublik zur Zeit nicht vor.

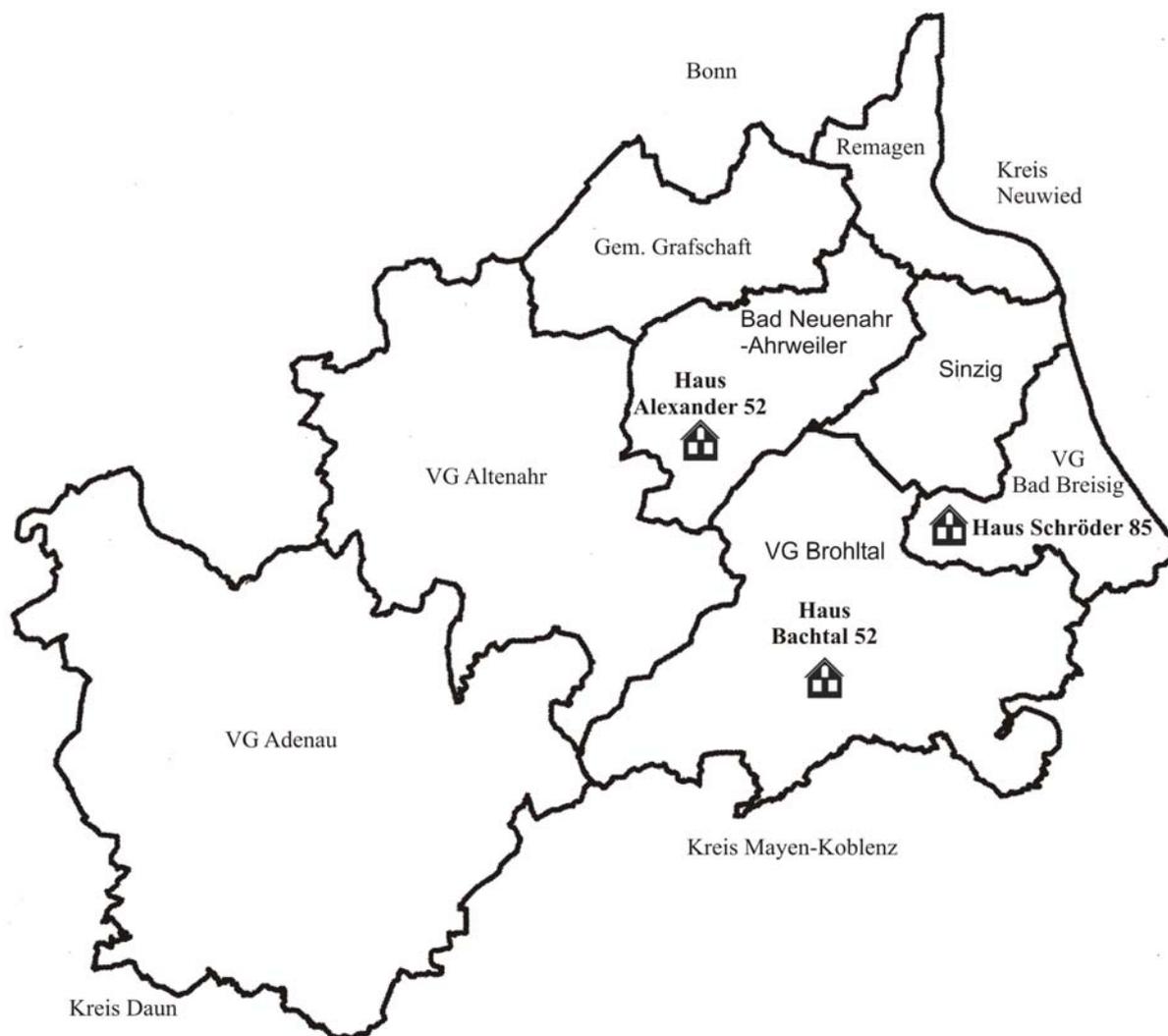
Zum Erhalt von Anhaltszahlen für den Bedarf im Landkreis Ahrweiler haben wir den Mittelwert aus den vorliegenden Untersuchungen, bezogen auf die jeweilige Betreuungsstruktur, gebildet und tabellarisch dargestellt.

Das Datenmaterial aus Hessen fand auf Grund seiner Aktualität Verwendung, die Kreise Mayen-Koblenz, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe wurden wegen der regionalen und infrastrukturellen Vergleichbarkeit ausgewählt.

6.5.3 Stationäre Wohnbetreuung – Die Wohnheimsituation

a. Ausgangssituation

Abbildung 9: Stationäre Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler



Aktuelle Kapazitätsgrößen:

- Bad Neuenahr-Ahrweiler: 52 Plätze Haus Alexander
- Bad Breisig: 85 Plätze Wohn- und Pflegeheime Schröder
- Burgbrohl: 52 Plätze Haus Bachtal

Die stationären Wohnbetreuungsangebote der obigen Leistungsanbieter konzentrieren sich auf die Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler, sowie auf die Verbandsgemeinden Bad Breisig und Brohltal.

In den Einrichtungen leben überwiegend Menschen, die nicht direkt aus der hiesigen Versorgungsregion stammen. Geht man von der Kostenträgersituation aus, werden von den insge-

samt 189 Klienten, nur 33 Personen (17,46%) durch die Kreisverwaltung Ahrweiler finanziert (Stand Juni 2005). Darüber hinaus finanziert der Landkreis 54 vollstationäre Wohnbetreuungen von primär psychisch beeinträchtigten Menschen außerhalb des Landkreises (Stand Juni 2005).¹⁰²

Differenzierte, stationäre Leistungsangebote sind im Landkreis nicht ausreichend vorhanden, Klienten definieren im Rahmen der Selbstbestimmung ihren Wohnsitz außerhalb des Landkreises.

Die einzelnen Leistungsangebote im Kreis Ahrweiler richten sich schwerpunktmäßig an folgende Klientelgruppen:

Haus Alexander:	Pflegeheim für volljährige, psychisch behinderte Menschen mit Psychosen, epileptischen Grunderkrankungen Aufnahmealter ab 18 Jahre 20 regional belegte Plätze 32 überregional belegte Plätze ¹⁰³
Haus Bachtal:	Betreuung und Förderung psychisch und mehrfach behinderter Frauen und Männer ab 45 Jahren; Trainingswohngruppe am Standort (3 Plätze) 9 regional belegte Plätze 41 überregional belegte Plätze
Wohn- und Pflegeheime Schröder:	Einrichtung für psychisch behinderte Männer und Frauen ab 30 Jahren; 3 Appartements (6 Plätze); Trainingswohngruppe am Standort (3 Plätze) 14 regional belegte Plätze 63 überregional belegte Plätze

Stand Dezember 2004

Intensiv betreute Wohnangebote (Außenwohngruppen) sind derzeit nicht vorhanden.

b. Datenlage

Zur Frage des Bedarfs und zur Konzeption stationärer Wohnbetreuungsangebote wurden folgende Aussagen und Einschätzungen durch die Datenhalter gemacht:

- Nach Aussage des Fördervereins sind zur Zeit keine differenzierten Wohn- und Betreuungsangebote vorhanden. Derzeit sind die Einrichtungen mit verschiedenen Klientelgruppen (geistig behinderte Menschen, psychisch beeinträchtigte Menschen, Suchtkranke) belegt, die eine jeweils ihrem spezifischen Anforderungsprofil entsprechende Betreuungsform benötigen, diese jedoch nur bedingt erhalten.
- Nach der Erreichung einer entsprechenden Binnendifferenzierung innerhalb der vorhandenen Leistungsangebote entfielen nach Meinung des Fördervereins die Notwendigkeit einer Kapazitätserweiterung im stationären Bereich.

¹⁰² Quelle: Aktuelles Zahlenmaterial der Kreisverwaltung Ahrweiler (Stand Juni 2005)

¹⁰³ Die überregional besetzten Plätze in den drei Einrichtungen beziehen mögliche Selbstzahler ein.

- Sollten Kapazitätserweiterungen im stationären Bereich in Erwägung gezogen werden, favorisieren die befragten stationären Leistungsanbieter, Haus Alexander, Haus Bachtal und die Wohn- und Pflegeheime Schröder, intensiv betreute Wohnformen als Bestandteil komplexer Betreuungsangebote in den Regionen Remagen - Sinzig - Bad Breisig und Adenau. Die VG Brohltal als Angebotsstandort wurde nicht erwähnt.
- Zwölf von vierzehn befragten psychisch beeinträchtigten Menschen favorisieren eindeutig das Leistungsangebot der ambulanten Wohnformen gegenüber den stationären Wohn- und Betreuungsstrukturen.
- Im Rahmen der stationären Wohnangebote werden durch die befragten Klienten einrichtungsinterne, individualisierte Wohnmöglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität eingefordert (z.B. Appartementwohnen, Einzelzimmer).
- Für Klienten mit Doppeldiagnosen und/oder sozial auffälligem Verhalten (z.B. Menschen mit ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen, psychosekranke Menschen mit unterschiedlicher Suchtproblematik) wird von den drei Angehörigenvertretern des Fördervereins gemeindenaher Psychiatrie eine Kapazitätserweiterung bzw. Angebotsdifferenzierung für erforderlich gehalten.
- Ferner wurde von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen im Förderverein (gemeinsames Interview mit drei Angehörigen und zehn Betroffenen) angemerkt, dass aus ihrer Erfahrung zunehmend jüngere psychisch kranke Menschen, neben einer teilstationären oder ambulanten Betreuung, auch eines speziell für diese Zielgruppe entwickelten stationären Wohnangebotes bedürfen.
- Die außerhalb der Versorgungsregion liegende Suchthilfeeinrichtung „Cleantime Drogenhilfe“ in Mayen-Kürrenberg, benennt die Notwendigkeit zur Schaffung einer „suchtspezialisierten Übergangseinrichtung“ im Landkreis.
- Die DRK - Beratungs- und Koordinierungsstelle in Sinzig sieht einen Bedarf bei psychisch kranken, pflegebedürftigen, jüngeren Personen vor allem im Bereich adäquater Wohnmöglichkeiten mit gekoppelter Tagesbetreuung (Tagesstrukturierende Angebote).
- Das Alten- und Pflegeheim St. Maria Josef in Bad Neuenahr-Ahrweiler benennt aufgrund der steigenden Anzahl demenziell erkrankter älterer Menschen einen Bedarf an Wohn- und Pflegeangeboten für diese Zielgruppe.
- Die stationären und ambulanten Leistungsanbieter Haus Alexander und das GPZ Haus-Lichtblick weisen explizit auf die Bedeutung und Notwendigkeit institutionell und inhaltlich miteinander vernetzter Versorgungsstrukturen hin.
- Eine Öffnung der vorhandenen stationären Angebote für externe Nutzer wird von dem größten Teil der Interviewten (Angehörige, Psychiatrieerfahrene, die stationären Leistungsanbieter) als sinnvoll erachtet. Dabei kommt zum Ausdruck, dass einerseits die Leistungsanbieter bereit sind, bestehende Angebote für diese Zielgruppe zu öffnen, andererseits die Psychiatrieerfahrenen ein Interesse an der Inanspruchnahme von tagesstrukturierenden Maßnahmen, Freizeit- und Tagesprojekten zeigen.

c. Einschätzung

Auf Grund der Ergebnisse der Befragung sehen wir zum einen den hohen Bedarf an individuellen Wohnformen und andererseits die Notwendigkeit einer stärkeren Differenzierung der vorhandenen stationären Leistungsangebote.

Die Realisierung des obengenannten Bedarfs setzt die Struktur einer differenzierten, flexibel gestalteten Komplementärversorgung voraus.

Die Erfahrung aus anderen rheinland-pfälzischen Landkreisen (Kreis Mayen-Koblenz, Stadt Koblenz, Kreis Trier-Saarburg, Kreis Bitburg-Prüm) zeigt, dass durch den Aufbau differenzierter Komplementärversorgung der Bedarf an stationärer Wohnbetreuung abnimmt.

Diese Sichtweise spiegelt die Entwicklung innerhalb der Gemeindepsychiatrie in den letzten Jahren, unter der fachlichen Prämisse „ambulant vor stationär“, wider.

Legt man die Ergebnisse aus anderen Versorgungsregionen zugrunde, ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren der Bedarf an stationärer Wohnbetreuung zurückgehen wird .

Entsprechende Vergleichszahlen sind jedoch kaum vorhanden. Hessen zum Beispiel benennt einen Kapazitätsbedarf von lediglich ca. 32 Plätzen stationärer Wohnbetreuung auf 100.000 Einwohner, Westfalen - Lippe 40 auf 100.000, der Kreis Mayen-Koblenz kommt in seinen Planungen auf den gemittelten Wert von 49 auf 100.000. Dies ergibt einen rechnerischen Bedarf von insgesamt 52 stationären Wohnbetreuungsplätzen für den Kreis Ahrweiler.⁸

Tabelle 17: Bedarfseinschätzungen stationäre Angebote

Rheinland-Pfalz	ca. 49 auf 100.000 (gemittelter Wert)	Psychiatrieplanung Landkreis Mayen-Koblenz 2000
Hessen	ca. 32 auf 100.000	Psychiatrische Versorgung in Hessen (Entwicklung bis 2007), 2002
Nordrhein-Westfalen	ca. 40 auf 100.000	Psychiatrieplanung Westfalen-Lippe 1998

Sollte es zu einer Erweiterung der stationären Wohnbetreuungsangebote kommen, ist bei der Standortauswahl darauf zu achten, dass möglichst die schon vorhandene Infrastruktur berücksichtigt und genutzt wird. Ob die Wohnangebote im städtischen oder ländlichen Bereich angesiedelt sind, spielt hierbei aus Sicht der Betroffenen nur eine untergeordnete Rolle. In den Interviews mit Psychiatrieerfahrenen äußern fünf von zehn Personen, dass es ihnen in erster Linie wichtig ist, dass die erforderlichen Angebote möglichst in der Nähe ihres derzeitigen Lebensmittelpunkts zur Verfügung stehen, damit sie nicht aus ihrem vertrauten und häufig auch stabilisierendem Umfeld heraus müssen.

⁸ Siehe Hinweis zur Berechnungsmethodik Seite 16

Eine möglichst effektive und effiziente Gestaltung des Wohnangebotes wird durch eine Kombination von stationären und ambulanten Wohnformen in einem regionalen Versorgungsgebiet erreicht - nicht Quantitäts- sondern Qualitätserfordernisse sind hier primär gegeben.

Regionales Versorgungsgebiet meint die Region, in der durch die Leistungserbringer im Rahmen der bestehenden Versorgungsverpflichtung jedem psychisch kranken Bürger dieser Region ein adäquates Betreuungsangebot zur Verfügung gestellt wird.

Realisiert werden kann dieser Grundsatz durch die Schaffung eines Kombinationsangebotes bestehend aus Wohnangeboten, tagesstrukturierenden und ambulanten Leistungen, etwa in Form eines Gemeindepsychiatrischen Betreuungszentrums (GPZ).

Bei der Einbettung der stationären Wohnbetreuungsangebote in komplexe Versorgungsstrukturen kann zwangsläufig eine Öffnung der Angebote für andere Betreuungsformen (Freizeit- und Tagesstrukturierung) erfolgen.

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass ca. 54 psychisch beeinträchtigte Menschen des Kreises Ahrweiler außerhalb der Versorgungsregion, in stationärer Wohnbetreuung leben.

Daher müssen entsprechende Planungen, bezogen auf eine Rückführung der Klientel in die Heimatregion (im Sinne einer Regionalisierung und Enthospitalisierung), in einer eigenen Konzeption erarbeitet werden, hierbei sollten in erster Linie die Interessen der Betroffenen im Vordergrund stehen.

33 Betreute in den stationären Angeboten sind Bürger des Landkreises Ahrweiler. Mit den zur Zeit vorhandenen stationären Kapazitäten könnten alle psychisch kranken Menschen in stationärer Betreuung aus dem Kreis Ahrweiler versorgt werden. Ob tatsächlich alle hiervon Betroffenen diese Versorgungsform benötigen muss durch aktuelle, individuelle Hilfeplanungen festgestellt werden.

Dies wiederum hat Auswirkungen auf den konkreten Bedarf stationärer Versorgung.

d. Empfehlungen

Ziel: Die Angebote an stationären Wohnformen sind den aktuellen und künftig zu erwartenden Bedarfen angepasst.

(Die Bedarfsermittlung an stationärer Wohnbetreuung ergab auf Grund der vergleichbaren Berechnungen in anderen Versorgungsregionen eine Soll-Kapazität von 52 Plätzen für den Landkreis Ahrweiler.)

Maßnahmen:

- Steuerung der Messgröße, in Abstimmung mit dem Land, in einem Übergangszeitraum von maximal 10 Jahren.
- Von Beginn der Umsetzung bis zu diesem Zeitpunkt sind 80% der Betreuten in stationärer Wohnform, Bürger des Kreises Ahrweiler. Langfristiges Ziel ist es, diese Maßnahme bei einer Quote von 100% anzusiedeln. Unabhängig davon hat jeder psychisch Beeinträchtigte das Recht seinen Wohnort da zu begründen wo er möchte. Zu berücksichtigen sind dabei die hohe Fremdbelegungsquote im Landkreis (156), sowie die Zahl der extern betreuten Klienten (54), die aus dem Landkreis Ahrweiler stammen.

- Erstellen von aktuellen, individuellen Hilfeplänen für die Menschen in stationärer Versorgung, innerhalb und außerhalb des Landkreises.
- Bearbeitung der individuellen Hilfepläne durch die Hilfeplankonferenz.
- Die stationären Leistungsanbieter der psychiatrischen Wohnversorgung führen mit den Anbietern der Alten- und Suchthilfe regelmäßige Überprüfungen durch, mit dem Ziel, klientenspezifische Bedarfe abzugleichen bzw. zu verändern und zu optimieren. Die Maßnahme dient dazu Fehlbelegungen aus fachlicher Sicht zu vermeiden.

Ziel: Die stationäre Wohnbetreuung wird in fachlich differenzierter Form gemeindenah angeboten.

Maßnahmen:

- Die Klientelgruppen in den stationären Wohnangeboten werden analog ihrer Beeinträchtigung differenziert.
- Die Betreuungsinhalte orientieren sich an den noch vorhandenen Ressourcen der Betreuten.
- Wohngruppen mit gemischter Klientel werden entsprechend der Zieldefinition verändert. Für diese Maßnahme ist eine Übergangszeit von 2 Jahren vorgesehen.
- Die stationäre Wohnbetreuung baut auf der vorhandenen Infrastruktur des Landkreises auf.
- In den existierenden Mittelzentren werden Betreuungszentren eingerichtet, durch die eine Erreichbarkeit in zumutbarer Wohnortnähe gemeindenah gewährleistet wird. Nach kommunaler Entscheidung erfolgt die Umsetzung sukzessive.

Ziel: Das Leistungsangebot der stationären Wohnbetreuungsanbieter beinhaltet spezifische Leistungsangebote für Menschen mit Doppeldiagnosen, unter besonderer Berücksichtigung von jüngeren psychisch beeinträchtigten Menschen.

Maßnahmen:

- Ein Teil der im Abbauprozess freiwerdenden Kapazitäten an stationären Wohnheimplätzen wird zukünftig dafür genutzt, Angebote für „Doppeldiagnostiker“ und/ oder „sozial auffällige“ jüngere psychisch beeinträchtigte Menschen vorzuhalten.
- Diese Maßnahme ist als kontinuierlicher Prozess alsbald zu beginnen.

Ziel

Das Leistungsangebot der stationären Wohnheimanbieter verfügt über eine erforderliche Anzahl intensiv betreuter Wohnplätze (AWG).

Maßnahmen:

- Unter dem Aspekt einer differenzierten Versorgungsstruktur ist festzuhalten, dass es im Landkreis Ahrweiler keine intensiv betreuten Wohnangebote (Außenwohngruppen) gibt. Unter der Berücksichtigung der Wohnortnähe und des sozialen Umfelds sind an geeigneten Standorten Angebote zu schaffen, als Zwischenwohnform zur ambulanten Wohnbetreuung. Mit der Umsetzung ist sofort nach Verabschiedung der Planung zu beginnen.

6.5.4 Ambulante Wohnbetreuung – Das „Betreute Wohnen“

a. Ausgangssituation

Abbildung 10: Angebote des Betreuten Wohnen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler



Aktuelle Kapazitätsgrößen:

- Landkreis Ahrweiler: 36 Plätze:
- Adenau 1, Antweiler 1, Bachem 4, Bad Neuenahr-Ahrweiler 22, Hönningen 1, Honerath 1, Hümmel 1, Mayschoß 1, Remagen 2, Sinzig 2

Die Evangelische Kirchengemeinde Bad Neuenahr ist alleiniger Anbieter im Betreuten Wohnen für den Landkreis Ahrweiler. 2004 wurde eine Erhöhung der Platzkapazität von ursprünglich 24 auf 36 Plätze in Abstimmung mit dem Landkreis Ahrweiler durchgeführt.

Es wird deutlich, dass mit 22 Plätzen eine Konzentration auf das Stadtgebiet Bad Neuenahr-Ahrweiler gegeben ist und andere Regionen im Kreis unterversorgt sind.

b. Datenlage

Eine Gruppe von psychiatrienerfahrenen Menschen im Kreis Ahrweiler vertritt die Meinung, dass in den Regionen Remagen - Sinzig - Bad Breisig, Altenahr und Adenau eine Kapazitätserweiterung für das „Betreute Wohnen“ erfolgen sollte.

Die Vertreter des Fördervereins „Gemeindenahe Psychiatrie im Kreis Ahrweiler“, die gleichzeitig Angehörige sind, bestätigen ebenfalls den vorgenannten Bedarf.

Die Kreisverwaltung Ahrweiler vertritt die Meinung, dass im gesamten Landkreis, mit Ausnahme der Kreisstadt Bad Neuenahr-Ahrweiler, ein Erweiterungsbedarf der Plätze im „Betreuten Wohnen“ existiert.

Die Evangelische Kirchengemeinde Bad Neuenahr sieht weitere Bedarfe im gesamten Landkreis, darüber hinaus sieht sie einen zusätzlichen Bedarf ergänzend zu der bisher bestehenden Kapazität in der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Bezogen auf die Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler benennt der Förderverein ebenfalls einen Erweiterungsbedarf.

Das Wohn- und Pflegeheim Schröder sieht die Notwendigkeit einer Erweiterung in den Regionen Remagen, Sinzig und Bad Breisig. Dieser spezielle Bedarf wird auch von dem Vertreter der Fachärzte des Landkreises, sowie den Interviewpartnern der "Dr. von Ehrenwall'schen Klinik" bestätigt; von den Letztgenannten werden zudem in der VG - Adenau Bedarfe gesehen.

Die Interviewpartner der "Dr. von Ehrenwall'schen Klinik" benennen speziell für Klienten mit Hebephrenie, Doppeldiagnosen, Persönlichkeitsstörungen und traumatisierten Personen einen Bedarf an ambulanten Wohnformen.

Der Vertreter der Fachärzte und eine Psychiaterin benennen einen expliziten Bedarf an „Betreutem Wohnen für junge Eltern“.

Die Leitung des Wohnheims „Haus Bachtal“ beschreibt einen Bedarf für die Klientel über 45 Jahre, an Demenz erkrankte Menschen, sowie „abgebaute“ Alkoholiker.

In Zusammenhang zur Bedarfsabfrage im „Betreuten Wohnen“ wurden folgende ergänzende Themen benannt:

- Beratungskompetenz (z.B.: Berufliche Kompetenz der Mitarbeiter, Kenntnis der psychiatrischen Landschaft, praxisnahe Beratung) (Psychiaterin)
- Variable Zeitkontingente im Krisenfall (Psychiaterin, Wohn- und Pflegeheim Schröder)
- Schnittstelle tagesstrukturierende Maßnahmen (Psychiaterin)

- Schnittstelle „Persönliches Budget“ (Haus Alexander, GPZ-Lichtblick, Caritas Werkstätten Sinzig)
- Mobiler Mittagstisch (Psychiatrieerfahrene, Leistungsträger und Angehörige, „Dr. von Ehrenwall’sche Klinik“)
- „Zeit- und leistungsreduzierte Arbeitsplätze“ innerhalb und außerhalb einer WfbM (Dr. von Ehrenwall’schen Klinik)
- Geeigneter und finanzierbarer Wohnraum (Psychiatrieerfahrene und Angehörige)

c. Einschätzung

Legt man die in der unteren Tabelle aufgeführten Erfahrungswerte für die Bemessung des Bedarfes im „Betreuten Wohnen“ zugrunde, kommt man auf eine Bedarfszahl für den Landkreis Ahrweiler von 54 Plätzen. Somit ergibt sich für die Erweiterung der Platzkapazität im „Betreuten Wohnen“ zur Zeit ein Bedarf von 18 weiteren Plätzen. Hinzu kommen gegebenenfalls weitere Plätze im Rahmen von regionalen Enthospitalisierungsprojekten und der Rückführung von Menschen aus stationärer Wohnbetreuung in anderen Landkreisen, in ihre Heimatregion. Hierzu lässt sich zur Zeit keine genaue Kapazität benennen, denn die Anzahl psychisch beeinträchtigter Menschen, die hierfür in Frage kommen, muss im Kreis Ahrweiler noch ermittelt werden.

Tabelle 18: Bedarfseinschätzung Betreutes Wohnen

Rheinland-Pfalz	35 auf 100.000	Psychiatrieplanung Landkreis Mayen-Koblenz 2000
Hessen	58 auf 100.000	Psychiatrische Versorgung in Hessen (Entwicklung bis 2007), 2002
Nordrhein-Westfalen	32 auf 100.000	Psychiatrieplanung Westfalen-Lippe 1998

Beim Aufbau weiterer Betreuungsstrukturen sollte in Betracht gezogen werden, die bereits vorhandene Infrastruktur zu nutzen. Ob die Angebote im städtischen oder ländlichen Bereich angesiedelt sind, spielt hierbei aus Sicht der Psychiatrieerfahrenen keine wesentliche Rolle, da es ihnen in erster Linie darauf ankommt, auf ein erforderliches Angebot in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld zugreifen zu können.

Es ist wichtig, dass die Klienten des „Betreuten Wohnens“ auf eine regional vorhandene Infrastruktur zurückgreifen können. Dies gilt sowohl für den normalen Lebensalltag (Einkauf, Freizeit etc.), als auch für weitere unterstützende psychiatrische und nichtpsychiatrische Hilfen.

Die Dienste des „Betreuen Wohnens“ müssen auch in Geh-Struktur organisiert sein, damit sie den Klienten dort betreuen können, wo dieser seinen Lebensmittelpunkt hat.

Wenn die Selbstbestimmung der Klienten Leitansatz bei der Weiterentwicklung von Wohnangeboten ist, gilt die Prämisse, die ambulante Wohnbetreuung vorrangig zu sehen. Bei der Umsetzung entsprechender Strukturen in der kommunalen Verantwortung muss dieser Tatsache Rechnung getragen werden. Gleichzeitig wird hiermit ein hoher Standard, fachliche Anforderung, sowie das Prinzip der gemeindenahen Versorgung erfüllt.

Das Land Rheinland-Pfalz hat als Grundlage für das „Betreute Wohnen“ einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit den kommunalen Gebietskörperschaften abgeschlossen, der ab 01.01.2005 gilt.

d. Empfehlungen

Legt man die ermittelte Bedarfsgröße von 54 Plätzen zugrunde und setzt diesen Wert in Relation zur absoluten Bevölkerungszahl der einzelnen Gebietskörperschaften, ergibt sich zunächst folgende rechnerische Verteilung:

- Adenau 6 Plätze
- Altenahr 5 Plätze
- Bad Breisig 5 Plätze
- Bad Neuenahr-Ahrweiler 11 Plätze
- Brohltal 8 Plätze
- Grafschaft 5 Plätze
- Remagen 7 Plätze
- Sinzig 7 Plätze

Die Zahlen verstehen sich nicht als Grundlage für den zukünftigen Bedarf oder Verteilung der Plätze im Betreuten Wohnen.

Sie müssen relativiert werden, da sie nicht die bereits vorhandene psychiatrische Infrastruktur des Betreuungsangebotes „Ambulante Wohnbetreuung“, sowie die bis jetzt stattgefundenen Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung abbilden.

Bis zum Zeitpunkt der Planung hat sich das Angebot „Betreutes Wohnen“ im Wesentlichen mit insgesamt 26 Plätzen auf die Region Bad Neuenahr-Ahrweiler konzentriert. Die hier betreuten Menschen haben aus vielerlei persönlichen Gründen ihren Lebensmittelpunkt in der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler festgelegt.

An diesem Ist-Zustand sollte nicht gerüttelt werden, denn auch für die zukünftige Bedarfsermittlung muss Selbstbestimmung der Betroffenen oberste Maxime sein. Folgerichtig lassen wir diesen Tatbestand für die Bedarfsermittlung im Betreuten Wohnen im Kreis Ahrweiler außen vor.

Empfehlungen

Ziel: Die Angebote im „Betreuten Wohnen“ sind den aktuellen und künftig zu erwartenden Bedarfen angepasst.

(Die Bedarfsermittlung an ambulanter Wohnbetreuung ergibt aufgrund der vergleichbaren Berechnungen in anderen Versorgungsregionen eine Soll-Kapazität von 54 Plätzen.)

Maßnahmen:

- Die Sollgröße von 54 Plätzen ist in einem Zeitraum von 5 Jahren zu realisieren.
- Ausgehend von der Datenlage und fachlichen Bewertung erfolgt in den Regionen Bad Breisig - Sinzig - Remagen, Brohltal und Adenau - Altenahr eine Kapazitätserweiterung, basierend auf den sich ergebenden regionalen Bedarfen.⁹ Die endgültige Festlegung der sich aus dem regionalen Bedarf ergebenden Standorte, erfolgt durch die Kreisverwaltung.
- Die Umsetzung erfolgt mit der Maßgabe, vorhandene Infrastruktur des Lebensalltags entsprechend nutzen zu können (Einkauf, Freizeit, Verkehr etc.).
- Klientelentscheidung für ländliches und städtisches Angebot ist bei der Umsetzung im Sinne der Selbstbestimmung der Klienten zu berücksichtigen.

Ziel: Umwandlung von stationärer Wohnbetreuung in ambulante Wohnbetreuung

Maßnahmen:

- Ermittlung des Personenkreises in Bezug auf die Nutzung ambulanter Wohnbetreuung, analog individueller Hilfeplanung (IHP).
- Zwischen dem Landkreis und den Anbietern stationärer Wohnbetreuung werden Vereinbarungen getroffen, inwieweit stationäre Plätze in eine ambulante Wohnbetreuung umgewidmet werden können. Zielgruppe: Psychisch beeinträchtigte Menschen aus dem Kreis Ahrweiler in stationärer Wohnbetreuung.
- Zur Umsetzung der Vereinbarung steht ein Zeitraum von zwei Jahren zur Verfügung.
- Unterstützung bei der Vermittlung von ambulanter Wohnbetreuung außerhalb des Landkreises Ahrweiler für psychisch beeinträchtigte Menschen aus anderen Regionen, die derzeit noch im Landkreis stationär betreut werden.

Ziel: Unterstützung der ambulanten Wohnbetreuung durch flankierende Angebote

Maßnahmen:

- Ausbau der budgetfinanzierten Betreuung, gegebenenfalls in Kombination mit dem Leistungsangebot „Betreutes Wohnen“ als Alternative zur stationären Wohnbetreuung, entsprechend der Klientennachfrage.
- Erstellung einer Konzeption zum Problembereich „Geeigneter und finanzierbarer Wohnraum“ durch Leistungsträger und Leistungsanbieter.

⁹ Die Gemeinde Grafschaft ist der Region Bad Neuenahr-Ahrweiler zugeordnet; hier ist bereits eine ausreichende Versorgungsdichte vorhanden

- Erweiterung des Angebotes „Mobiler Mittagstisch“ für Menschen in der ambulanten Wohnbetreuung.
- Ausbau tagesstrukturierender Maßnahmen in Form von:
 - Integrativen Arbeitsplätzen,
 - Zeit- und leistungsreduzierten Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb einer WfbM,
 - Tagesstättenbetreuung,
 - Freizeitbegleitung,
- Sukzessive Bearbeitung der oben genannten Maßnahmen nach Verabschiedung der Teilhabeplanung.

Ziel: Es sind Angebote im Landkreis vorhanden, welche die speziellen Bedarfe von jungen psychisch beeinträchtigten, erwachsenen Menschen, sowie psychisch kranken Eltern berücksichtigen.

Maßnahmen:

- Bedarfsermittlung für beide Klientelgruppen nach Verabschiedung der Teilhabeplanung.
- Zeigt das Ergebnis einen Bedarf, ist die Konsequenz der Aufbau entsprechender Strukturen. Die Standortfrage orientiert sich an der Klientenentscheidung.
- Es erfolgt die Entwicklung spezieller Betreuungskonzepte (quantitativ - qualitativer Personalbedarf; Schnittstelle zur Jugendhilfe).

6.5.5 Tagesstrukturierende Betreuung (Tagesstätte, Kontakt- und Informationsstelle)

a. Ausgangssituation

Abbildung 11: Tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler



Aktuelle Kapazitätsgröße:

- Bad Neuenahr-Ahrweiler: 12 Plätze (Tagesstätte)

In Trägerschaft der Evangelischen Kirchengemeinde Bad Neuenahr existiert in der Stadt Bad Neuenahr - Ahrweiler ein Tagesstätte mit angeschlossener Kontakt- und Informationsstelle.

Es wird eine Kapazität von 12 Plätzen vorgehalten. Durchschnittlich wird die Tagesstätte, nach Aussage des Trägers, von 18 Personen besucht.

Die Kontakt- und Informationsstelle wird durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe mit einer 50% Fachkraftstelle finanziell gefördert.

Die Nutzer der Tagesstätte kommen zur Zeit aus der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler (11), VG Adenau (2), VG Brohltal (2) und der Region Bad Breisig-Sinzig-Remagen (3).

Die Erreichbarkeit wird gewährleistet durch den Fahrdienst der Tagesstätte (8) und die Nutzung von Privat-PKW (3). Die übrigen Klienten (7) erreichen die Tagesstätte zu Fuß.

b. Datenlage

Der Bedarf an Tagesstrukturierenden Angeboten wird von folgenden Leistungsanbietern wie folgt eingeschätzt und konkret benannt:

Die beiden Anbieter stationärer Wohnbetreuung, Wohn- und Pflegeheime Schröder und Haus Bachtal beschränken sich auf die Feststellung, dass ihrerseits ein nicht näher konkretisierter Bedarf in den Regionen Bad Breisig, Sinzig, Remagen und dem Brohltal gesehen wird.

Die Caritas Werkstätten Sinzig beurteilen die Bedarfssituation unter folgenden Aspekten - generelle Kapazitätserweiterung im gesamten Kreisgebiet an verschiedenen Standorten, sowie im Besonderen Angebote für ältere Personen und mittleren Alters.

Aus fachlicher Sicht der „Dr. von Ehrenwall’schen Klinik“ wird ein weiterer Bedarf an teilstationärer Betreuung in den Regionen Bad Breisig, Sinzig, Remagen und Adenau

beschrieben. Darüber hinaus wird ein Bedarf konkretisiert für Personen mit Persönlichkeitsstörungen und in allen Altersgruppen.

Der Vertreter der niedergelassenen Fachärzte sieht ein Angebotserfordernis im ländlichen und städtischen Bereich und benennt explizit die Stadt Adenau als Standort. Die Konzeption des Angebotes sollte sich dabei an der Struktur eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) orientieren.

Die Vertreter der Kreisverwaltung sehen einen grundsätzlichen Bedarf an tagesstrukturierender Betreuung im Kreisgebiet, ausdrücklich jedoch außerhalb des Standortes Bad Neuenahr Ahrweiler.

Fünf Psychiatrieerfahrene des Fördervereins Gemeindenahe Psychiatrie im Kreis Ahrweiler stellen fest, dass die Tagesstätte in Bad Neuenahr-Ahrweiler kontinuierlich überbelegt sei und sind der Meinung, dass die Kapazität am Standort Bad Neuenahr-Ahrweiler ausgebaut werden müsste.

Die Angehörigen des oben genannten Fördervereins bewerten die Situation identisch und ergänzen ihre Einschätzung der Bedarfssituation im Landkreis dahingehend, dass sie weitere Bedarfsdeckung in den Regionen Bad Breisig – Sinzig - Remagen sowie in der Region Adenau einfordern.

Grundsätzlich äußern alle Interviewpartner, vor allen Dingen die Betroffenen, dass es wichtig ist, ein tagesstrukturierendes Angebot aufsuchen zu können und zwar in unmittelbarer Nähe ihres Wohnortes unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur im Landkreis

Die betroffenen Mitglieder und Angehörigen des Fördervereins sehen über das bestehende Angebot hinaus, das Erfordernis niederschwelliger Betreuungsangebote in Form von Kontakt- und Beratungsstelle als Bestandteil der Tagesstätte an weiteren Standorten im Landkreis, analog den weiteren Tagesstättenstandorten.

Inhaltlich wird ausdrücklich von den genannten Befragten eine Flexibilisierung der Öffnungszeiten (auch an Wochenenden, Feiertagen und in den Abendstunden) bezogen auf die bestehende Kontakt- und Beratungsstelle, aber auch auf die zukünftig zu entwickelnden Strukturen gefordert. Die Vertreter der Kreisverwaltung tragen diese Sichtweise ausdrücklich mit.

Zum Fragenkomplex „Kontakt- und Beratungsstelle“ wurde ein genereller Bedarf an fachlicher Beratung, bezogen auf psychiatrische Fragestellungen geäußert und zwar von den Psychiatrieerfahrenen, den Angehörigen, Leistungsanbietern, der Verwaltung und den Vertretern der Klinik.

Auf folgende Problematik wird dabei speziell hingewiesen:

- zu geringe Informationen über die vorhandenen Beratungsangebote benennen die Betroffenen und die stationären Leistungsanbieter,
- spezifische Form der Schuldnerberatung für psychisch beeinträchtigte Menschen benennen die Betroffenen, Angehörige und der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt
- Vorbehalte gegenüber Behörden als Beratungsinstanz benennen die Betroffenen
- geringe Ausprägung des Beratungsangebots im ländlichen Bereich benennen die Caritas Werkstätten Sinzig und der Integrationsfachdienst.
- generelle Informationsstelle für Wohn- und Betreuungsangebote im Kreis fehlt - benennen Haus Bachtal und Wohn- und Pflegeheime Schröder.

c. Einschätzung

Auch bei der Bedarfsanalyse von Tagesstättenkapazitäten sind unsererseits Bemessungsgrundlagen verwendet worden, die in anderen Regionen empfohlen bzw. schon umgesetzt sind und die sich in der Praxis als realistische Bedarfsdeckung erwiesen haben.

Nimmt man wiederum den Mittelwert der Anhaltzahlen, so bedeutet dies für den Landkreis Ahrweiler eine Gesamtkapazität von 25,5 Tagesstättenplätzen.

Tabelle 19: Bedarfseinschätzung für tagesstrukturierende Angebote

Rheinland-Pfalz	18,5 auf 100.000	Psychiatrieplanung Landkreis Mayen-Koblenz 2000
Rheinland-Pfalz	18 auf 100.000	Psychiatrieplanung Landkreis Daun 1999
Hessen	23 auf 100.000	Psychiatrische Versorgung in Hessen (Entwicklung bis 2007), 2002

Die Tagesstrukturierende Betreuung ist ein wesentlicher Baustein in der sozial-psychiatrischen Versorgung. Abgestufte Angebote zur Tagesgestaltung in Einzel- und Gruppentherapie, festgemacht an personenorientierten Bedarfen und ausgehend von der individuellen Hilfeplanung des Einzelnen sind ein deutlich stabilisierender Faktor in Bezug auf die Symptomatik eines jeden psychisch Beeinträchtigten.

Aus unserer Sicht ist die Entwicklung der Versorgungsstruktur im Kreis Ahrweiler eine historisch bedingte, die damit zusammenhängt, dass der jetzige Anbieter, die Evangelische Kirchengemeinde Bad Neuenahr die Zuständigkeit im Einzugsgebiet der Kreisstadt Bad Neuenahr-Ahrweiler erhalten hat.

Wir teilen die Meinung, aller im System psychiatrische Versorgung im Kreis Ahrweiler tätigen Institutionen, sowie der Betroffenen und Angehörigen, dass das bestehende Versorgungsangebot ausgebaut werden sollte, damit allen Bürgern ein ausreichendes Angebot zur Verfügung steht. Darauf weist auch die Bewertung der Bemessungsgrundlage hin, die man aufgrund der Erfahrungswerte aus anderen Regionen zugrunde legen kann.

d. Empfehlungen

Ziel: Die Angebote im Bereich „Tagesstrukturierende Angebote (Tagesstätte, Kontakt- und Beratungsstelle)“ sind den aktuellen und künftig zu erwartenden Bedarfen angepasst.

Maßnahmen:

- Aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte in der Region Bad Breisig - Sinzig - Remagen, im Kontext der vorhandenen Infrastruktur, sind in diesem Einzugsgebiet 9 Tagesstättenplätze zu errichten. Die Region Brohltal wird von einem möglichen Standort in der Stadt Bad Breisig, mit versorgt.
- Aufgrund der niedrigen Bevölkerungsdichte in der Region Adenau - Altenahr, sind in diesem Einzugsgebiet 5 Tagesstättenplätze zu errichten.
- Beide Maßnahmen sind in einem Zeitraum von 3 Jahren nach Beendigung der Teilha-beplanung umzusetzen, zumal die infrastrukturellen Voraussetzungen vorhanden sind; demografische Faktoren sind dabei ebenfalls zu berücksichtigen.
- An den Tagesstättenangeboten ist ebenfalls das Leistungsangebot einer Kontakt- und Informationsstelle angebunden, inklusive den in der Datenanalyse dargestellten Kriterien (z.B. flexible Öffnungszeiten, Beratungskompetenz).
- Als mögliche Umsetzungsform kann die Grundkonzeption eines Gemeinde-psychiatrischen Betreuungszentrums (GPZ) dienen.

Ziel: Das Tagesstättenangebot steht allen psychisch beeinträchtigten Klientelgruppen zur Verfügung.

Maßnahmen:

- Erstellung von Betreuungskonzepten, die sich personenorientiert mit den Ressourcen und Fähigkeiten von Betroffenen beschäftigen.

- Aufbau von Therapieangeboten zur Unterstützung der Lebenspraxis und Hinführung in den Lebensbereich Arbeit.
- Aufbau von Hilfen zur Unterstützung sozialkommunikativer, kognitiver Kompetenzen sowie Hilfen im Umgang mit der Beeinträchtigung.

6.5.6 Arbeitsangebote

a. Ausgangssituation

Abbildung 12: Arbeitsangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler



Aktuelle Kapazitätsgrößen:

- | | | |
|------------------------|--|------------------|
| - WfbM-Sinzig: | Sollgröße: | 120 Plätze |
| | Ist- Auslastung: | 184 Plätze |
| | Geplanter Neubau
(Psych. Beeinträchtigte) | 35 Plätze |
| - Integrationsbetrieb: | | 10 Arbeitsplätze |

Stand: Mai 2005

In Trägerschaft der Caritas wird in der Stadt Sinzig eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) mit insgesamt 184 Beschäftigten (Stand: Mai 2005) vorgehalten.

Überwiegend geistig behinderten Menschen (144 Beschäftigte) besuchen diese Arbeitsstätte. Hinzu kommen 44 psychisch beeinträchtigte Menschen, die zum Stand Mai 2005 in die vorhandenen Angebote integriert sind.

Ein geplanter und mittlerweile genehmigter Neubau mit 35 WfbM-Plätzen und 10 zusätzlichen Integrationsarbeitsplätzen ist für die Betreuung von psychisch beeinträchtigten Menschen, ebenfalls am jetzigen Standort, vorgesehen.

Die Besucher der Caritas-Werkstätten Sinzig stammen aus dem gesamten Kreisgebiet und erreichen die Werkstatt überwiegend durch einen organisierten Fahrdienst und den öffentlichen Nahverkehr.

24 Klienten (davon zwei psychisch beeinträchtigt) aus dem Landkreis Ahrweiler sind Beschäftigte der Caritaswerkstätten Mayen; 14 Klienten stammen aus der VG Adenau und 10 Klienten aus der VG Brohltal.

b. Datenlage

Die Leistungsanbieter Caritas Werkstätten Sinzig, Haus Alexander, Wohn- und Pflegeheime Schröder und das GPZ Bad Neuenahr-Ahrweiler sehen den Aufbau von 35 geplanten WfbM-Plätzen als Zwischenschritt zur Bedarfsdeckung an. Die gleiche Meinung wird vertreten von den Betroffenen, den Angehörigen, der „Dr. von Ehrenwall’schen Klinik“ und dem Vertreter der Fachärzte, sowie der Sozialverwaltung des Landkreises und dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes.

Geplant ist, dass die ca. 44 psychisch beeinträchtigten Klienten, die bereits jetzt in den Caritas Werkstätten beschäftigt sind, in das entstehende Angebot integriert werden. Die WfbM und die Angehörigen sehen eine zeitnahe Auslastung des Angebotes als realistisch an.

Parallel zur WfbM-Entwicklung wird der Notwendigkeit einer alternativen Arbeits- und Beschäftigungsangebotsentwicklung von allen Befragten, ein hoher Stellenwert beigemessen. Diese Alternativen müssen den spezifischen Erfordernissen von Arbeitsangeboten für psychisch beeinträchtigten Menschen entsprechen; sie sollten spezielle Arbeitsplätze und klientelbezogene, adäquate Arbeitsplatzprojekte beinhalten.

Die psychiatrienerfahrenen Mitglieder des Fördervereins „Gemeindenaher Psychiatrie im Kreis Ahrweiler“ wünschen sich - von ihnen selbst so bezeichnete - „Arbeitsplätze für wiedereingliederungswillige psychisch Kranke auf dem ersten Arbeitsmarkt“.

Bei der Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt spielt, aus Sicht der Betroffenen, häufig die zu geringe Akzeptanz von psychisch beeinträchtigten Menschen durch die Unternehmen eine wesentliche Rolle.

Die Wohn- und Pflegeheime Schröder heben die Bedeutung von Zuverdienst- und Integrationsfirmen hervor.

Die Präsenz und Aktivität des bestehenden Integrationsfachdienstes (IFD) wird von der Caritaswerkstatt Sinzig, den Vertretern der Wohn- und Pflegeheime Schröder als wichtige Begleitinstitution bei der Vermittlung von Arbeit und der Stabilisierung in der Arbeitssituation

gleitinstitution bei der Vermittlung von Arbeit und der Stabilisierung in der Arbeitsituation eingeschätzt.

Nach Meinung des Integrationsfachdienstes führen unsichere Finanzierungsgrundlagen und sich verschärfende Wettbewerbsbedingungen zu Schwierigkeiten bei der Entwicklung von alternativen Arbeitsangeboten.

c. Einschätzung

Die Differenzierung der Werkstättenplätze für Menschen mit einer geistigen Behinderung und Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung ist dringend erforderlich.

Mit dem Bau einer Werkstatt für psychisch beeinträchtigte Menschen, in Trägerschaft der Caritaswerkstätten Mayen am Standort Sinzig, in einer Größenordnung von 35 Plätzen, wird diese Anforderung zukünftig realisiert werden. Im Mai 2005 arbeiten 44 psychisch beeinträchtigte Menschen in der WfbM in Sinzig.

Vergleichszahlen belegen, dass ein Gesamtbedarf an 49 Werkstatt-Arbeitsplätzen für psychisch beeinträchtigte Menschen im Kreisgebiet besteht (siehe Tabelle).

Tabelle 20: Bedarfseinschätzung für Arbeitsangebote

Rheinland-Pfalz	36 auf 100.000	Psychiatrieplanung Landkreis Mayen-Koblenz 2000
Hessen	38 auf 100.000	Psychiatrische Versorgung in Hessen (Entwicklung bis 2007), 2002
Nordrhein-Westfalen	40 auf 100.000	Psychiatrieplanung Westfalen-Lippe 1998

Es ist davon auszugehen, dass es sehr schnell zu einer vollen Auslastung der neu geschaffenen Kapazitäten kommen wird. Zumal Bürger aus dem Kreis Ahrweiler, die zur Zeit in Werkstätten der angrenzenden Landkreise beschäftigt sind, gegebenenfalls ihren Arbeitsplatz wieder in die Herkunftsregion zurückverlagern werden.

Wir erachten es für wichtig, dass neben der WfbM-Entwicklung eine Ausweitung von Angeboten für die Beschäftigung von psychisch beeinträchtigten Menschen auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt oder in Integrationsfirmen, ausgelagerten Arbeitsplätzen oder Selbsthilfe- und Zuverdienstfirmen erfolgt und diesbezüglich verstärkt Initiativen unternommen werden.

Die Akzeptanz bei der Integration der Betroffenen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hat hier eine besondere Bedeutung und muss die entsprechende Unterstützung durch Politik, Handel, Handwerk und Gewerbe erfahren und besonders gilt dies für die Teilhabe am Arbeitsleben.

d. Empfehlungen

Ziel: Das Arbeitsangebot der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist dem aktuellen und zu erwartenden Bedarf für die Betreuung psychisch beeinträchtigter Menschen angepasst.

Maßnahmen:

- Bau der Werkstatt für psychisch beeinträchtigte Menschen am Standort Sinzig unter der Einplanung eines voraussichtlichen Erweiterungsbedarfs in Trägerschaft der Caritas Werkstätten Mayen.
- Die inhaltlich - bauliche Konzeption ist dem zukünftigen Zielklientel angepasst.
- Die Umsetzung der Maßnahme erfolgt ab sofort und analog der bisherigen Planungen des Werkstattträgers und des Landkreises.

Ziel: Es werden Initiativen zur Schaffung und Gestaltung von alternativen Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung entwickelt.

Maßnahmen:

- Durch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe von arbeitsmarktpolitisch verantwortlichen Akteuren (Kreisverwaltung, Arbeitsagentur, Vertreter der WfbM, Integrationsfachdienst) auf Kreisebene, unter Beteiligung der komplementärpsychiatrischen Leistungsanbieter, Betroffenen und Angehörigen, erfolgt eine spezifische Betrachtung der Thematik und Erarbeitung von Umsetzungsmöglichkeiten.
- Entwicklung von Konzepten zum Aufbau von Integrationsbetrieben und Selbsthilfefirmen im Kreis Ahrweiler, durch obengenannte Arbeitsgruppe.
- Die Bildung der Arbeitsgruppe kann sofort nach Verabschiedung der Planung durch den Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator erfolgen.

6.5.7 Ambulante Betreuungsangebote

a. Ausgangssituation

Im Kreisgebiet (mit einer Konzentration auf die Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler) existieren in Abgrenzung zur ambulanten Wohnbetreuung weitere ambulante bzw. aufsuchende betreuende Dienste:

- die Institutsambulanz der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik, Bad Neuenahr-Ahrweiler,
- die Institutsambulanz der DRK-Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bad Neuenahr-Ahrweiler,
- der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes, Bad Neuenahr- Ahrweiler,
- GPZ Lichtblick - Bad Neuenahr-Ahrweiler
(als Leistungserbringer im Rahmen der Soziotherapie in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten),
- Trägerverein Soziotherapie Ahrkreis e.V. ,
- Ambulante Hilfezentren (AHZ) für Beratungs- und Vermittlungsleistung,
- Caritas Sozialstation (AHZ) Bad Neuenahr-Ahrweiler,

- - DRK-Sozialstation (AHZ) Niederzissen,
- - DRK-Sozialstation (AHZ) Sinzig,
- - Zweckverband Sozialstation Adenau-Altenahr,
- Integrationsfachdienst (IFD) – Gemeindenahe Psychiatrie-Mittelrhein e.V.,
- Verein Kumm Erinn e.V. - Interessent für zukünftige Leistungserbringung.

b. Datenlage

Nach Meinung der Psychiatererfahrenen, Angehörigen, allen komplementärpsychiatrischen Leistungsanbietern, den Fachkliniken und dem Vertreter der niedergelassenen Fachärzte wird die Bedeutung von ambulanten Leistungen deutlich ansteigen. Durch die Schaffung von zusätzlichen ambulanten Angeboten kann aus ihrer Sicht eine Reduzierung der Wohnheimunterbringungen erreicht, sowie die Versorgung von Menschen außerhalb des Landkreises minimiert werden.

Zudem kommen die Betroffenen und Angehörigen des Fördervereins Gemeindenahe Psychiatrie im Kreis Ahrweiler zu der Einschätzung, dass durch eine Ausweitung der ambulanten Angebotsstruktur, sogar die Reduzierung von Akutaufnahmen im klinischen Bereich erreicht werden könnte.

Um die weitere Ambulantisierung sozialpsychiatrischer Leistungen zu erreichen, müssen aus Sicht der Betroffenen, Angehörigenvertretern des Fördervereins und der Interviewpartnern der „Dr. von Ehrenwall’schen Klinik, weitere Dienste bzw. Dienstleistungen (Betreutes Wohnen, Betreuungsleistungen im Rahmen des „Persönlichen Budgets“, Beratungsdienste) entstehen oder ausgebaut werden, welche die entsprechenden inhaltlichen, strukturellen und personellen Rahmenbedingungen schaffen, die eine tatsächliche Alternative zur stationären Wohnbetreuung darstellen. In der Etablierung des Leistungsangebotes „Soziotherapie“ wird in diesem Kontext ein weiterer ambulanter Baustein gesehen. Die Realisierung ambulanter sozialpsychiatrischer Betreuungsleistung auf Basis der Eingliederungshilfe ist aus Sicht der komplementärpsychiatrischen Leistungsanbieter ein zukünftig zu erreichendes Ziel.

Die Vertreter des Hauses Alexander, des GPZ-Lichtblick und der Caritaswerkstätten Sinzig weisen auf die Schwierigkeit einer tatsächlichen Refinanzierung von ambulant erbrachter Leistung hin. Als Lösungsansatz benennt die WfbM eine mögliche „Basis- oder Sockelfinanzierung“ von ambulanten Leistungen als Finanzierungsplattform.

c. Einschätzung

Bei unserer Einschätzung der ambulanten Betreuungsformen lassen wir das „Betreute Wohnen“ außen vor, da dies in einem vorherigen Kapitel unter der Überschrift „Ambulante Wohnbetreuung“ bearbeitet wurde. Des Weiteren erfolgt nur eine kurze Grundeinschätzung zum Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz „Selbstbestimmtes Leben - Hilfe nach Maß“. Weitergehende Erörterung dieser ambulanten Betreuungsleistung erfolgt im nachstehenden Kapitel.

Das Landesprojekt zeigt Möglichkeiten auf, die Ambulantisierung auf Basis der Eingliederungshilfe zu forcieren. Inhaltlich stehen dabei folgende Aspekte der ambulanten sozialpsychiatrischen Betreuung im Vordergrund:

- Förderung lebenspraktischer Kompetenzen,
- Förderung sozialer und sozial-kommunikativer Kompetenzen,
- Förderung beruflicher Kompetenzen,
- Förderung der Kompetenzen im Umgang mit sich selbst.

Die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 SGB V in Verbindung mit § 37 SGB V sehen keine speziellen Betreuungsleistungen im Rahmen der psychiatrischen Grundversorgung und Behandlungspflege vor. Nur in Regionen, wo sie speziell durch entsprechende Verträge vereinbart sind, können sie verordnet und über die Krankenkassen finanziert werden, um die spezielle Betreuungsleistung zu erbringen; in Rheinland-Pfalz ist dies nicht der Fall.

Hier bietet die Soziotherapie gemäß § 37a SGB V die Möglichkeit, krankenversicherte chronisch psychisch kranke Menschen in ambulanter Form zu betreuen, gemäß den vom Arzt verschriebenen Leistungen. Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Lebensumfeld des psychisch kranken Menschen statt und ist somit als Leistungsangebot nur in ambulanter Form zu realisieren.

Zum Leistungsangebot der ebenfalls krankenkassenfinanzierten Soziotherapie gehören:

- Sozialpsychiatrische Leistungen zur ambulanten Grundversorgung,
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung,
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesstrukturierung/ -gestaltung und Kontaktfindung,
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Arbeit und Beschäftigung,
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Planung, Koordinierung und Abstimmung der Hilfen.

Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der Soziotherapie müssen die Leistungsanbieter gemäß den Richtlinien mit Fachärzten im jeweiligen Versorgungsbereich kooperieren. Soweit uns bekannt, gibt es zur Zeit im Kreis Ahrweiler einige Fälle in der Umsetzung dieser Betreuungsleistung. Es müssten Gespräche mit potentiellen Anbietern und Kooperationspartnern seitens der Kommune geführt werden, um dieses ambulante Leistungsangebot in der Komplementärversorgung deutlicher auszubauen.

Bei der direkten nachklinische Versorgung in ambulanter Form, ist davon auszugehen, dass diese von Institutsambulanzen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst wahrgenommen werden und hierbei der Bedarf im Kreis Ahrweiler diesbezüglich abgedeckt zu sein scheint. Die Planer teilen hier die Meinung der beiden Dienste, weil die Höhe der Fallzahlen zufriedenstellend abgedeckt wird.

Zum Zeitpunkt der Befragung hat sich gezeigt, dass ein Großteil der Betroffenen über den Baustein - Modellprojekt „Persönliches Budget“ nur unzureichende Kenntnisse besitzt. (Stand: September 2004)

Empfehlenswert ist es, umfangreich zu dieser Thematik auf den verschiedenen Ebenen zu informieren (Gremien, Informationsmaterial, Praxen, Medien etc.).

Vor allen Dingen für Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben und nicht die Leistung des „Betreuten Wohnens“ wahrnehmen, ist diese Betreuungsform auf Basis der Eingliederungshilfe als durchaus geeignet anzusehen. Denkbar ist auch, dass für diese ambulante Betreuungsleistung Verträge nach § 75 SGB XII mit geeigneten Trägern abgeschlossen werden. Dabei muss zur Erbringung der Leistung kein eigener Dienst geschaffen werden, sondern die Integration in vorhandene Dienste ist hier durchaus denkbar.

Insgesamt müssen soziale- und soziotherapeutische Betreuungsleistungen in ambulanter Form weiter ausgebaut werden. Für die ambulante Betreuung in der Komplementärversorgung sind die gemachten Vorschläge als erste Schritte denkbar. Ob darüber hinaus noch weiterer Bedarf besteht, unter Einbeziehung der ambulanten Wohnbetreuung, sollte erst nach dem Aufbau der genannten Strukturen beurteilt werden.

d. Empfehlungen und Ziele

Ziel: Im Landkreis Ahrweiler existiert eine ausreichende Infrastruktur an ambulanten Betreuungsangeboten und Dienstleistungen.

Maßnahmen:

- Durch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Kreisverwaltung, Leistungsanbietern, Betroffenen und Angehörigen, erfolgt eine spezifische Betrachtung der Thematik und Erarbeitung von Umsetzungsmöglichkeiten.
- Sondierung von Leistungsanbietern, die ambulante Betreuungsleistungen anbieten oder anbieten möchten, in Arbeitsgesprächen durch die Kreisverwaltung.

Ziel: Das Leistungsangebot Soziotherapie ist im Landkreis Ahrweiler eingeführt und etabliert.

Maßnahmen:

- Die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Fachärzten und den, entsprechend der Richtlinien berechtigten Leistungserbringern, wird weiter ausgebaut. Grundlage hierfür ist ein Kooperationsvertrag zwischen dem jeweiligen Facharzt und den Leistungsanbietern. Die Krankenkasse prüft, wer als Leistungsanbieter die Voraussetzung zur Umsetzung und zum Abschluss eines Kooperationsvertrages von Soziotherapie erfüllt.
- Durchführung von Informationsveranstaltungen mit Vertretern der regionalen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Fachärzte und der anerkannten Leistungsanbieter, unter der Moderation der Kreisverwaltung, zur ambulanten Leistung Soziotherapie.
- Die Verbreitung von Informationen zum Leistungsangebot „Soziotherapie“ wird durch Broschüren intensiviert.
- Die hier beschriebenen Maßnahmen können zeitnah umgesetzt werden.

6.5.8 Ambulante Betreuung – Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß“ Das Persönliche Budget in Rheinland-Pfalz

a. Ausgangssituation

Das „Persönliche Budget“ wird als ambulante Eingliederungshilfe nach §§ 53 und 54 SGB XII sowie § 17 SGB IX definiert und finanziert sozialpsychiatrische und sonstige ergänzende bzw. unterstützende Hilfeleistungen. Eine zentrale Zielsetzung ist es, behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ein eigenständiges und selbst-bestimmtes Leben in der Gemeinde zu führen.

Es ermöglicht zum einen den Verbleib in den bisherigen sozialen Bezügen, minimiert stationäre und teilstationäre Aufnahmen und unterstützt gleichzeitig die Reintegration von Menschen, die eine stationäre Wohnbetreuung verlassen möchten, in das Gemeinwesen.

Beeinträchtigte Menschen können sozialpsychiatrische Leistungen und unterstützende Dienstleistungen gezielt einkaufen, die sie letztendlich befähigen selbstständig, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu leben.

Das Land Rheinland-Pfalz beschreibt die Vorteile des „Persönlichen Budgets“ wie folgt:

„Das Persönliche Budget ist:

- eine persönliche Hilfe, die sich an den Bedürfnissen der von behinderten Menschen gewählten Lebensweise orientiert,
- eine ambulante Eingliederungshilfe, die eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen, unterstützen und fördern soll,
- Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung,
- ein Mittel, die bereits bestehenden Betreuungsangebote besser auf individuelle Ansprüche der Behinderten abzustimmen.“¹⁰

„Das Konzept beruht auf der Überzeugung, dass Menschen mit Behinderungen die besten Experten in eigener Sache sind“¹⁰.

Die eigene Konzeption zur Umsetzung des Modellprojektes „Selbst bestimmen - Hilfe nach Maß“ des Kreises Ahrweiler, basiert auf der Modellkonzeption des Landes Rheinland-Pfalz und regelt die Voraussetzungen, den Personenkreis, die Höhe der Budgets, die einkaufbaren Leistungen und das Verfahren zur Umsetzung nach §§ 53 und 54 SGB XII. Integrale Bestandteile des Verfahrens im Landkreis Ahrweiler sind die individuelle Hilfeplanung und die Hilfeplankonferenz.

Seit dem 01.01.2004 wird das Persönliche Budget im Kreis Ahrweiler überwiegend zur Finanzierung ambulanter Leistungen gewährt. Es erhalten 30 psychisch beeinträchtigte Menschen ein „Persönliches Budget“. (Stand: Mai 2005)

Neben der Leistungserbringung durch die professionellen Anbieter existiert im Kreis Ahrweiler zusätzlich ein so genannter „Helferkreis“.

¹⁰ Informationsbroschüre des Landes Rheinland-Pfalz: „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für Behinderte“

b. Datenlage

Eine auf das „Persönliche Budget“ bezogene Frageschleife untermauert die Einschätzung zur wachsenden Bedeutung dieser Leistungsform. Sämtliche Interviewpartner messen dem Projekt „Hilfe nach Maß“ einen hohen Stellenwert bei.

Speziell die Gruppe der psychisch beeinträchtigten Menschen benennt konkrete Leistungen, die sie bei Erhalt eines „Persönlichem Budgets“ einkaufen würden. Hierzu gehören:

- sozialpsychiatrische Betreuungsleistungen,
- die stundenweise Einstellung einer Reinigungskraft,
- die Finanzierung von Einkaufs- und Arztfahrten,
- Elemente zur Verbesserung der Lebensqualität (Teilnahme an VHS – Kursen, an Kultur- und Sportveranstaltungen, Freizeitaktivitäten etc.).

Direkte Erfahrungen zum „Persönlichen Budget“ liegen nur in sehr geringem Umfang vor. Unklar bleibt speziell für die Gruppe der Psychiatrieerfahrenen, welche Leistungen genau finanziert werden können.

Eine verbesserte Darstellung der Leistungsinhalte wird von den Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, sowie den komplementärpsychiatrischen Anbietern ebenso gewünscht, wie die häufigere Verwendung des „Persönlichen Budgets“ als Finanzierungsmodalität.

Speziell aus Kostenträgersicht wird die individuelle Bedürfnislage psychisch beeinträchtigter Menschen, ausgehend von der individuellen Hilfeplanung, durch das „Persönliche Budget“ dezidiert wahrgenommen.

Weitere und konkretere Aussagen zur Bedarfsituation des Leistungsangebotes „Persönliches Budget“ wurden in der Befragung nicht gemacht. Die Leistungsanbieter in der Komplementärversorgung, weisen darauf hin, dass sie derzeit auf Grund von zu geringen Erfahrungswerten hierzu keine weiteren Angaben treffen können.

c. Einschätzung

Mit dem Leistungsangebot „Selbst bestimmen - Hilfe nach Maß“ wird ein Anreiz aber auch eine Rahmenbedingung geschaffen, die vollstationären Hilfen nur noch in einem geringeren Umfang in Anspruch zu nehmen.

Über ein „Persönliche Budget“ können folgende Maßnahmen und Personen ressourcenorientiert finanziert werden:

- Selbstversorgung,
- Tagesstrukturierung,
- Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben,
- Anleitung zur Haushaltsführung.

Die Einführung des persönlichen Budgets, mittlerweile auch in der jüngsten Sozialgesetzgebung (SGB IX und XII) verankert, stärkt die Kompetenz der Unterstützung suchenden Klienten und führt zu einer Individualisierung der erforderlichen Leistungskomplexe.

Die im Rahmen der Konzeptentwicklung „Selbst bestimmen - Hilfe nach Maß für Menschen mit Behinderung im Landkreis Ahrweiler“ im Entwurf beschriebenen Umsetzungsplanungen der Verwaltung, können unseres Erachtens eine Ausgangsbasis für die zukünftige Maßnahmenentwicklung darstellen.

Unseres Erachtens ist die Zahl der jetzigen Budgetempfänger geringer als die Zahl möglicher potentieller Nutzer, genaueres hierzu kann aber erst dann ausgesagt werden, wenn für alle in Frage kommenden Nutzer eine individuelle Hilfeplanung erfolgt ist und die strukturellen Voraussetzungen für weitere ambulante Betreuungsformen geschaffen sind.

d. Empfehlungen

Ziel: Die Möglichkeiten der Gewährung und Verwendung des „Persönlichen Budgets“, sind den Anbietern psychiatrischer Versorgung, sowie Betroffenen und ihren Angehörigen bekannt.

Maßnahmen:

- Verabschiedung eines Konzeptes, unter den Aspekten der Zugangsvoraussetzungen und eines Leistungskataloges zur Weiterentwicklung des „Persönlichen Budgets“ als Bestandteil der Teilhabeplanung, durch die Kreisverwaltung.
- Der Landkreis erarbeitet eine Informationsbroschüre zum „Persönlichen Budget“ und stellt diese allen Interessierten zur Verfügung.
- Er führt regional entsprechende Informationsveranstaltungen durch.
- Die Maßnahmen werden nach Verabschiedung der Teilhabeplanung umgesetzt.

Ziel: Das „Persönliche Budget“ findet bei der Finanzierung sozialpsychiatrischer Betreuungs- und Unterstützungsleistungen Anwendung. Es ermöglicht den Verbleib in den bisherigen sozialen Bezügen, unterstützt im Einzelfall ambulante Wohnbetreuungsleistungen und fördert das Verlassen einer stationären Wohnbetreuung.

Maßnahmen:

- Eine Leistungsfinanzierung durch das „Persönliche Budget“ erfolgt Einzelfallbezogen auf Basis der „Individuellen Hilfeplanung“.
- Aufbau weiterer ambulanter Betreuungsstrukturen unter Berücksichtigung der Schnittstelle „Betreutes Wohnen“.
- Die Leistungsanbieter ergänzen bzw. verändern sukzessive ihr institutionsorientiertes, pflegesatzfinanziertes Angebotsspektrum um individuelle Betreuungsleistungen.
- Die Maßnahmen werden in Absprache mit dem Leistungsträger Kreisverwaltung ab sofort umgesetzt.

6.5.9 Fachmedizinische Versorgung

a. Ausgangssituation

Aktuelle Kapazitätsgrößen:	Stand: Dez. 2004
- Bad Neuenahr-Ahrweiler:	
- Dr. von Ehrenwall'sche Klinik: Psychiatrie:	130 Plätze
	Neurologie: 20 Plätze
	Med. Reha: 50 Plätze
	Tagesklinik: 15 Plätze
- DRK - Fachklinik:	Psychiatrie: 30 Plätze
	Tagesklinik: 10 Plätze
Niedergelassene Psychiater:	Insgesamt: 13 Fachärzte
- Bad Neuenahr-Ahrweiler	6
- Bad Breisig	1
- Sinzig	2
- Remagen	2
- Gleys	1
- Adenau	1 (Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Abbildung 13: Fachmedizinische Versorgung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler



Die klinische und fachärztliche Versorgung weist eine Konzentrierung am Standort Bad Neuenahr-Ahrweiler auf. Bis auf die Verbandsgemeinde Altenahr und die Gemeinde Grafschaft sind jedoch in allen Gebietskörperschaften niedergelassene Fachärzte vertreten.

b. Datenlage

Von allen Interviewpartnern wird die klinische und ambulante fachärztliche Gesamtversorgung im Landkreis als insgesamt ausreichend angesehen.

Die regionale Verteilung der Angebote wird von den Betroffenen und Angehörigen, den Vertretern der „Dr. von Ehrenwall'schen Klinik“ und dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes jedoch als verbesserungswürdig bewertet. Sie sehen übereinstimmend eine zu starke Konzentrierung auf das Stadtgebiet Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Aus Sicht der Psychatrieerfahrenen und ihren Angehörigen wird speziell die Schaffung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes gewünscht. Sie benennen ebenfalls eine hohe Patientendichte in den Praxen der Fachärzte, gekoppelt mit zum Teil langen Wartezeiten.

An dieser Stelle äußern die Betroffenen den Wunsch nach einer höheren Anzahl von Fachärztinnen im Landkreis.

Gemeinsam mit den Angehörigen halten sie außerdem die Schaffung eines fachmedizinischen Telefonnotdienstes (Krisentelefon) für erforderlich.

Angehörige und Betroffene wünschen sich eine Informationsbroschüre mit den Inhalten zu Behandlungsmöglichkeiten und speziellen Therapieangeboten im Kreisgebiet. Diese kann dazu beitragen, die Versorgungssituation klientenorientiert zu verbessern und die adäquate Behandlung zu gewährleisten.

Aus Sicht der komplementären Leistungsanbieter wird die Kooperation und Vernetzung mit dem klinischen und ambulanten fachärztlichen Bereich als überwiegend gut bezeichnet.

Die direkte Kommunikation zwischen den niedergelassenen Fachärzten wird durch die Psychatrieerfahrenen als Verbesserungsbereich benannt; dies wird jedoch im Interview nicht näher begründet.

Die Vermittlung in eine weiterführende komplementärpsychiatrische Betreuung bewerten speziell die Fachklinik und Fachärzte mit „gut“.

Die Einrichtungen Haus Bachtal und Alexander, das GPZ-Lichtblick, die Caritaswerkstätten Sinzig, der Integrationsfachdienst, sowie der Vertreter der Fachärzte sehen bei der Fachklinik und den Fachärzten eine ausreichende Behandlungs- und Beratungskompetenz angesiedelt, wie auch die Arbeit des Sozialdienstes der regional ansässigen Fachklinik, positiv hervorgehoben wird.

In diesem Fragekontext benennt die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik stark verzögerte oder nicht erfolgte Kostenklärungsverfahren durch die Krankenkassen als eine grundlegende Problemstellung.

c. Einschätzung

Die Befragung zeigt auf, dass es sowohl bei den psychiatrischen Leistungsanbietern insgesamt, als auch bei den Betroffenen und Angehörigen ein recht hohes Maß an Zufriedenheit

bzgl. der fachmedizinischen Versorgung im Landkreis gibt, auf Grund dessen beschränken wir uns an dieser Stelle nur auf eine Schnittstellenbetrachtung.

Die Etablierung eines psychiatrischen Bereitschaftsdienstes könnte möglicherweise die Anzahl von akuten Krankenhauseinweisungen minimieren. Ob bei den niedergelassenen Fachärzten die Bereitschaft zur Bildung eines solchen Dienstes besteht, sollte durch die kommunale Teilhabekoordination/ Psychiatriekoordination geklärt werden. Das gleiche gilt für die Etablierung eines Telefonnotdienstes (Krisentelefon). Die Erfahrungswerte bezüglich dieser Frage aus anderen Regionen sind sehr unterschiedlich. Beispielsweise hat sich in der Versorgungsregion Neuwied ein Krisendienst etabliert und in der Region Trier ist der Versuch gescheitert, unter der Beteiligung aller in Frage kommenden Institutionen und Diensten, ein entsprechendes Angebot einzurichten. Insofern sollte man die Etablierung eines Bereitschaftsdienstes oder Telefondienstes vom Engagement der Beteiligten in der Region abhängig machen, vorausgesetzt man findet eine kostengünstige Finanzierungsmöglichkeit.

d. Empfehlungen

Der Auftrag des Landkreises Ahrweiler beschränkt sich, in Bezug auf die Thematik „Fachmedizinische Versorgung“ nur auf die Betrachtung der Schnittstellen in der Komplementärpsychiatrie. Als Schnittstellen haben sich auf Grund der Befragung, nur die Themen – Bereitschaftsdienst und Telefonnotdienst - herauskristallisiert.

Insofern werden an dieser Stelle keine spezifischen Aussagen zu Bedarfen in der fachmedizinischen Versorgung getroffen. Folgende Zielsetzungen sind jedoch über-greifend sinnvoll:

Ziel: Die Schnittstellen zwischen klinischer Psychiatrie und Komplementärpsychiatrie sind identifiziert und Handlungsmaßnahmen bedarfsorientiert abgeleitet.

Maßnahmen:

- Der Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator eruiert, ob die Finanzierung und Etablierung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes möglich ist.
- Umsetzungsphase nach Ende der Teilhabepfanung ein Jahr.
- Der Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator prüft die Einrichtung eines Telefonnotdienstes unter Hinzuziehung möglicher Kooperationspartner (z.B. Telefonseelsorge). Die Realisierung der Prüfung ist ab sofort möglich.

6.5.10 Inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklung von Einrichtungen

a. Ausgangssituation

Die Weiterentwicklung der komplementärpsychiatrischen Leistungsanbieter in der stationären und ambulanten Wohnbetreuung, sowie der tagesstrukturierenden Betreuung, wurde bezogen auf inhaltliche und organisatorische Aspekte stärker fokussiert.

Die Beschreibung der momentanen Entwicklungen ist in der Datenlage abgebildet.

b. Datenlage

Alle Befragten erachten die kontinuierliche und bedarfsorientierte Differenzierung, Dezentralisierung und Neuausrichtung von Wohn- und Betreuungsangeboten für besonders wichtig.

Die stationären Leistungsanbieter Haus Bachtal, Wohn- und Pflegeheime Schröder und Haus Alexander sind offen für neue, am spezifischen Bedarf orientierte Angebote, z.B. für:

- ältere psychisch behinderte Menschen,
- psychisch kranke, wohnungslose Menschen.

Im Interview wurden die stationären Wohnbetreuungsanbieter zur Organisations- und Personalentwicklung, sowie zur geplanten Weiterentwicklung ihrer Leistungsinhalte befragt:

- Die Wohneinrichtung „Wohn- und Pflegeheim Schröder“ führt zur Zeit einen extern begleiteten Organisationsentwicklungsprozess durch.
- Zwei weitere Anbieter der Komplementärversorgung und zwar das GPZ- Lichtblick und das Haus Alexander sind im Prozess der Vernetzung ihrer Angebote. In diesen Zweierverbund bringen das GPZ-Lichtblick ambulante, das Haus Alexander stationäre Betreuungsstrukturen ein.

Die stationären Leistungsanbieter sehen zudem explizit in der Personalentwicklung ihrer Unternehmen einen wichtigen Bestandteil der Qualitätsentwicklung; teilweise umgesetzt durch:

- Einstellung von Fachpersonal (Heilerziehungspfleger und Erzieher);
- Qualifizierungsmaßnahmen im Sinne von Fort- und Weiterbildung, sowie gezielten, themenspezifischen Schulungen z.B. zum Thema Individuelle Hilfeplanung (IHP) oder zum Integrierten Psychologischen Therapieprogramm (IPT);
- die gezielte Teilnahme an regionalen und überregionalen Arbeitskreisen.

Die Caritaswerkstätten Sinzig beschreiben einen kontinuierlichen, trägerinitiierten Entwicklungsprozess, bezogen auf ihre organisatorischen und inhaltlich - fachlichen Strukturen. Speziell in der Weiterqualifizierung von Mitarbeitern, der kontinuierlichen Marktbeobachtung und Entwicklung neuer Dienstleistungen, sowie der Kompetenzentwicklung der beschäftigten Mitarbeiter, werden zentrale Verbesserungspotentiale gesehen.

c. Einschätzung

Die Leistungsanbieter sehen bei der Weiterentwicklung ihrer Unternehmen im noch zu entwickelnden Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) eine zunehmende Bedeutung als Unterstützungsinanz bei der inhaltlichen und fachlichen Ausrichtung ihrer Leistungsspektren und der Entwicklung von gemeinsamen fachlichen, regionalspezifischen und klientelorientierten Standards.

Die Umsetzung der folgenden Empfehlungen in Bezug auf die Leistungsangebote setzt voraus, dass sowohl auf der inhaltlich konzeptionellen, als auch auf der organisatorisch-strukturellen Ebene, Änderungen und Anpassungen durch die Leistungsanbieter erfolgen.

Positiv ist hier, dass laut der Befragung der überwiegende Teil der Dienstleister komplementärer Versorgung fachlichen, inhaltlichen und strukturellen Neuanforderungen offen gegenü-

bersteht und einzelne Leistungsanbieter sich bereits in einem Organisationsentwicklungsprozess befinden, bzw. ihre Angebote organisationsübergreifend miteinander vernetzen.

Es ist davon auszugehen, dass im Zuge der Organisationsentwicklung, mit dem Ziel, Prozesse und Strukturen den festgestellten Bedarfen anzupassen, die personellen Anforderungen in Bezug auf Fachqualifikation und quantitativer Personalausstattung größer werden.

Bezogen auf die vorgenannten Aussagen erachten wir es für notwendig, dass durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund kreisweite Qualitätsstandards entwickelt werden, die für die einzelnen Leistungsanbieter verbindlich sind und Orientierung für eine Weiterentwicklung der Institutionen darstellen.

Was die Steuerung der Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen anbelangt, sollte auch hier der Gemeindepsychiatrische Verbund unter dem Aspekt der Synergie und dem Aspekt der Ressourceneinsparung eine Koordinierungsfunktion übernehmen, dem Psychiatriebeirat obliegt in diesem Kontext eine erforderliche Kontrollfunktion. Die Standards müssen seitens der Leistungsanbieter dem Psychiatriebeirat zur Einsicht und Beratung vorgelegt werden.

Denkbar wäre es z.B., organisations- bzw. trägerübergreifend Fortbildungsmaßnahmen zu initiieren und Informationen und Abstimmungen über organisationsspezifische Veränderungsprozesse miteinander zu kommunizieren.

d. Empfehlungen

Ziel: Die vorhandenen komplementären Leistungsangebote sind hinsichtlich ihrer inhaltlich fachlichen und strukturellen Ausgestaltung den kreisweiten Qualitätsstandards einerseits und den Nutzerbedarfen andererseits angepasst.

Maßnahmen:

- In einer Arbeitsgruppe entwickeln Kostenträger, Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Leistungserbringer gemeinsam kreisweite Qualitätsstandards bezogen auf die Ausgestaltung der einzelnen Leistungsangebote.
- Die Einrichtungen der Komplementärversorgung vereinbaren in einem Kooperationsvertrag die erarbeiteten Qualitätsstandards, legen sie verbindlich fest und unterwerfen sie einer regelmäßigen Selbstkontrolle.
- Maßnahmedauer: Ein Jahr nach Verabschiedung der Teilhabeplanung.
- Ergänzend zur Teilhabeplanung erfolgt die Durchführung einer Nutzerbefragung auf freiwilliger Basis in Kooperation mit dem „Förderverein gemeindenahe Psychiatrie im Kreis Ahrweiler“, zwecks Einschätzung und Überprüfung aus Sicht der Betroffenen. Die Ergebnisse werden den Fachgremien präsentiert.
- Maßnahmedauer: Ein Jahr nach Verabschiedung der Teilhabeplanung.

Ziel: Die komplementäre Versorgungslandschaft ist um ein Kombinationsangebot, bestehend aus stationären, ambulanten und tagesstrukturierenden Leistungselementen ergänzt.

Maßnahmen:

- Ausgehend von infrastrukturellen Rahmenbedingungen werden durch die Leistungsanbieter Konzepte zur sozialpsychiatrischen Betreuung vorgelegt, wobei personenorientierte Leistungserbringung im Vordergrund steht.
- Konzeptvorlage: Ein Jahr nach Beendigung der Teilhabeplanung.
- Nach Prüfung der Konzepte durch die Kreisverwaltung erfolgt Entscheidung zur Umsetzung.
- Realisierungsphase 2 Jahre nach Entscheidung.

6.5.11 Hilfeplanung

a. Ausgangssituation

Die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs erfolgt nach Aussage der Kreisverwaltung unter Einbezug der Klienten und unterschiedlichen, im Verfahren erforderlichen Fachstellen, grundsätzlich für alle Anträge auf Eingliederungshilfe.

Ausgenommen sind:

- Fälle der Frühförderung,
- Anträge auf Versorgung von behinderten Menschen mit Körperersatzstücken, sowie orthopädischen und anderen Hilfsmittel,
- Anträge auf Aufnahme in der WfbM.

Das Verfahren gilt bei den Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe, im „Betreuten Wohnen“ nach dem „Öffentlich-rechtlichen Vertrag vom 01.01.2005“ des Landes Rheinland-Pfalz, sowie bei der Gewährung eines persönlichen Budgets. Zur Bemessung und Planung der Hilfen kommt der „Individuelle Hilfeplan“ (IHP) des Landes Rheinland-Pfalz zur Anwendung. Er wird durch den Sozialdienst der Kreisverwaltung Ahrweiler in Zusammenarbeit mit dem Hilfesuchenden und dem jeweiligen Leistungsanbieter erstellt.

Seit dem 01.01.2004 ist eine regionale Hilfeplankonferenz, unter der Leitung des Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator des Kreises, eingerichtet.

b. Datenlage

Grundsätzlich erachten die Vertreter der Leistungsanbieter, wie auch der Kommune, die Individuelle Hilfeplanung als Grundlage für die Umsetzung sozialpsychiatrischer Betreuungsleistungen für den geeigneten Ansatz (Stand: September 2004).

Bei der Frage, ob Verantwortung und Zuständigkeit bei der Realisierung des Hilfeplanmanagements im Kreis Ahrweiler geklärt sind, wird dies vom überwiegenden Teil der Befragten verneint.

Das Hilfeplanmanagement selbst wird sehr unterschiedlich bewertet: Die Bandbreite der Beurteilung reicht von „schleppend“ (Vertreter der Ärzteschaft) über „zeitlich verzögert“ (Haus Alexander und GPZ-Lichtblick), bis „schnelle Entscheidungen im Notfall“ (Dr. von Ehrenwall'sche Klinik).

Haus Bachtal trifft hier keine Einschätzung, weist jedoch darauf hin, dass sie bisher nicht in das Hilfeplanungsverfahren eingebunden sind.

Die beiden Vertreter der Caritaswerkstätten Sinzig, sowie der Vertreter der Fachärzte sehen einen Verbesserungsbereich in der Minimierung der Wartezeiten im Hilfeplanmanagement und im Anstieg der Tagungshäufigkeit der Hilfeplankonferenzen.

Die Angehörigenvertreter des Fördervereins gemeindenaher Psychiatrie im Kreis Ahrweiler bewerten das Hilfeplanverfahren als noch in der Entwicklung befindlich.

Die Gesprächspartner des GPZ-Lichtblick und des Hauses Alexander sind grundsätzlich mit dem Verfahren einverstanden, sehen jedoch wie bereits oben angegeben, in der zeitlichen Umsetzungspraxis einen Veränderungsbedarf. Zudem kommen sie zu der gemeinsamen Einschätzung, dass der IHP von der Kreisverwaltung noch zu stark als reines Antragsstellungsinstrument betrachtet wird.

Bereits jetzt stellen die komplementärpsychiatrischen Leistungsanbieter den Unterstützungsbedarf ihrer Nutzer mit Hilfe des Instrumentes zur individuellen Hilfeplanung (IHP) fest.

Von den Psychiatrieerfahrenen aus den stationären Wohnbetreuungseinrichtungen, den Caritas-Werkstätten, sowie den Betroffenen des Fördervereins wird beschrieben, dass ihnen zwar die Fachbegriffe „Individuelle Hilfeplanung“ (IHP) und „Hilfeplankonferenz“ mittlerweile bekannt sind, sie sich dennoch über das Verfahren selbst nur unzureichend informiert fühlen.

Die Entwicklung einer flächendeckenden Infrastruktur (ambulanter und tagesstrukturierender Angebote), die, resultierend aus der individuellen Hilfeplanung, dem individuellen Hilfebedarf der Klienten entspricht, wird insbesondere von den Angehörigen als zögerlich erlebt.

c. Einschätzung

Die Individuelle Hilfeplanung ist Ausdruck eines tiefgreifenden und schon länger stattfindenden Umorientierungsprozesses in der Komplementärpsychiatrie.

Sie beschreibt die von den Diensten und Einrichtungen zu erbringenden notwendigen Leistungen, die durch den Maßnahmeträger finanziert werden.

Sie ist Teil einer Gesamtplanung und eine wesentliche Grundlage, um die Kosten zur Erbringung dieser Leistungen zu kalkulieren. Zwischen Leistungserbringer und Nutzer führt die Anwendung individueller Hilfeplanung zu einer deutlich größeren Transparenz der wechselseitigen Erwartungen und Verpflichtungen.

Individuelle Hilfeplanung ist jedoch nicht auf den Einzelfall beschränkt, sie verweist im Gegenteil auf die Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit der lokalen Akteure im Kreis Ahrweiler. Sie steht im Spannungsfeld der Beziehungen zwischen der antragstellenden oder leistungsberechtigten Person, dem Sozialhilfeträger und den Diensten und Einrichtungen als Leistungserbringern.

Die Aufgabenstellung besteht darin, diese Beziehungen zwischen den Beteiligten bei der Anerkennung der unterschiedlichen Interessen weiter zu kultivieren und lebendig zu gestalten.

Speziell in den Zeiten hohen ökonomischen Drucks auf die sozialen Sicherungssysteme, verdient die Hilfeplanung den Stellenwert, der ihr explizit zukommt, um das Wunsch und Wahlrecht der Klienten, bezogen auf die notwendigen Leistungen, auch tatsächlich zu sichern.

Die Planung der Hilfen für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung müssen sich an den Defiziten und Fähigkeiten die die hilfesuchende Person beschreibt, orientieren.

Mit ihr gemeinsam sind die Ziele der Hilfeplanung zu verhandeln und die daraus resultierenden Leistungen gemeinsam zu vereinbaren. Dieser gemeinsame Prozess der Hilfeplanung bedarf der kontinuierlichen Begleitung und Fortentwicklung.

Als Methode zur prozesshaften Hilfeplanung ist in Rheinland-Pfalz der individuelle Hilfeplan (IHP) entwickelt worden, der somit auf keinen Fall auf ein Instrumentarium reduziert werden darf, sondern die Grundlage für eine prozesshaft angelegte Methodik darstellt.

An dieser Stelle weisen wir auf das Papier des Landes Rheinland-Pfalz „Verfahren zur Hilfeplanung“ vom 17.02.2004 hin, in dem detailliert auf:

- das Verfahren im Einzelfall,
- das Verfahren zur Hilfeplankonferenz,
- die Schnittstellen zu den Werkstätten für behinderte Menschen
- und das Verfahren bezogen auf überregionale Einrichtungen

eingegangen wird.

d. Empfehlungen

Ziel: Ein integriertes individuelles Hilfeplanverfahren ist in der Region eingeführt und wird einzelfallbezogen angewendet.

Maßnahmen:

- Der Individuelle Hilfeplan (IHP), ist als Instrument zur Ermittlung und Fortschreibung der individuellen Bedarfe, sowie der Gewährung der Leistungen für den einzelnen Klienten kreisweit etabliert.
- Es erfolgen ab sofort umfassende Informations- und Schulungsveranstaltungen für Betroffene, Leistungsanbieter, Kostenträger und anderer Schnittstellen, zur Thematik des Hilfeplanverfahrens. Die Schulungen werden von Kostenträger, Leistungsanbietern und Förderverein ab sofort durchgeführt.
- Alle Beteiligten erklären sich vertraglich zur Einhaltung und Mitarbeit im Hilfeplanverfahren bereit. Die vertragliche Vereinbarung erfolgt in Verbindung der Entwicklung einer regionalen Versorgungsvereinbarung und wird innerhalb von einem Jahr nach Beendigung der Teilhabeplanung umgesetzt.

Ziel: Die Rahmenbedingungen für eine sinnvolle Hilfeplanung sind entwickelt und eingeführt.

Maßnahmen:

- Hilfeplanung findet weiterhin grundsätzlich unter Einbeziehung der Klienten statt.

- Auf der Organisations- und kommunalen Ebene wird eine Versorgungsverpflichtung etabliert.
- Maßnahmedauer: Ein Jahr nach Beendigung der Teilhabeplanung.
- Die Einrichtungen und Dienste im Landkreis verfügen über detaillierte Leistungsbeschreibungen. Ihre Leistungsspektren sind flexibel ausgestaltet (Öffnung für eine ambulante Klientel).
- Maßnahmedauer: Ein Jahr nach Beendigung der Teilhabeplanung.
- Allen beteiligten Akteuren sind die sozialrechtlichen Möglichkeiten bekannt und finden ab sofort ihre Anwendungen.

6.5.12 Teilhabekoordination/ Psychiatriekoordination

a. Ausgangssituation

Die Funktion der Teilhabekoordination/ Psychiatriekoordination wird durch den Leiter des Sozialamtes wahrgenommen. Die Koordinierungsstelle zeichnet sich verantwortlich für die Organisation und den Ablauf der Hilfeplanung im Kreis. Ihr obliegt bereits jetzt die Ausführung der Hilfeplankonferenz.

b. Datenlage

Die Kombination und Vernetzung von psychiatrischen Leistungsangeboten wird von den Vertretern der Kreisverwaltung, allen stationären Leistungsanbietern, dem GPZ-Lichtblick, den Caritaswerkstätten Sinzig, dem Integrationsfachdienst, der „Dr. von Ehrenwall’schen Klinik und explizit den Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen des Fördervereins als grundsätzlich wichtig bis sehr wichtig erachtet.

Insbesondere wird hier der Teilhabekoordination/ Psychiatriekoordination mit klar geregelter Aufgabenbeschreibung und Zuständigkeit innerhalb des Landkreises eine hohe Bedeutung bei der Planung, Vernetzung und Steuerung der Prozesse im Rahmen der psychiatrischen Leistungsangebote zugemessen.

Interviewfrage 6.1 „Bedeutung des Psychiatriekoordinators“ (Skala von 1 = sehr wichtig bis 5 = unwichtig)

Gesprächspartner	Note	Personenzahl
Kreisverwaltung	1-2	3
Gesundheitsamt	2	1
Caritas WfbM	1	2
Ehrenwall’sche Klinik	1	2
IFD	1	1
HS Schröder	1	3
HS Alexander	1	1
Heimbeirat HS Alexander	2	1
GPZ-Lichtblick	1	1
Facharzt	1	1
Angehörige im Förderverein	1	3

Die befragten zehn Psychiatrieerfahrenen nehmen zwar keine Einschätzungen auf der vorgelegten Skala vor, erkennen und betonen aber die ihrer Meinung nach wichtige Funktion dieses Steuerungsorgans.

Insgesamt werden von den befragten Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und den Leistungsbiestern vielfältige Funktionsübernahmen durch die Koordinierungsstelle erwartet:

- Rasche und kompetente Abwicklung des erforderlichen Hilfearrangements;
- Übernahme einer Moderatorenfunktion zwischen Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Kostenträger;
- Lobbyarbeit für die Klientel der psychisch beeinträchtigten Menschen;
- Hineinwirken in das politische Spektrum des Landkreises.

Die zukünftige Umsetzung der Ergebnisse der Teilhabeplanung wird vor allem von der Angehörigengruppe als eine der wesentlichen Aufgaben des Teilhabekoordinators/ Psychiatriekoordinators gesehen.

Eine zentrale Koordinierung und Steuerung gemeindepsychiatrischer Prozesse wird jedoch von den Anbietern stationärer Wohnbetreuung und tagesstrukturierender Betreuung, sowie den Nutzern zurzeit noch nicht wahrgenommen.

Die Befragung ergibt, dass der Teilhabe- Psychiatriekoordinator einem Großteil der interviewten psychisch beeinträchtigten Menschen noch nicht bekannt ist und dass über dessen Funktion und Aufgabeninhalte Informationsbedarf besteht.

Aus Sicht der Einrichtungen Haus Bachtal und den Wohn- und Pflegeheimen Schröder, den Caritaswerkstätten Sinzig, sowie den Angehörigenvertretern wird in der Besetzung der Koordinierungsstelle durch den Leiter des Sozialamtes, ein möglicher Interessenkonflikt in Einzelfallentscheidungen gesehen. So wurde beispielsweise befürchtet, dass bei kritischen Entscheidungen eher zugunsten des Kostenträgers entschieden werden könnte.

Die Anbieter stationärer Wohnbetreuung, sowie das GPZ-Lichtblick wünschen sich mit dem Funktionsinhaber insgesamt einen stärkeren Austausch in fachlichen Fragen.

c. Einschätzung

Der Teilhabekoordination/ Psychiatriekoordination obliegt die Funktion, die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der kommunalen Gebietskörperschaft voranzutreiben und zu entwickeln. Hierbei geht es darum, die einzelnen Bausteine der psychiatrischen Landschaft zu einem gemeindepsychiatrischen Verbund zusammen zu führen.

Die Zusammenarbeit und Kooperation mit Trägern, Diensten, Betroffenen und Angehörigen ist hierbei wesentlicher Bestandteil der Aufgaben des Teilhabekoordinators/ Psychiatriekoordinators.

Unserer Einschätzung nach ist es in der jetzigen Phase notwendig, dass die Koordination und Planung der psychiatrischen Versorgung im Landkreis deutlicher Profil annimmt und ihre Steuerungsfunktion in kommunaler Verantwortung sichtbar wird.

Insgesamt betrachten wir die Teilhabekoordination/ Psychiatriekoordination als ein wesentliches Steuerungsorgan, das z.B. auch durch die Übernahme der Geschäftsführung von Psychiatriebeirat und der regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) im Sinne des PsychKG, eine weitere Etablierung erfahren kann.

Positiv ist zu bemerken, dass der jetzige Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator die Leitung der Hilfeplankonferenz übernommen hat.

Wir empfehlen zu überprüfen, ob die momentane personelle Besetzung durch den Leiter des Sozialamtes nicht verändert werden kann, da es in Einzelfällen zu Interessenkollisionen (Finanzierung und kostenintensives Leistungserfordernis von Klienten) kommen kann.

d. Empfehlungen

Ziel: Die Koordinierungsstelle Teilhabe/ Psychiatrie ist mit einem Stellenumfang von 100% eingerichtet.

Maßnahme

- Eine Entscheidung hierzu wird innerhalb der Kreisverwaltung, durch die Festlegung der Aufgabenstellungen des Koordinators, umgehend nach Planungsende, getroffen.

Ziel: Das Anforderungsprofil der Koordinierungsstelle Teilhabe/ Psychiatrie ist definiert und eine am Tätigkeitsfeld bezogene Stellenbeschreibung wurde erarbeitet und verabschiedet.

Maßnahmen:

- Es existiert eine Funktions- und Aufgabenbeschreibung für die Koordinierungsstelle Teilhabe/ Psychiatrie. Die Ausarbeitung erfolgt sofort nach Beendigung der Teilhabeplanung unter Berücksichtigung der endgültigen Aufgabenzuweisungen durch die Kommune und wird schnellstmöglich umgesetzt.
- Die Aufgaben des Teilhabekoordinators/ Psychiatriekoordinators umfassen primär folgende zentralen Tätigkeitsbereiche:
 - Initiierung und Steuerung der Umsetzung der Ergebnisse der durch den Kreistag genehmigten Ergebnisse der Teilhabeplanung und ihre Fortschreibung,
 - Steuerung der Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes,
 - Verantwortung für und Koordination des Hilfeplanverfahrens im Kreis Ahrweiler - Klientel, Kostenträger und Leistungserbringer bezogen,
 - Organisation und Durchführung der Hilfeplankonferenz,
 - Geschäftsführung (Steuerung, Koordination, Moderation) des Psychiatriebeirates,
 - Geschäftsführung (Steuerung, Koordination, Moderation) der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)¹¹,

¹¹ PSAG – im Sinne des PsychKG

- Öffentlichkeitsarbeit und Berichterstattung an kommunale und weitere Gremien,
- Mitarbeit bei der Umsetzung der Konzeption „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler“.

6.5.13 Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)

a. Ausgangssituation

Ein gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) im Sinne eines Fundamentes komplementärpsychiatrischer Versorgung und Koordinierungsinstanz für das gesamte Spektrum der erforderlichen Hilfen im Landkreis existiert zur Zeit noch nicht.

Einzelelemente wie die Hilfeplankonferenz sind in Grundstruktur geschaffen.

b. Datenlage

Die Bedeutung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes wird überwiegend von den Befragten mit „wichtig“ bis „sehr wichtig“ bewertet; die Vertreter der Verwaltung und des Sozialpsychiatrischen Dienstes gaben an dieser Stelle keine direkte Bewertung ab.

Folgende Vorteile werden mit der Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes gesehen:

- Die Verkürzung von Entscheidungswegen;
- Die stärkere Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Träger untereinander;
- Die Übernahme einer klaren Steuerungsfunktion durch den Landkreis.

Speziell die Angehörigengruppe des Fördervereins Gemeindenahe Psychiatrie, sieht den Aufbau eines GPV als Qualitätsmerkmal der Leistungserbringung an.

Die zunehmende Bedeutung zentraler Beratung und Steuerung, sowie gegenseitiger fachlicher und strategischer Unterstützung der Mitglieder im GPV, wird von allen Interviewpartnern gesehen.

Von Seiten der Caritas Werkstätten, wurde im Zusammenhang mit der Einrichtung eines GPV die Anregung geäußert, ein psychiatrisches „Casemanagement“ als trägerübergreifendes Organisations- und Koordinierungsinstrument, zu implementieren.

Zum jetzigen Zeitpunkt schätzt die Sozialverwaltung des Kreises eine Realisierung des GPV, auf Grund der zur Zeit laufenden Planung, als zu früh an.

c. Einschätzung

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988¹² wird der Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) als „Fundament in der gemeindepsychiatrischen Versorgung“ beschrieben.

¹² Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Bereich.

Der GPV ist in seiner heutigen Definition Zusammenschluss aller Anbieter in einem komplexen Hilfesystem, der Pflichtversorgung sicherstellt, der Qualität garantiert, der die Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben, soziale Kontakte, Unterstützung in der Alltagsbewältigung etc., gewährleistet.

Dabei muss er Versorgungsleistungen innerhalb und außerhalb der psychiatrischen Handlungsfelder sicherstellen und sich nicht nur für die rein psychiatrischen Angebote zuständig fühlen (z.B. Schuldnerberatung; Integration in das Vereinswesen, kulturelle Angebote etc.).

Die Mitglieder des gemeindepsychiatrischen Verbundes müssen eine personenbezogene Orientierung für sich verinnerlicht und als Leitlinie definiert haben.

Wir empfehlen die Entwicklung einer Versorgungsvereinbarung zwischen dem Kreis und den Trägern psychiatrischer Einrichtungen und Dienste im Kreis Ahrweiler. Sie ist so auszugestalten, dass sie die Übertragung einer Versorgungsverpflichtung für alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Beeinträchtigung im Landkreis regelt und das Zusammenwirken zwischen Leistungserbringer und Kreis steuert.

Darüber hinaus muss es Ziel einer solchen Vereinbarung sein, die regionalen Versorgungsbedingungen weiter zu verbessern und durch den Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes bedarfsgerechte, gemeindenaher Hilfen unter Berücksichtigung von sozialpsychiatrischen Standards anzubieten und sicher zu stellen.

Die Definition, Überprüfung und Weiterentwicklung von fachlich - inhaltlichen und strukturellen Qualitätsstandards und Ableitung von Empfehlungen gehört zukünftig mit zu den Aufgaben des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Von allen Befragten wird diese Entwicklung als äußerst wichtig erachtet und eine baldige Initiierung gewünscht.

Bei der vertraglichen Ausgestaltung einer solchen Vereinbarung empfiehlt es sich, andere rheinland-pfälzische Landkreise zu kontaktieren, die, teilweise als Modellregion definiert, bereits seit mehreren Jahren über entsprechende Erfahrungen und Vereinbarungen verfügen (z.B. Stadt Trier/ Kreis Trier-Saarburg; Stadt Koblenz/ Kreis Mayen-Koblenz).

d. Empfehlungen

Ziel: Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund ist gegründet. Die Beteiligten verpflichten sich, allen Klienten der Versorgungsregion ein bedarfsgerechtes Angebot zur Verfügung zu stellen und im Einzelfall zum Nutzen des Klienten zu kooperieren.

Maßnahmen:

- Zwischen dem Kreis und den Trägern komplementärpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen wird eine Versorgungsvereinbarung geschlossen.
- Die Vereinbarung regelt die Übertragung einer Versorgungsverpflichtung für die Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im Landkreis Ahrweiler.
- Sie regelt das Zusammenwirken zwischen den Leistungserbringern und dem Kreis.

- Sie setzt sich zum Ziel, durch Kooperation und Vernetzung, im Sinne des Landesgesetzes für psychisch kranke Menschen (PsychKG), die Versorgungsbedingungen für psychisch beeinträchtigte Menschen zu verbessern und bedarfsgerechte und gemeindenahere Hilfen anzubieten.
- Die Mitglieder des gemeindepsychiatrischen Verbundes orientieren ihre Arbeit an den aktuellen sozialpsychiatrischen Standards.
- Die Umsetzung der Maßnahme wird durch den Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator geplant und gesteuert. Sie erfolgt innerhalb eines Jahres nach Ende der Teilhabeplanung.

6.5.14 Hilfeplankonferenz

a. Ausgangssituation

Seit dem 01.01.2004 ist eine regionale Hilfeplankonferenz unter der Leitung des Teilhabekoordinators/ Psychiatriekoordinators im Kreis Ahrweiler etabliert. Sie tagt alle sechs Wochen.

In der Konferenz sind folgende Teilnehmer vertreten:

- Landkreis Ahrweiler als örtlicher Träger der Sozialhilfe:
Abteilungsleiter Soziales als Kostenträger,
Mitarbeiter des Sachgebietes als Moderator,
Sozialdienst der Abteilung „Soziales“.
- Gesundheitsamt Ahrweiler:
Abteilungsleiterin (Amtsärztin),
Psychiater.
- Land Rheinland-Pfalz:
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung¹³.
- Leistungserbringer:
Fallbezogene Anfrage.
- Antragsteller:
Die hilfesuchende Person und/oder der gesetzliche Betreuer.

Als „ständige“ Vertreter nehmen an den Konferenzen die Vertreter des Sozialamtes, des Gesundheitsamtes und des Landes teil. Weitere Träger und Dienste werden im Bedarfsfall hinzugezogen. Entscheidungen werden direkt innerhalb der Hilfeplankonferenz getroffen.

Zurzeit existiert eine kreisinterne Geschäftsordnung für die Hilfeplankonferenz.

b. Datenlage

Die direkte Arbeit der Hilfeplankonferenz kann durch einen Teil der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung nicht beurteilt werden. Bis jetzt waren fallbezogen neben dem GPZ-Lichtblick nur ein stationärer Anbieter, das Haus Alexander, in der seit dem 01.01.2004 stattfindenden Hilfeplankonferenz vertreten. Die Vertreter der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, die

¹³ Die Teilnahme erfolgt nicht mehr im Regelfall

Einrichtungen Haus Bachtal und Wohn- und Pflegeheime Schröder, der „Dr. von Ehrenwall'schen Klinik“, die Caritas Werkstätten Sinzig und der Integrationsfachdienst können auf Grund fehlender Informationen oder Einbindung in dieses Gremium, derzeit keine Bewertung abgeben. Alle komplementärpsychiatrischen Leistungsanbieter wünschen sich die generelle Einbindung aller Leistungserbringer in die Hilfeplankonferenz, sowie eine stärkere Nutzung der Konferenz zur fachlichen Weiterentwicklung und Steuerung der Komplementärpsychiatrie im Kreis Ahrweiler.

Die Vertreter des GPZ-Lichtblick und des Hauses Alexander regen an, dass für Klienten mit dringendem Hilfebedarf ein entsprechendes Notfallarrangement innerhalb der Hilfeplanung geschaffen wird. Nach Aussage der Kreisverwaltung besteht ein Notfallarrangement, das Übergangshilfen im Einzelfall vor der Hilfeplankonferenz ermöglicht.

c. Einschätzung

Die Hilfeplankonferenz versteht sich als Arbeitsgremium innerhalb des gemeindepsychiatrischen Verbundes; sie sollte mit einer Geschäftsordnung ausgestattet sein.

Ständige Teilnehmer der Konferenz sind in der Regel der Sozialhilfeträger, alle regionalen Einrichtungsträger, sowie der sozialpsychiatrische Dienst. Die einzelfallbezogene Teilnahme von Betroffenen und/ oder ihren Angehörigen ist generell möglich. Dabei ist es wichtig, Klienten und Angehörige in einer für sie angenehmen, partnerschaftlich gestalteten Atmosphäre zu empfangen und zu beraten.

Weitere Träger oder Dienste können im Bedarfsfall hinzugezogen werden, wenn ihre Mitarbeit erforderlich ist.

Leitung und Organisation der HPK obliegen dem Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator.

Die Konferenz sollte in überschaubaren Zeitabständen zusammenkommen (ca. alle 4 Wochen). Eine Anmeldung von Leistungsanfragen muss frühzeitig erfolgen. In dringenden Fällen müssen Übergangshilfen gewährleistet werden.

Beschlüsse zur Feststellung des Hilfebedarfs und die Erstellung des hieran anknüpfenden Hilfeplans, basieren grundsätzlich auf dem Individuellen Hilfeplan (IHP) Die Entscheidungen zur Leistungsgewährung sind zeitnah, das heißt innerhalb der Konferenz zu treffen, vorbehaltlich der sozialhilferechtlichen Prüfung.

d. Empfehlungen

Durch die Kommunalverwaltung wurde eine regionale Hilfeplankonferenz bereits geschaffen und der IHP als Planungsinstrument eingeführt.

Wir empfehlen die Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenz und Hilfeplanung unter den obengenannten Kriterien. Auch hier können Erfahrungen aus den Modelllandkreisen (z.B. Stadt Trier/ Kreis Trier-Saarburg; Stadt Koblenz / Kreis Mayen-Koblenz) genutzt werden.

Ziel: Eine regionale Hilfeplankonferenz ist eingerichtet, geschäftsfähig und akzeptiert. Beschlüsse zur Abstimmung der erforderlichen Leistungen für die Zielklientel erfolgen zeitnah und bedarfsorientiert in der Konferenz.

Maßnahmen:

- Es wird eine allgemeine Geschäftsordnung für die bereits eingerichtete regionale Hilfeplankonferenz veröffentlicht. Die Konferenz versteht sich als Strukturbestandteil des Gemeinde-psychiatrischen Versorgungsverbundes (GPV).
- Die Geschäftsordnung regelt:
 - Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz (HPK),
 - Aufgaben der Hilfeplankonferenz,
 - Mitglieder der Hilfeplankonferenz,
 - Hilfeplan- und Aufnahmeverfahren,
 - Sondervereinbarungen.
- Die Erarbeitung und Umsetzung der Maßnahme erfolgt sofort nach Beendigung der Teilhabeplanung. Die Steuerung obliegt dem Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator. Einzelne Ergebnisse können sofort in die Organisation der jetzigen Hilfeplankonferenz einfließen. In einem ersten Schritte wird die momentane Teilnehmerstruktur überarbeitet und alle psychiatrischen Leistungsanbieter in die Konferenz eingebunden.

6.5.15 Psychiatriebeirat

a. Ausgangssituation

Die Leitung des Psychiatriebeirates wird zur Zeit vom Dezernent/Fachbereichsleiter des Fachbereiches Jugend, Soziales und Gesundheit der Kreisverwaltung Ahrweiler wahrgenommen.

Kostenträger, Leistungsanbieter und Vertreter der Angehörigen psychisch kranker Menschen sind Mitglied im Psychiatriebeirat. Psychiatrieerfahrene, sowie der Sprecher der regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, sind nicht vertreten.

Der Psychiatriebeirat tagt zur Zeit ca. einmal jährlich.

b. Datenlage

Die psychiatriee erfahrenen Interviewpartner äußern den Wunsch, Vertreter in den Psychiatriebeirat des Kreises Ahrweiler zu entsenden, um ihre Interessen entsprechend vertreten zu können.

Auch die Caritaswerkstätten Sinzig weisen darauf hin, dass keine Psychiatrieerfahrenen im Beirat vertreten sind und sehen hier einen Veränderungsbedarf. Sie selber verfügen zur Zeit ebenfalls über keinen Sitz in diesem Gremium und wünschen eine rasche Einbindung.

Die Vertreter des Hauses Alexander, des GPZ-Lichtblick und Angehörigenvertreter des Vereins „Gemeindenaher Psychiatrie im Kreis Ahrweiler“ regen an, dass die im Psychiatriebeirat behandelten Themen stärker die psychiatrische Entwicklung im Kreis fokussieren und entsprechende Empfehlungen erarbeitet werden. In seiner jetzigen Funktion kann der Psychiatriebeirat ihrer Meinung nach keine Beratungs- oder Entwicklungsaufgaben im Bereich der Psychiatrie, im Sinne des PsychKG- Rheinland-Pfalz, ausüben.

Die Häufigkeit der Sitzungen wurde mehrfach als zu gering angesehen.

c. Einschätzung

Der Psychiatriebeirat ist ein Forum, das sich, angelehnt an den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, vom November 1988 und an den Empfehlungen im § 7 des Landesgesetzes Rheinland-Pfalz für psychisch kranke Personen (PsychKG), aus den Vertretern aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Organisationen, bzw. Einrichtungen, Leistungs- und Kostenträgern, Mitgliedern von Selbsthilfegruppen und Angehörigen psychisch kranker Personen zusammensetzen sollte.

Seine Aufgaben bestehen darin, den Landkreis oder die kreisfreien Städte in wesentlichen Fragen der Planung und Koordination der örtlichen psychiatrischen Versorgung zu beraten, sowie festgestellte regionale Versorgungserfordernisse aus seiner fachlichen Sicht zu formulieren und an die politischen Entscheidungsträger weiter zu leiten.

In den durchgeführten Interviews wurde explizit von der Gruppe der Psychiatrieerfahrenen der Wunsch geäußert, Vertreter aus ihren Reihen in den Beirat zu entsenden. Dieses ist unseres Erachtens nach dringend erforderlich, um eine tatsächliche Beteiligung von psychiatriee erfahrenen Menschen bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Landkreis zu erreichen. Zudem regen wir in diesem Kontext die Erweiterung des Teilnehmerkreises um einen Vertreter der WfbM-Sinzig an.

Im Sinne eines Ernst zu nehmenden Gremiums und effektiven Arbeitens befürworten wir zudem, regelmäßige, mindestens zweimal jährlich stattfindende Sitzungen des Beirates und die Möglichkeit einer Zusammenkunft im aktuellen Bedarfsfall, mit einzuplanen, bzw. umzusetzen.

Die Geschäftsführung des Psychiatriebeirates sollte durch den Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator des Landkreises übernommen werden.

d. Empfehlungen

Ziel: Die Aufgaben, Organisations- und Teilnehmerstruktur des Psychiatriebeirates im Landkreis sind überprüft und angepasst.

Maßnahmen:

- Der Psychiatriebeirat verfügt über eine Geschäftsordnung.
 - Die Zielsetzung und Aufgabenstellung des Psychiatriebeirates ist definiert und verabschiedet (Auftrag und Arbeitsweise des Psychiatriebeirates).
 - Kostenträger, Leistungsanbieter, Vertreter von Betroffenen und Angehörigen, sowie die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft sind Mitglied im Psychiatriebeirat. (Zusammensetzung des Psychiatriebeirates).
 - Der Psychiatriebeirat tagt mindestens zweimal jährlich (Organisation des Psychiatriebeirates).
- Der Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator übernimmt die Geschäftsführung des Psychiatriebeirates.
- Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt nach Beendigung der Teilhabeplanung.

Ziel: Die Teilnehmerstruktur des Psychiatriebeirates im Landkreis ist der gemeindepsychiatrischen Grundkonzeption, einer Beteiligung der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in psychosozialen Gremien, angepasst.

Maßnahmen:

- Zwei Vertreter der Gruppe der Psychiatrieerfahrenen im Landkreis sind ständige Mitglied(er) des Psychiatriebeirates.
- Der Psychiatriebeirat fördert grundsätzlich die Integration und Beteiligungsmöglichkeit der psychiatrieerfahrenen Menschen im Gremium.
- Die Kommunikation und der Austausch miteinander erfolgen auf „gleicher Augenhöhe“.
- Die Umsetzung der Maßnahme erfolgt nach Beendigung der Teilhabeplanung.

6.5.16 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)

a. Ausgangssituation

In der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist ein breit gefächertes Spektrum psychosozialer Dienstleister zusammengeschlossen. Neben den psychiatrischen Leistungsanbietern sind Vertreter der Kreisverwaltung, Beratungsstellen, Ambulante Hilfezentren, Krankenkassen etc. in der PSAG vertreten. An den Treffen nehmen auch Institutionen und Dienste aus angrenzenden Landkreisen teil. Der Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator des Landkreises ist nicht in das Gremium eingebunden. Die Treffen der Arbeitsgemeinschaft finden ca. alle zwei Monate statt. Die PSAG wird durch zwei Sprecher (derzeit ein Mitarbeiter der Caritaswerkstätten Sinzig und ein Mitarbeiter des GPZ Lichtblick) repräsentiert.

b. Datenlage

Die Arbeit der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft „PSAG“ wird von den komplementärpsychiatrischen Anbietern und den Vertretern von Kommune und Gesundheitsamt überwiegend als zufriedenstellend bewertet.

Der Gruppe der Psychiatrieerfahrenen ist dieses Gremium überwiegend unbekannt.

Die befragten professionellen Mitarbeiter erleben die Arbeit der PSAG vielfach als recht langsam und zu unverbindlich.

Von den Vertretern der Caritas Werkstätten Sinzig und den stationären Wohnbetreuungsanbietern wird die bisher fehlende Einbindung des Teilhabekoordinators/ Psychiatriekoordinators in das Gremium, als ein Verbesserungsbereich gesehen. Die stattfindenden Treffen dienen nach Angabe des Vertreters der WfbM-Sinzig und momentanen Sprechers der PSAG primär einem generellen (kollegialen) Informationsaustausch. Insgesamt wird die Themenwahl jedoch überwiegend positiv bewertet. Aktuell wird durch die Vertreter der Kreisverwaltung und der WfbM-Sinzig eine sehr hohe Teilnehmerfluktuation bei den PSAG-Sitzungen beanstandet.

Explizit ist festzuhalten, dass einzelne Klienten eine Beteiligung in der PSAG-Arbeit wünschen und sich diese, auch im Dialog mit den professionell tätigen Gremienmitgliedern, zutrauen.

c. Einschätzung

Nach § 7 PsychKG sind die Landkreise aufgefordert, die Bildung von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und ihre Arbeit zu unterstützen. Die Arbeitsgemeinschaft PSAG ist ein Forum für den Austausch und die gegenseitige Information über die regionalen psychosozialen Leistungsangebote und versteht sich als ein Gremium sozialer Basiskompetenz, das unabhängig von Trägerinteressen arbeitet.

Die PSAG ist offen für alle in der Beratung, Therapie und psychosozialen Versorgung mitwirkenden Personen innerhalb des Landkreises Ahrweiler.

Eine zentrale Zielsetzung der PSAG-Arbeit besteht darin, durch das Hineinarbeiten in Politik und Öffentlichkeit, Vorurteile gegen Behinderung, Beeinträchtigung, sowie soziale Benachteiligung zu reduzieren und Toleranz und Integration zu fördern.

Dies kann, analog vergleichbarer Aktionen in benachbarten Landkreisen, beispielsweise durch die Veranstaltung von öffentlichen Fachtagungen, Aktionen wie den „Tagen der seelischen Gesundheit“, verstärkter Lobbyarbeit, breitgefächerter Aufklärungsarbeit und der Schaffung eines regionalen Beschwerdemanagements, effektiv vorangetrieben werden.

Die PSAG strebt die Optimierung von Kooperationsbeziehungen zwischen den unterschiedlichen Leistungsanbietern an. Im Bereich der Psychiatrie sollte sie, entsprechend der Zielsetzung des PsychKG, dem Psychiatriebeirat fachlich zu arbeiten.

Wir empfehlen auch in diesem Gremium die Einbindung von Betroffenen, um eine aktive Mitwirkung und Beteiligung zu ermöglichen.

Dies wurde explizit von Psychiatrieerfahrenen, sowie ihren Angehörigen gewünscht und durch die von uns befragten professionellen Teilnehmern der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft durchgehend befürwortet.

Die Rückmeldung von, im Kontext der Befragung erreichten PSAG-Mitgliedern, ist hinsichtlich der zukünftigen Beteiligung und Mitwirkung von Klienten, ausgesprochen positiv und lässt somit auf eine sehr hohe Kooperationsbereitschaft schließen.

Die Geschäftsführung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft sollte an den Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator übertragen werden.

d. Empfehlungen

Ziel: Die Aufgaben, Organisations- und Teilnehmerstruktur der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) im Landkreis sind überprüft und angepasst.

Maßnahmen:

- Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft verfügt über eine Geschäftsordnung. Sie beschreibt:
 - Zielsetzung der PSAG,
 - Zusammensetzung und Organisation der PSAG,
 - Beschlussfassung der PSAG.
- Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft verfügt über einen Sprecher.
- Der Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator übernimmt die Geschäftsführung (Steuerung, Koordination, Moderation) der PSAG.
- Die Umsetzung wird nach Beendigung der Teilhabeplanung erfolgen.

Ziel: Die Teilnehmerstruktur der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist der gemeindepsychiatrischen Grundkonzeption, einer Beteiligung der Menschen mit Beeinträchtigungen in psychosozialen Gremien, angepasst.

Maßnahmen:

- Zwei Vertreter der Gruppe der Psychiatrieerfahrenen im Landkreis sind ständige(s) Mitglied(er) der PSAG.
- Die PSAG fördert die Integration und Beteiligungsmöglichkeit der psychiatriee erfahrenen Menschen im Gremium.
- Die Kommunikation und der Austausch miteinander erfolgen auf „gleicher Augenhöhe“.
- Die Umsetzung erfolgt ab sofort.

Ziel: Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft diskutiert und bearbeitet sozialpsychiatrisch relevante Themen und arbeitet zudem aktiv dem Psychiatriebeirat des Kreises zu.

Maßnahmen:

- Der Sprecher der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist zukünftig Mitglied des Psychiatriebeirates.
- Sozialpsychiatrische Themenstellungen werden explizit, gegebenenfalls in themenspezifischen Arbeits- oder Projektgruppen, diskutiert und bearbeitet und im Bedarfsfall dem Psychiatriebeirat als Empfehlung zugeleitet.
- Die Umsetzung erfolgt nach Verabschiedung der Teilhabeplanung.

Ziel: Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft organisiert und führt sozial-psychiatrisch relevante Veranstaltungen und Maßnahmen durch.

Maßnahmen:

- Regelmäßig finden beispielsweise „Tage der seelischen Gesundheit“ oder ähnliche Veranstaltungsprojekte im Kreis Ahrweiler statt. Ihre Organisation erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Kommune und den Selbsthilfegruppen im Kreis.
- Die PSAG richtet regelmäßige sozialpsychiatrische Themen- und Informationsabende aus.
- Die Umsetzung der Maßnahme erfolgt ab sofort.

6.5.17 Mitwirkung und Beteiligung

a. Ausgangssituation

Wir betrachten an dieser Stelle die Beteiligungsmöglichkeiten von psychisch beeinträchtigten Menschen und deren Angehörigen auf kreispolitischer Ebene, in Institutionen, Gremien und Arbeitsgruppen.

Eine Beteiligungsstruktur entsprechend der gesetzlichen Vorgaben existiert in den drei stationären Wohnbetreuungseinrichtungen und in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in Form eines Heimbeirates bzw. Werkstatttrates.

Eine Einbindung in die psychosoziale Gremienstruktur von Psychiatriebeirat und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist zur Zeit nur für die Angehörigen psychisch kranker Menschen umgesetzt.

b. Datenlage

Die psychisch beeinträchtigten Menschen und ihre Angehörigen erachten die Mitwirkungsmöglichkeit in Entscheidungsgremien auf Kreisebene zur Zeit als zu gering.

Die Mitgliedschaft von Betroffenen in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) und im Psychiatriebeirat wird ihrerseits daher dringend eingefordert; von Seiten der Psychiatrieerfahrenen wird die Bereitschaft einer aktiven Teilnahme signalisiert.

In Bezug auf die Institutionen gibt es, analog der gesetzlichen Bestimmungen, Strukturen zur Beteiligung der Klientelgruppen, wie z.B. Heimbeirat und Werkstatttrat.

Die formelle und inhaltliche Ausgestaltung dieser Beteiligungsstrukturen und der Möglichkeiten einer „echten Beteiligung in Augenhöhe“ sind explizit nach Aussage des Werkstatttrates gegeben. Zur Erweiterung der persönlichen Mitwirkungskompetenz werden einrichtungsinterne, regionale und überregionale Schulungen (speziell für Heim- und Werkstattträte) von Klienten besucht.

Die Gruppe der Psychiatrieerfahrenen bewertet die Vernetzung der Interessen von Psychiatrieerfahrenen und ihren Angehörigen im „Förderverein Gemeindenahe Psychiatrie im Kreis Ahrweiler“, ausgesprochen positiv. Die Angehörigen treffen hier eine identische Einschät-

zung. Der Förderverein bietet themenspezifische Informationsveranstaltungen an. Die Auswahl aktueller Themen ist dabei für die psychiatrienerfahrenen Menschen besonders wichtig.

Der Bedarf zur Schaffung von Schulungsangeboten zum Thema „Mitwirkung und Beteiligung“ wird von den Betroffenenvertretern der Beiräte, den stationären Wohnbetreuungsanbietern, den Caritas Werkstätten, Integrationsfachdienst, der

„Dr. von Ehrenwall’schen Klinik“ und den Angehörigen mit „hoch“ bis „sehr hoch“ bewertet. Aus Sicht der obigen Interviewpartner erfolgen derzeit Informationen und Darstellung über Beteiligungs- und Mitwirkungsstrukturen von Betroffenen, sowie die Chancen einer aktiven Beteiligung nur in sehr geringem Umfang in der Öffentlichkeit.

c. Einschätzung

Im Zuge der Entwicklung der Gemeindenahen Psychiatrie hat sich mittlerweile die aktive Mitwirkung und paritätische Beteiligung der Psychiatrienerfahrenen - über die bereits bestehenden gesetzlichen Anforderungen (z.B. Heim- und Werkstatttat) hinaus - als eindeutiger Qualitätsanspruch manifestiert. Die Leistungsanbieter sind hier gefordert, im Rahmen der Organisationsentwicklung nicht nur die entsprechen den Strukturen (z.B. Regelkommunikation, Mitwirkungs- oder Empowermentkonzepte) zu schaffen, sondern auch durch Personalentwicklung die hierzu notwendigen Einstellungen und Haltungen von Seiten der Mitarbeiter zu erzeugen. Personalentwicklung im Sinne der persönlichen Entwicklung heißt in diesem Zusammenhang, dass die Leistungsanbieter Möglichkeiten und Voraussetzungen (z.B. Schulungsveranstaltungen) dafür schaffen, dass Betroffene die für Mitwirkung und Beteiligung notwendige Kompetenz erwerben können. An dieser Stelle kommt dem gemeindepsychiatrischen Verbund ebenfalls eine wichtige Bedeutung als Koordinations- und Entwicklungsinstanz zu.

Wir weisen darauf hin, dass Mitwirkung und Beteiligung sich nicht ausschließlich auf die Ebene der Organisationen beschränken dürfen, sondern sich auch in den regionalen psychosozialen Gremien (z.B. PSAG, Psychiatriebeirat) wiederfinden müssen.

d. Empfehlungen

Ziel

Die Möglichkeiten und Strukturen zur aktiven Beteiligung und Mitbestimmung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung sind in den vorhandenen Einrichtungen und Diensten konsequent umgesetzt.

Maßnahmen:

- Die Umsetzung gesetzlich geforderter Mitbestimmungsstrukturen wird realisiert.
- Darüber hinaus werden spezielle Mitwirkungskonzepte erarbeitet, um beispielsweise Mitwirkungsmöglichkeiten in den institutionellen Gremien- und Kommunikationsstrukturen zu schaffen.
- Mitwirkung und Mitbestimmung sind fester Bestandteil von möglichen Qualitätsmanagementprozessen in Einrichtungen und Diensten.

- Es erfolgt Personalentwicklung in Form von Mitarbeiterschulungen zur Förderung und Akzeptanz „echter Klientelbeteiligung“.
- Mit der Umsetzung der Maßnahmen wird ab sofort begonnen.

Ziel: Psychiatrieerfahrene sind neben den Angehörigenvertretern aktiv in die regionalen psychosozialen Gremien eingebunden.

Maßnahmen:

- Nach Beschlussfassung durch die Kreisgremien nehmen Psychiatrieerfahrene sowohl an der Psychiatriebeirat-, wie auch PSAG - Sitzung, regelmäßig teil.
- Die Umsetzung erfolgt nach Beendigung der Teilhabeplanung.

Ziel: Die Klienten verfügen über ausreichende soziale und kommunikative Kompetenzen, um eine Beteiligung auf „Augenhöhe“ zu realisieren.

Maßnahmen:

- Es werden Schulungsangebote zur Förderung der Mitwirkungs- und Selbstbestimmungskompetenz psychiatrieerfahrener Menschen im nicht-psychiatrischen Umfeld sowie in den Einrichtungen und Diensten geschaffen. Die Entwicklung und Umsetzung erfolgt durch ehrenamtliche Kräfte und Leistungsanbieter in Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen.
- Durch die Gründung einer unabhängigen Selbsthilfeorganisation, fast ausschließlich bestehend aus Betroffenen (vergleichbar der „People First Bewegung“ der Menschen mit Lernbehinderung), wird die gesellschaftliche Positionierung und Integration der Psychiatrieerfahrenen gefördert.
- Mit den Maßnahmen wird sofort begonnen. Sie ist innerhalb von etwa zwei Jahren durch die Schaffung von Grundstrukturen umgesetzt. Darüber hinaus versteht sich die Maßnahme als ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess.

Ziel: Im Kreis Ahrweiler ist eine ehrenamtlich besetzte Beschwerdestelle etabliert.

Maßnahmen:

- Durch Moderation des Teilhabekoordinators/ Psychiatriekoordinators wird ein Kreis von Personen gefunden, der sich als Ansprechpartner für die Beschwerdestelle zur Verfügung stellt.
- Der Personenkreis wird aus fachspezifischer Sicht kontinuierlich geschult, um die Aufgaben der Beschwerdestelle wahrnehmen zu können.
- Die Kreisverwaltung stellt die notwendige Logistik zur Verfügung.
- Die Umsetzung beginnt ein Jahr nach Beendigung der Teilhabeplanung.

6.5.18 Integration in das Gemeinwesen und Ehrenamt

a. Ausgangssituation

Die Integration von psychisch beeinträchtigten Menschen in das Gemeinwesen gewinnt im Zuge der Ambulantisierung von Betreuungsangeboten an Bedeutung.

Zur Zeit konzentrieren sich die Gemeinwesenintegration und das ehrenamtliche Engagement auf einzelne Projekte. Das gezielte Ansprechen von Öffentlichkeit findet im Rahmen der jährlich stattfindenden Einrichtungsveranstaltungen, wie „Sommerfeste“ oder „Tag der offenen Tür“, statt.

Der Förderverein „Gemeindenaher Psychiatrie im Kreis Ahrweiler“ nutzt den Rahmen kirchlicher Projekte, um über psychische Erkrankung zu informieren und auf die Lebenssituation der betroffenen Menschen hinzuweisen.

b. Datenlage

Zu der Frage nach möglichen oder zu erwartenden Schwierigkeiten bei der Gemeinwesenintegration werden unterschiedliche Einschätzungen vorgenommen:

- Die bereits mit dem Gemeinwesen kooperierende Tagesstätte sieht keinerlei Probleme.
- Schwierigkeiten und / oder Widerstände werden von den stationären Anbietern überwiegend in der teilweise fehlenden Akzeptanz der Bevölkerung.
- und in einem geringen Informationsstand zu den Ausprägungen psychischer Erkrankung oder Behinderung, gesehen.
- Gleichzeitig benennen Betroffene und ihre Angehörigen aber auch ein spürbares, langsam wachsendes Verständnis für die Belange psychisch kranker Menschen.

Das Bild von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in der Öffentlichkeit stellt sich nach Aussage der Betroffenen und Angehörigen überwiegend positiv dar.

Die Häufigkeit von sachlichen und informativen Beiträgen in den Medien (vor allem in der Tagespresse) könnte jedoch deutlich höher sein; dabei sollte es sich um Beiträge mit einem hohen Informationsgrad über psychische Erkrankung und Behinderung (z.B. Krankheitsbildern, Wohn- und Betreuungsformen von psychisch beeinträchtigten Menschen) handeln.

Die Beteiligung von Klienten und Leistungsanbietern an Aktivitäten in der Öffentlichkeit (kirchliche Feiertage, Stadt- und Dorffeste etc.) wird von allen Befragten als wichtiges Element zum Abbau von Vorurteilen und zur Förderung der Integration in das Gemeinwesen genannt.

Damit es gelingt, das Gemeinwesen auf die Integration von psychisch beeinträchtigten Menschen vorzubereiten, braucht es nach Angabe aller Befragten:

- umfassende und verständliche Informationen über psychische Erkrankung und Beeinträchtigung,
- gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch die Leistungsanbieter,
- Information der politischen Gremien über die aktuelle psychiatrische Entwicklung,

- aktive Psychiatriepolitik in kommunaler Verantwortung des Landkreises,
- aktive Unterstützung durch die politischen Gemeinden und Kirchengemeinden,
- Zusammenarbeit mit ortsansässigen Freizeit- und Kulturvereinen.

Ehrenamtlicher Arbeit wird von allen Befragten, mit Ausnahme des Integrationsfachdienstes (IFD), eine wachsende Bedeutung zugemessen.

Der Einsatz von ehrenamtlich Tätigen in der stationären Wohnbetreuung wird, ohne Angabe weiterer Gründe, durch die Gruppe der Psychiatrieerfahrenen kritisch bewertet. Demgegenüber sehen die Betroffenen die Einbindung von Ehrenamtlichen in die tagesstrukturierenden Angebote, als sinnvoll an. So wird beispielsweise die ehrenamtliche Tätigkeit in der Kontakt- und Beratungsstelle, in den Abendstunden und an den Wochenenden, mehrfach vorgeschlagen.

Die Gruppe der Angehörigen sieht die Chancen eines ehrenamtlichen Engagements für die stationären, ambulanten und tagesstrukturierender Angebotsegmente gleichermaßen gegeben.

Von Leistungsanbieterseite wird ein stärkeres ehrenamtliches Engagement überwiegend begrüßt. Der Einsatz ehrenamtlicher Kräfte erfordert eine gezielte Auswahl der in Frage kommenden Tätigkeitsfelder, sowie eine fachliche Begleitung und/oder Schulungskonzeption. Mögliche Schwierigkeiten werden ihrerseits jedoch in der Verlässlichkeit von ehrenamtlich Tätigen gesehen.

c. Einschätzung

Nach dem Staatsverständnis der Bundesrepublik Deutschland sind Subsidiarität und Solidarität wesentliche Prinzipien des Zusammenlebens und des Ausgleichs zwischen den Rechten und Pflichten der Bürger. Diese weisen der politischen Gemeinde zentrale Aufgaben zur Verwirklichung des Lebens aller Bürger (mit und ohne Beeinträchtigung) in einem Gemeinwesen zu. Dienste und Einrichtungen sind Bestandteil des Gemeinwesens. Sie gestalten die soziale und wirtschaftliche Infrastruktur mit. Gleichzeitig übernimmt die Gemeinde soziale Verantwortung und eröffnet Chancen für Nachbarschaft, bürgerliches Engagement und Ehrenamt.

Die Infrastruktur eines Gemeinwesens muss insgesamt für Menschen mit Beeinträchtigungen nutzbar sein, egal ob sie institutionell begleitet oder völlig eigenständig leben. Nur so kann der Prozess zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe am Gemeinschaftsleben gelingen. Zur Förderung und Entwicklung von Integrationsprozessen von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in das Gemeinwesen sind die vorgenannten Beiträge der Betroffenen und Angehörigen, Vertretern der Kommune und der unterschiedlichen Leistungsanbieter, eine wichtige Voraussetzung. Ist es einerseits von Bedeutung, die Betroffenen für diesen Prozess zu befähigen, muss andererseits das Umfeld auf die Integration vorbereitet werden. Es ist unerlässlich, dass Leistungsanbieter, die Gemeinwesen, in denen sie ihre Leistungsangebote platziert haben und zu implementieren gedenken, als Kooperationspartner gewinnen. Dies setzt eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, sowie Aufklärung und Information über die Situation von psychisch beeinträchtigten Menschen voraus.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Leistungsanbieter die im Gemeinwesen vorhandenen Infrastrukturen (z.B. Vereine, Veranstaltungen) nutzen und eigene Angebote für die Bürger der Gemeinde öffnen.

Auf den Prozess der Integration wirkt sich fördernd aus, wenn ehrenamtliche Arbeit als Ergänzung zu professioneller Tätigkeit im Betreuungskonzept der Organisationen seine Berücksichtigung findet und durch politische und Kirchengemeinden gefördert und unterstützt wird. Die Verwirklichung von Solidarität ist eine wesentliche Aufgabe der Gemeinde, wobei das ehrenamtliche Engagement von Mitbürgern aus der Gemeinde hierzu wesentlich beitragen kann. Erfahrungen psychiatrischer Organisationen bestätigen, dass ehrenamtliches Engagement im gesamten komplementär-psychiatrischen Bereich möglich ist. Vorauszusetzen ist allerdings, dass eine Begleitung der ehrenamtlich tätigen Bürger durch die Organisationen erfolgt und formale und rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. Zuständigkeiten, Schulungen, Aufwandsentschädigung, Versicherungsfragen) geklärt sind.

d. Empfehlungen

Ziel: Das Gemeinwesen ist auf die Integration psychisch beeinträchtigter Mitbürger vorbereitet.

Maßnahmen:

- Wir empfehlen die Erarbeitung einer „Konzeption zur Integration psychisch beeinträchtigter Mitbürger in das Gemeinwesen“. Die Konzepterarbeitung wird durch den Teilhabekoordinator/ Psychiatriekoordinator des Landkreises initiiert, gesteuert und in Zusammenarbeit mit den regionalen Einrichtungen und Diensten, dem Förderverein gemeindenaher Psychiatrie und Vertretern des Gemeinwesens inklusive der Kirchengemeinde durchgeführt.
- Die Maßnahme erfolgt nach Verabschiedung der Teilhabeplanung und hat eine Laufzeit von etwa anderthalb Jahren. In Einzelfällen werden Konzeptergebnisse sukzessive bereits im Ausarbeitungsprozess umgesetzt.

Ziel: Es wurden ausreichend viele ehrenamtlich engagierte Mitbürger für eine Tätigkeit im komplementärpsychiatrischen Bereich gewonnen.

Maßnahmen:

- Einrichtungen und Dienste initiieren eine Kampagne zur Gewinnung ehrenamtlicher Kräfte in ihren Unternehmen.
- Hierzu entwickeln die Organisationen (evtl. gemeinsam und in Zusammenarbeit mit dem Gemeinwesen) entsprechende Konzepte und schaffen Rahmenbedingungen durch die Klärung formaler und rechtlicher Fragestellungen (z.B. Zuständigkeiten, Schulungen, Aufwandsentschädigung, Versicherungsfragen).
- Die Umsetzung beginnt ab sofort.

Ziel: Die Einrichtungen und Dienste fördern die Begegnung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung mit dem Gemeinwesen in ihren Organisationen sowie innerhalb der Gemeinde.

Maßnahmen:

- Einrichtungen und Dienste fördern aktiv die Teilnahme psychisch beeinträchtigter Menschen an Veranstaltungen in der Gemeinde, sowie ihre Integration in ortsansässige Vereine.

- Einrichtungen und Dienste laden die Bevölkerung regelmäßig im Rahmen von Veranstaltungen und Festivitäten in ihre Organisationen ein.
- Sie stellen gegebenenfalls Begegnungs-, Kommunikations- und Sportstätten und -angebote der Öffentlichkeit zur Verfügung.

6.6 Umsetzungsempfehlungen

Wir empfehlen die vorliegenden Ziele und Maßnahmen der Teilhabeplanung innerhalb des Fachforums, im Kreis- und Umweltausschuss und im regionalen Psychiatriebeirat zu erörtern. Dortige Ergebnisse fließen in ein durch den Kreistag endgültig zu beschließendes Ziel- und Maßnahmenprogramm ein.

Wenn Einrichtungen und Dienste neu geschaffen werden sollten, bzw. Kapazitätserweiterungen in bereits vorhandenen Angebotsbereichen für erforderlich gehalten werden, sind diese, mit einer genauen Leistungs- und Qualitätsbeschreibung versehen, durch die Kreisverwaltung Ahrweiler auszuschreiben.

6.7 Literatur zu Kapitel 6

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – (Psychiatrie Enquete) 1975.

Dörner / Plog u. a 2002

Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie; Klaus Dörner u. a.-Neuauflage. Psychiatrieverlag Bonn 2002.

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Bereich. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit; 1988.

Schmidt-Zadel / Kunze 2004

Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen-Erfahrungen und Perspektiven: Tagungsbericht 2003; Psychiatrieverlag Bonn 2004.

Schneider und Kappenstein 2000

Gemeinsame Psychiatrieplanung des Landkreises Mayen-Koblenz und der kreisfreien Stadt Koblenz; Teil II, Bedarfe - Ziele - Maßnahmen. Trier/Mainz 2000.

Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 1996

Die Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen, Band 77. Nomos Verlagsgesellschaft Baden Baden 1996.

Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 1999

Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung: Band I und II; Band 116 und 116 II. Nomos Verlagsgesellschaft Baden Baden 1999.

Schräder, Rehberg, Zich 2002

Psychiatrische Versorgung in Hessen, Entwicklungen bis 2007. IGES – Eigenverlag Berlin 2002.

Trenk-Hinterberger 2003

Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen: Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.; Band 103. Düsseldorf 2003.

Kreisverwaltung Ahrweiler 2003

Konzeption – „Selbstbestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler“ Bad Neuenahr-Ahrweiler 2003.

7 Zusammenfassung der Ergebnisse in einfacher Sprache¹⁰⁴

Der Landkreis Ahrweiler möchte die Unterstützung für Menschen mit Behinderung verbessern. Dazu sollten von zwei Planungsgruppen die Angebote im Landkreis Ahrweiler untersucht werden. Die Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung haben Mitarbeiter von der Uni Siegen untersucht. Sie haben dazu zum Beispiel die Caritas-Werkstatt und das Lebenshilfehaus in Sinzig besucht. Außerdem haben sie viele Fragebögen verschickt. Die Ergebnisse der Untersuchungen wurden in einem Bericht aufgeschrieben. In dem Bericht wurden auch Vorschläge dazu gemacht, wie es weitergehen soll. Dieser Bericht ist ziemlich lang. Eine kurze Zusammenfassung findet sich hier.

Menschen mit Behinderungen sollen nicht benachteiligt werden

Menschen mit Behinderungen im Landkreis Ahrweiler sollen ihre Interessen möglichst selbst vertreten. Sie dürfen nirgends ausgeschlossen werden. Dies gilt für alle Ämter und öffentlichen Stellen.

Es soll so sein, dass Menschen mit Behinderungen ihre Angelegenheiten selbst erledigen können. Menschen mit Behinderung sollen auch überall teilnehmen können.

Es gibt ein neues Gesetz, das es verbietet, dass Menschen wegen ihrer Behinderung benachteiligt werden. Durch andere Gesetze wird geregelt, was zu tun ist, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben der Gesellschaft zu verbessern.

In dem Bericht der Gruppe von der Universität Siegen wird dazu vorgeschlagen:

- In den Gemeinden soll ein Behindertenbeauftragter eingesetzt werden. Der soll aufpassen, dass die Interessen von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden. Der Behindertenbeauftragte ist ein Ansprechpartner für alle Menschen mit Behinderungen.
- Selbsthilfegruppen sollen unterstützt werden. In anderen Städten und Gemeinden gibt es auch Selbsthilfegruppen für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Diese Gruppen nennen sich ‚People-First‘ Gruppen. Auch im Landkreis Ahrweiler könnte eine solche Gruppe gegründet werden.
- Viele Menschen mit Behinderungen brauchen einen gesetzlichen Betreuer. Der Betreuer unterstützt sie bei der Regelung von rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten. Menschen mit Behinderungen im Landkreis Ahrweiler sollen gefragt werden, was ein guter Betreuer alles können und wissen muss.
- Für Menschen mit Behinderungen sollen Informationen zur Verfügung gestellt werden, ob öffentliche Einrichtungen behindertengerecht sind. Das sind zum Beispiel Rathäuser, Schwimmbäder, Freizeiteinrichtungen und Arztpraxen.
- Vielen Menschen mit Behinderungen fällt es schwer, ihr Anliegen deutlich zu machen. Manchmal werden Menschen mit Behinderungen nicht gut behandelt. In solchen Fällen soll eine Beschwerdestelle verständigt werden. Sie kümmert sich um Beschwerden von Menschen mit Behinderungen.

104 Diese Zusammenfassung orientiert sich an den Empfehlung des ‚Wörterbuch für leichte Sprache‘, herausgegeben von der Gruppe ‚Wir vertreten uns selbst!‘ Informationen sind auf der Internetseite der Selbsthilfegruppe ‚People First‘, www.peoplefirst.de erhältlich. Es ist daran gedacht, diese Zusammenfassung für Interessierte außerhalb des Gesamtberichts zur Verfügung zu stellen.

- Alle Freizeitangebote sollen für Menschen mit Behinderungen zugänglich sein. Wenn dies nicht der Fall ist, sollen sie vom Landkreis möglichst kein Geld mehr erhalten.

Unterstützung durch Profis

Menschen mit Behinderung brauchen häufig Unterstützung von professionellen Diensten und Einrichtungen. Diese sollen sich nach den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen richten. Sie sollen Menschen mit Behinderungen auf ihrem Lebensweg begleiten.

Zu den Angeboten im Landkreis Ahrweiler hat die Gruppe von der Uni Siegen folgende Punkte festgehalten:

- Durch das Angebot der Frühförderung soll Menschen mit Behinderung schon in den ersten Lebensjahren geholfen werden. Sie selbst und ihre Eltern sollen lernen, mit der Behinderung zu leben. Die Frühförderstelle soll Kontakte vermitteln zu Stellen, die weiter helfen können. Eine Frühförderstelle liegt in Bonn und die andere in Neuwied. Auch die Lebenshilfe in Sinzig bietet Frühförderung an. Häufig müssen daher weite Wege zurückgelegte werden, wenn man zur Frühförderung geht. Besser wäre es, wenn die Mitarbeiter/innen der Frühförderstelle öfter zu den Leuten nach Hause kommen könnten. Sie würden dort auch etwas vom Alltag der Familien mitbekommen.
- In Kindertageseinrichtungen werden alle Kinder ab drei Jahren betreut und gefördert. Kinder mit Behinderungen sollen möglichst mit allen anderen Kindern aus der Nachbarschaft zusammen eine Kindertageseinrichtung besuchen. In der Kindertageseinrichtung sollen sie aber auch ihrer Behinderung entsprechend gefördert werden. Im Landkreis Ahrweiler gibt es einen Sonderkindergarten für behinderte Kinder. Die Mitarbeiter/innen sollen möglichst andere Kindergärten im Landkreis unterstützen. Sie könnten dann auch Kinder mit Behinderungen aufnehmen. Viele Kinder mit Behinderungen besuchen Kindergärten, die weit entfernt sind. Das ist nicht gut, da man dort zum Beispiel keine Freunde und Freundinnen findet, die in der Nähe wohnen.
- Auch die Schule sollen Kinder mit Behinderungen möglichst mit allen anderen Kindern gemeinsam besuchen. Im Landkreis Ahrweiler besuchen noch sehr viele Schüler und Schülerinnen mit Behinderung Sonderschulen. Dort werden Kinder mit Behinderung gut gefördert. Noch besser wäre es, wenn die Lehrer aus den Sonderschulen auch die anderen Schulen unterstützen würden, damit diese einen guten Unterricht für behinderte Kinder machen können.
- Hilfen für Menschen mit Behinderungen, die bei ihrer Familie leben werden von der Lebenshilfe und von der Caritas-Werkstatt angeboten. Diese Angebote sind wichtig und sollen in Zukunft besser finanziert werden. Es wäre gut, wenn es diese Angebote auch an anderen Stellen im Landkreis gäbe.
- Viele Menschen mit Behinderungen brauchen nach dem Auszug aus dem Elternhaus Hilfe. Sie können nicht ohne Unterstützung in der eigenen Wohnung oder einem Wohnheim leben. Es gibt im Landkreis Ahrweiler das Lebenshilfehaus. Dort wohnen 28 Menschen mit Behinderung. In der Nachbarschaft befinden sich zwei Wohnungen für jeweils vier Personen. Es gibt auch noch eine Außenwohngruppe. Außerdem werden von der Lebenshilfe auch Menschen unterstützt, die allein in ihrer Wohnung leben. Das nennt sich ambulant betreutes Wohnen. Viele Menschen mit Behinderung aus dem Landkreis Ahrweiler leben in Wohnheimen die nicht in ihrer Nähe liegen. Es ist nicht gut, wenn man wegziehen muss, weil man Hilfe braucht.

In Zukunft werden vermutlich mehr Menschen mit Behinderung Hilfen im Alltag brauchen. Jeder der solche Hilfen braucht sollte selbst bestimmen, wo er wohnen möchte und mit wem er zusammen leben möchte. Die Einrichtung und Dienste müssen gut zusammenarbeiten, um für jeden Einzelnen einen Vorschlag zu machen. Der Auszug aus dem Elternhaus oder der Wechsel in eine neue Wohnung muss gut vorbereitet werden. Es sollte möglich sein, unterschiedliche Möglichkeiten auszuprobieren. Man muss sich auch nicht für sein ganzes Leben festlegen. Die Mitarbeiter der Uni Siegen schlagen vor, dass an vier Orten im Landkreis Unterstützungszentren eingerichtet werden. Von dort aus können die Hilfen, die man im Alltag braucht angeboten werden.

- Auf dem Arbeitsmarkt sieht es im Moment schlecht aus. Viele Menschen finden keine Arbeit. Das trifft Menschen mit Behinderungen ganz besonders. Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten fast ausschließlich in den Caritas-Werkstätten. In Zukunft soll es auch andere Möglichkeiten geben. Einige sollen hier kurz vorgestellt werden:
 - In den Caritas-Werkstätten ist eine Mitarbeiterin beschäftigt, die Menschen mit Behinderungen bei der Suche nach Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb der Werkstatt unterstützt.
 - Spezielle Dienste vermitteln Menschen mit Behinderungen eine Arbeitsstelle. Diese Dienste heißen Integrationsfachdienste. Dieses Angebot richtet sich ganz besonders an alle die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten. Es ist auch gedacht für Schüler, die die Sonderschule beenden.
 - Das Integrationsamt des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung hilft bei der Aufnahme einer Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen. Der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer können sich dort beraten lassen. Es können auch spezielle Hilfsmittel beantragt werden.
 - In vielen Orten gibt es schon spezielle Firmen in denen mindestens ein Viertel der Mitarbeiter schwerbehindert sind. Diese Firmen werden Integrationsfirmen genannt. Dort erhält man ganz normalen Lohn für seine Arbeit. Die Firmen werden vom Arbeitsamt und vom Integrationsamt gefördert. Solche Firmen sollen auch im Landkreis Ahrweiler gegründet werden.
- Auch Menschen mit Behinderungen werden alt. Sie arbeiten dann nicht mehr und brauchen Hilfe dabei, ihren Tag sinnvoll zu gestalten. Wie das zu machen ist, sollten die alten Leute am besten selber sagen. Am besten wäre es, wenn Menschen mit Behinderungen die Angebote nutzen könnten, die andere alte Menschen auch nutzen.
- Im Landkreis Ahrweiler gibt es viele Möglichkeiten, um Informationen über Hilfen für Menschen mit Behinderungen zu bekommen. Man kann bei den Mitarbeitern in den Einrichtungen nachfragen, zum Beispiel beim Sozialdienst in der Caritas-Werkstatt in Sinzig. In Andernach gibt es eine Servicestelle für Rehabilitation. Die hilft einem, die passende Unterstützung zu finden. Wenn man Pflege braucht, kann man sich bei einer Beratungsstelle der Ambulanten Hilfezentren bei einigen Sozialstationen anrufen. Es gibt einige Informationsbroschüren über die verschiedenen Angebote im Landkreis Ahrweiler. Die Mitarbeiter von der Universität Siegen schlagen vor, alle Informationen im Internet zusammenzufassen. Um an diese Informationen heranzukommen, braucht man einen Computer. Wenn man selber keinen hat, können einem die Mitarbeiter in den Diensten, Einrichtungen und Beratungsstellen helfen. Sie können wichtige Informationen ausdrucken und den betroffenen Menschen mit Behinderungen erklären.

Neue Angebote müssen geplant werden

Im Landkreis gibt es unterschiedliche Gruppen, die Hilfen für Menschen mit Behinderungen anbieten. Es gibt die Caritas, die Lebenshilfe und noch viele andere. Die meisten Hilfen werden finanziert vom Sozialamt. Manche Hilfen werden aber auch von der Krankenkasse oder dem Arbeitsamt bezahlt. Die Mitarbeiter von allen diesen Stellen und die Betroffenen müssen zusammenkommen, um zu überlegen, was verbessert werden soll. Die Idee ist, dass man gemeinsam Projekte macht, um neue Dinge zu beraten und im Landkreis Ahrweiler auszuprobieren. Dabei sollen auch möglichst viele Menschen mit Behinderungen mitmachen. Die Informationen zu solchen Projekten sollen allen bekannt gemacht werden, damit jeder der möchte, seine Vorschläge abgeben kann.

Die Hilfen für jeden einzelnen müssen geplant werden

Viele Menschen mit Behinderungen bekommen im Alltag Hilfen von Menschen, die für diese Arbeit ausgebildet sind und dafür bezahlt werden. Das ist eine Dienstleistung. Die Dienstleistungen müssen geplant und in einem Vertrag vereinbart werden.

Die Stelle, die die Hilfen finanziert, muss wissen, welche Hilfen benötigt werden. In vielen Fällen werden die Hilfen vom Sozialamt finanziert. Für diese Hilfen wurde das Verfahren der Individuellen Hilfeplanung eingeführt. Es hilft in jedem Einzelfall dabei zu überlegen, was man selber kann, wozu man Hilfe braucht und was man in Zukunft lernen kann. Es hilft auch dabei zu überlegen, wie es in Zukunft weitergehen soll. Welche Möglichkeiten gibt es, zu wohnen, zu arbeiten und die Freizeit zu verbringen. In einem Bericht werden die Ergebnisse des Hilfeplangesprächs festgehalten.

Dann findet eine Hilfeplankonferenz statt, zu der alle Beteiligten eingeladen werden. Dort wird überlegt, wie die Hilfe am besten organisiert werden kann. Es ist möglich ein Persönliches Budget zu erhalten. Das ist ein Geldbetrag, mit dem man selber wirtschaften muss. Davon können die notwendigen Hilfen bezahlt werden. Es ist auch möglich die Hilfen von einem Dienst oder einer Einrichtung zu erhalten. Dann muss man sich um die Finanzen nicht selber kümmern. Man kann aber weniger selbst über die Hilfen bestimmen.

Das Verfahren der Individuellen Hilfeplanung bietet für alle Beteiligten große Vorteile. Man weiß jetzt, was wirklich gebraucht wird. Man kann sich darauf einigen, welche Hilfen geleistet werden sollen. Es ist für jeden klar, wer zuständig ist. Wenn man ein neues Verfahren einführt, dann muss man erst Erfahrungen sammeln. Dann kann man einiges, was am Anfang nicht so gut läuft, verbessern.

Wie geht es weiter?

Die Vorschläge in dem Bericht wurden schon in verschiedenen Veranstaltungen diskutiert. Die Diskussion, wie man die Hilfen am besten organisieren kann, soll weitergehen. Daran sollen sich möglichst viele Menschen mit Behinderungen beteiligen. Achten Sie auf Einladungen. Sprechen Sie mit Ihren Freunden über ihre Ideen zur Verbesserung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen im Landkreis Ahrweiler. Sprechen Sie auch die Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen an, die sie kennen.

Der Bericht wurde auch im Kreistag besprochen. Der Kreistag ist das höchste politische Gremium des Landkreises Ahrweiler. In den politischen Gremien des Landkreises Ahrweiler wird entschieden, welche Vorschläge umgesetzt werden und wie das genau gemacht werden soll.

Es wird entschieden, ob Arbeitsgruppen eingesetzt werden sollen und wie Menschen mit Behinderungen beteiligt werden.

Fragen Sie nach! Machen sie Vorschläge und melden sie sich bei der Kreisverwaltung, wenn sie unzufrieden sind.

8 Anhang: Angeschriebene Dienste und Einrichtungen

Tabelle 21: Liste aller Organisationen und Institutionen im Planungsbereich "Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und/oder geistiger, körperlicher, Sinnesbehinderung" innerhalb des Kreisgebietes, die einen Fragebogen erhalten haben:

Ahrtal-Residenz Frau Mundt	Willibordusstraße 5 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Alten- u. Pflegeheim St. Maria Josef Herrn Stelzig	Niederhutstraße 14 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Altenpflegeheim Alte Burg Herrn Hütt	53518 Herschbroich
Altenpflegeheim Haus Abendfrieden Frau Fuhrmann	Lindenstraße 8-10 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Altenpflegeheim Haus Harmonie GmbH Frau Krämer	Auf der Heeg 2 56746 Hohenleimbach
Altenpflegeheim St. Anna Frau Krebs	Franziskusstraße 4 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Altenpflegeheim St. Josef Herrn Knossalla	Koblenzer Straße 19 53498 Bad Breisig
Altenpflegeheim St. Vinzenz Herrn Leifeld	Heppinger Straße 22 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Ambulante Dienste der Caritas Werkstätten Herrn Langen	Kripperstraße 48 53489 Sinzig
Ambulantes Neurologisches Rehabilitationszentrum Frau Börkel	Schützenstraße 10 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Beruflicher Integrationsfachdienst IFD für den Landkreis Ahrweiler GPM e.V. Herr Fischer	Sebastianstraße 25 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Betreutes Wohnen für ältere Menschen Weißes Roß Frau Schütz	Grabenstraße 30 53498 Bad Breisig
Caritas Werkstatt St. Elisabeth Herr Bleidt	Kripperstraße 25 53489 Sinzig
Caritas-Sozialstation (AHZ) Bad Neuenahr-Ahrweiler / Grafschaft Frau Steinich	Bahnhofstraße 5 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Curanum Betriebs GmbH Residenz Remagen Herr Scharf	Alte Straße 42 53424 Remagen
DRK Beratungs- und Koordinierungsstelle Frau Störk	Rheinstraße 48 53489 Sinzig
DRK Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Lindenstraße 2-4 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
DRK Sozialstation Bad Breisig-Brohlthal Herrn Nippoldt	Marktplatz 1 56651 Niederzissen
DRK Sozialstation Bad Breisig-Brohlthal Beratungs- und Koordinierungsstelle Frau Seemann	Marktplatz 1 56651 Niederzissen
DRK Sozialstation Remagen-Sinzig Frau Faßbender	Rheinstraße 48 53489 Sinzig
DRK-Hausnotrufdienst Frau Berchem	Ahrweiler Str. 1 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Franziskushaus Frau Nemsetchi	Renngasse 7 53489 Sinzig
Häusliche Pflege Mazocha Frau Mazocha	Plätzerstraße 6 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Integrationsfachdienst	Sebastianstraße 25 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Johanniter Unfall Hilfe e.V. Frau Steines	Bachstraße 37 53498 Bad Breisig
Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler e.V. Offene Hilfen	Pestalozzistr. 53489 Sinzig
Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler e.V. Mobile Hausfrühförderung	Pestalozzistr. 53489 Sinzig
Pflegedienst MEDIC Herrn Vosen	Vulkanstraße 18 56659 Burgbrohl
Private häusliche Alten- und Krankenpflegeambulanz Frau Schramm	Gerard-Carll-Str. 14 53424 Remagen
Rheinischer Krankenpflege-Service Ehel. Hilgert	Kolpingstraße 22 53489 Sinzig
Schuldner-Insolvenzberatung Frau Ewald	Peter-Jansen-Straße 20 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Schulpsychologischer Dienst	Ellingstraße 11 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Seniorenheim Haus Franziskus Frau Diepenbeck-Schenk	Hauptstraße 58 53424 Remagen
Seniorenzentrum Elisabeth-Haus Herrn Walz	Kirchstraße 7 56754 Weibern
Seniorenzentrum Elisabeth-Haus Frau Hühmann	Kirchstraße 7 56754 Weibern
Seniorenzentrum Maranatha Frau Spitzley und Herr Monschau	Am Kurgarten 12 53489 Sinzig
Seniorenzentrum St. Martin	Wilhelmstraße 18 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Seniorenzentrum Villa am Buttermarkt Herr Adams	Hauptstraße 281 53518 Adenau
Seniorenzentrum Villa am Buttermarkt	Hauptstraße 281 53518 Adenau
Seniorenzentrum Villa Romantica Herr Adams	Brohltalstraße 189 56651 Niederzissen
Sozialstation - AHZ - Adenau-Altenahr Herrn Benner	Kirchstraße 15 53518 Adenau
Tagesförderstätte St. Elisabeth Herrn Langen	Kripperstraße 37 53489 Sinzig
VHS Sinzig in Kooperation mit den Ambulanten Diensten der Caritas Sinzig	
Villa Sibilla Herrn Leßnig	Am Kurgarten 1 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Villa Sibilla Ambulante Pflegeeinrichtung der AG Bad Neuenahr	Oberstr. 21 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Wohnstift Augustinum Frau Faus	Am Schwanenteich 1 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Liste aller Organisationen und Institutionen im Planungsbereich "Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und/oder geistiger, körperlicher, Sinnesbehinderung" außerhalb des Kreisgebietes, die einen Fragebogen erhalten haben:

A.B.K. Hilfswerk	Roermonder Straße 354 52134 Herzogenrath
Adaptionshaus Koblenz Frau Metzger	Stegemannstraße 56068 Koblenz
Antoniushaus	Burgeffstraße 42 65239 Hochheim
Arbeiterwohlfahrt Dillingen	Konrad-Adenauer-Allee 66763 Dillingen
Arienheller	Arienheller 2 56598 Rheinbrohl
Asbacher Hütte	An der Landstraße 160 55758 Bad Kreuznach
Bonner Werkstätten	Allerstraße 43 53332 Bornheim-Hersel
Caritas-Werkstätten	Polcher Straße 160 56727 Mayen
Caritaswohnheim Eulenhorst	Geisbachstraße 22a 56072 Koblenz-Metternich
Caritaswohnheim Oberwerth	Mozartstraße 4 56075 Koblenz
Caritaszentrum Mendig (Tagesförderstätte)	Heinrich-Heine-Straße 56743 Mendig
CTT Caritas Trägergesellschaft Trier e.V. Herr Schneider	Beuelsweg 8a 56179 Vallendar
Diakonie Werkstätten Kreuznach	Talweg 1 55590 Meisenheim
Diakonie-Anstalten	Ringstraße 64 55543 Bad Kreuznach
Diakoniewerk Zoar	Inkeltaler Hof 67806 Rockenhausen
Dominikus-Ringeisen Werk	Klosterhof 2 86513 Ursberg
DRK Wohnheim	Am Kurpark 1 54470 Bernkastel
EVIM	Auguste-Viktoria-Straße 16 65185 Wiesbaden
Förder- und Wohnstätte	Anne-Frank-Straße 1 56220 Kettig
Förder- und Wohnstätte für Schwerstbehinderte gGmbH	Anne-Frank-Straße 1 56220 Kettig
Förder- und Wohnstätte gGmbH	Weinbergstraße 38 56564 Neuwied
Franz-Sales-Haus	Steeler Str. 261 45138 Essen
Gangelter Einrichtungen Maria-Hilf	Bruchstraße 6 52538 Gangelt
GVP Gemeinnützige Werkstätten	Maarstraße 98a 53227 Bonn
Haus am Brunnenberg	Brunnenbergstraße 34 72488 Sigmaringen
Haus am Spring Sozialwerk St. Georg	Zur Wasserlappe 13 59469 Ense-Bremen

Haus an der Christuskirche	Hohenzollernstraße 2 56068 Koblenz
Haus Bethesda Frau Uhlig	St. Martin Str. 2 56154 Boppard
Haus Hohenhonnef GmbH	Bergstraße 111 53604 Bad Honnef
Haus Rheinfrieden Herr Menge	Frankenweg 70 53604 Rhöndorf
Haus St. Martin	Lessingstraße 69 56288 Kastellaun
Haus Tabor	Naturfreundeweg 17 71543 Wüstenrot-Neuhütten
Heime (Heilerziehung) Scheuern	Am Burgberg 16 56377 Nassau/Lahn
Heinrich-Haus	Schloßstrasse 1 56540 Neuwied
Heinrich-Haus Engers	Postfach 210320 56540 Neuwied
Hermann-Josef-Haus	Dechant-Heimbach-Straße 8 53177 Bonn
Herz-Jesu-Haus Kühr	Marktstraße 62 56332 Niederfell
Himmelsthür	Stadtweg 117/118 31139 Hildesheim
Jakobus-Haus	Am Feldpütz 17 53343 Wachtberg
Kardinal Galen Haus	Wielsstraße 6 53115 Bonn
Kinderhaus Corvinus	Drachenfelsstraße 5 53229 Bonn
Kinderheim Dr. Ehmann	Alfred-Keller-Straße 57 53721 Siegburg
Klinik am Waldsee	Riedener Mühlen 56745 Rieden
Kloster Ebernach	Sehler Anlagen 47 56812 Cochem
Köln-Ring GmbH Wohn-Forum	Gürzenichstraße 19 50667 Köln
Kurheim Hoefer Herr Merten	Werther Str. 57-59 53902 Bad Münstereifel
Laibach-Hof e.V.	Heuweg 7-9 33790 Halle
Landesversicherungsanstalt - Servicestelle	Breite Straße 10 56626 Andernach
Langzeitwohnheim Haus Pinel (Bonner Verein)	Argelanderstraße 72 53115 Bonn
Laurentiushöhe Frau Fricke	Haardter Weg 30 66663 Merzig-Schwemlingen
LOS Cäcilia Rieß	Villichgasse 7 53177 Bonn
Maria Grünewald	Postfach 1250 54502 Wittlich
Nieder-Ramstädter Diakonie	Postfach 1160 64355 Mühlthal
Nordeifelwerkstätten	Auf den Steinen 53909 Zulpich-Ülpnich

Teilhabeplan für den Landkreis Ahrweiler

Refugium Fachklinik Altenkirchen	Heimstr. 8 57610 Altenkirchen
Rehazentrum Bethesda Herr Jung	Ringstraße 60 55543 Bad Kreuznach
Rheinfrieden	Frankenweg 70 53604 Bad Honnef
Rheinisches Heilpädagogisches Heim	Postfach 101748 52348 Düren
Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach	Vulkanstraße 58 56626 Andernach
Rhein-Mosel-Werkstatt für behinderte Menschen	Ernst-Sachs-Straße 1 56070 Koblenz
Rheinwerkstatt Boppard	Mainzer Straße 8 56154 Boppard
Saarländischer Schwesternverband	Im Eichenwäldchen 10 66564 Ottweiler
Saarländischer Schwesternverband	Friedrich-Ebert-Ring 67 55743 Idar-Oberstein
Samariterstift Obersontheim HfB	Gaildorfer Str. 31 74423 Obersontheim
Samariterstift Obersontheim HfB	Schloßweg 1 72622 Nürtungen
SGB gGmbH "Haus Eifelhöhe"	Kapellenweg 2 54673 Anmendingen
Sozialtherapeutisches Heim GmbH	Rheinstraße 2-4 56281 Karbach
Sozialwerk St. Georg	Emeckerstr. 41 45891 Gelsenkirchen
Soziotherapie "Zum Euler"	Am Limes 18 56204 Hillscheid
St. Antonius-Krankenhaus	Margarete Flesch-Straße 4 56588 Waldbreitbach
St. Antonius-Krankenhaus Wohn-/ Pflegeheim Frau Kaster	Postfach 20 56588 Waldbreitbach
St. Engelbert	Manderscheidstr. 24 54141 Essen
St. Gallus Hilfe	Siggenweiler 11 88074 Meckenbeuren
St. Josefshaus - Franziskushaus Herr Schmitz	Hönninger Str. 2-18 53547 Hausen/Wied
St. Martin Bildungs- und Pflegeheim	St. Martin Str. 33 56761 Dungenheim
Stiftung Bethesda St. Martin	Lessingstr. 69 56288 Kastellaun
Stiftung Eben-Ezer	Alter-Rintelner-Weg 32657 Lemgo
Stiftung St. Vincenzstift Aulhausen Sonderpädagogisches Zentrum	Vincenzstraße 60 65385 Rüdesheim
Therapiezentrum	Hans-Sachsstraße 11 76726 Germersheim
Therapiezentrum Bassenheim Herr Ernst	Hospitalstraße 16 56220 Bassenheim
Therapiezentrum Ludwigsmühle	Postfach 1163 67363 Lustadt
Vinzenzheim	Kalvabenden 91 52066 Aachen

Weggemeinschaft Vulkaneifel	Bahnhofstraße 12-14 54552 Darscheid
WfB Heinrich-Haus Engers	Orffstraße 376 56564 Neuwied
Wohn- und Arbeitshof Niederburg Herr Korbach	Rheingoldstraße 15+22 55432 Niederburg

Table 22: Liste der Anbieter innerhalb des Kreisgebietes, die einen Fragebogen für Dienste und Einrichtungen - Bereich "Psychisch beeinträchtigte Menschen" erhalten haben:

Dr. von Ehrenwall'sche Klinik Herrn Dr. Smolenski Frau Engelbracht	Walporzheimer Str. 2 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
DRK-Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Herr Ritzdorf Frau Dr. Bergheim-Geyer	Lindenstraße 3-4 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Förderverein gemeindenaher Psychiatrie im Kreis Ahrweiler Herrn Hasencox	Kirchgasse 16 53501 Grafschaft-Birresdorf
Frau Dr. Bonk	Laacher Str. 38 56653 Gleys
Frau Dr. Braus	Lindenstraße 39 53489 Sinzig
Frau Dr. Dietrich	Alte Straße 36 53424 Remagen
Frau Dr. Doerk Binias	Bachovenstraße 4 53489 Sinzig
Frau Dr. med. Schmitz-Avila	Koblenzer Str. 53 53498 Bad Breisig
Frau Dr. Missbach	Fauviller Ring 1 53501 Grafschaft
Frau Dr. Scheuvens	Jesuitenstraße 11 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Frau Dr. Thomm-Stümpfl	Jesuitenstraße 11 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Frau Dr. Vahar-Matiar	Birgeler Kopfweg 18 53424 Remagen-Oberwinter
Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) Lichtblick Herrn Grundheber	Schülzchenstraße 11 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Haus Alexander Herrn Orth	Hochstraße 29 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Haus Bachtal GmbH Herrn Thieringer	Bachstraße 20 56659 Burgbrohl
Herrn Dr. Einwächter	Poststraße 2 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Herrn Dr. Höhn	Poststraße 39 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Herrn Dr. Josef Schrage	Deichweg 6 53424 Remagen-Oberwinter
Herrn Dr. med. Fleischmann	Dreifaltigkeitsweg 29 53489 Sinzig
Herrn Dr. med. Veith	Wilhelmstraße 27a 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Herrn Dr. Reuther	Jesuitenstraße 11 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Herrn Dr. Scharbach	Walzporzheimer Str. 30 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Verein "Kumm Erinn" Herrn Englert	Schmittmannstraße 39 53507 Dernau
Wohn- und Pflegeheime Schröder GmbH & Co KG Herrn Schröder	Waldstraße 27 53498 Bad Breisig

Tabelle 23: Liste der Anbieter außerhalb des Kreisgebietes, die einen Fragebogen für Dienste und Einrichtungen - Bereich "Psychisch beeinträchtigte Menschen" erhalten haben:

Barmherzige Brüder Saffig	Pöschstraße 18 56648 Saffig
Barmherzige Brüder Schönfelder Hof GPBZ Bitburg	Schönfelderhof 54313 Zemmer
Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie	Maarstraße 93a 53227 Bonn
Cleantime Drogenhilfe	Vulkaneiflerstraße 29 56727 Mayen-Kürrenberg
Elisabeth von Thadden-Haus	Goethestraße 23-25 53113 Bonn
Gemeindepsychiatrie WW	Nassauische Str. 13-15 56470 Bad Marienberg
Haus Eichen	Hauptstraße 23 57632 Eichen
Werkstatt für psychisch Behinderte	Maarstraße 98a, 53227 Bonn

9 Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Diagramme

1. Abbildungen

Abbildung 1: Schwerbehinderte in den Gemeinden und Städten des Kreis Ahrweiler zum 31.12.2003	21
Abbildung 2: Menschen mit einer Gehbehinderung im Kreis Ahrweiler	22
Abbildung 3: Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung im Kreis Ahrweiler.....	23
Abbildung 4: Menschen im Kreis Ahrweiler, die ‚hilflos‘ sind	23
Abbildung 5: Menschen im Kreis Ahrweiler, die auf ständige Begleitung angewiesen sind	24
Abbildung 6: Bevölkerungsdichte zum 30.06.2004 (Einw. pro Quadratkilometer)	30
Abbildung 7: Verteilung der ambulanten Pflegedienste im Landkreis Ahrweiler	110
Abbildung 8: Dienste und Einrichtungen im Landkreis Ahrweiler	152
Abbildung 9: Stationäre Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler.....	156
Abbildung 10: Angebote des Betreuten Wohnen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler	162
Abbildung 11: Tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler	168
Abbildung 12: Arbeitsangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler ...	172
Abbildung 13: Fachmedizinische Versorgung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler	183

2. Tabellen

Tabelle 1: Schwerbehinderte im Kreis Ahrweiler am 31.12.2001 und 31.12.2003 nach Art der schwersten Behinderung	19
Tabelle 2: Schwerbehinderte im Kreis Ahrweiler am 31.12.2001 und 31.12.2003 nach Alter.....	20
Tabelle 3: Alltagsprobleme bei der ÖPNV-Nutzung.....	32
Tabelle 4: Betreuungen im Kreis Ahrweiler zum Stand Mai 2005.....	39
Tabelle 5: Versand und Rücklauf der Fragebögen für Dienste und Einrichtungen	45
Tabelle 6: Anforderungen an professionelle Hilfen	56
Tabelle 7: Versand und Rücklauf der Elternbefragung zur Frühförderung	70
Tabelle 8: Betreuung behinderter Kinder im Vorschulbereich.....	80
Tabelle 9: Integration behinderter Kinder in allgemeine Kindergärten im Landkreis Ahrweiler	81
Tabelle 10: Schülerzahlen in Sonderschulen nach Förderschwerpunkten	91
Tabelle 11: Plätze in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe pro 1.000 Einwohner im Jahr 2000	103
Tabelle 12: Prognose des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge zur bundesweiten Entwicklung des Bedarfs an Hilfen im Bereich wohnbezogener Eingliederungshilfe.....	105
Tabelle 13: Anzahl der erwartbaren und tatsächlichen Hilfeempfänger/innen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe aus dem Kreis Ahrweiler	113
Tabelle 14: Menschen mit Behinderungen in Werkstätten nach der Bestandserhebung Ende 2001.....	123
Tabelle 15: Versand und Rücklauf der Fragebögen zur Teilhabeplanung der Organisationen und Institutionen im Planungsbereich Menschen mit psychischer Beeinträchtigung	153
Tabelle 16: Versand und Rücklauf der Fragebögen zur Teilhabeplanung der Organisationen und Institutionen im Planungsbereich Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und/oder geistiger, körperlicher, Sinnesbehinderung.....	154
Tabelle 17: Bedarfseinschätzungen stationäre Angebote	159
Tabelle 18: Bedarfseinschätzung Betreutes Wohnen	164
Tabelle 19: Bedarfseinschätzung für tagesstrukturierende Angebote.....	170
Tabelle 20: Bedarfseinschätzung für Arbeitsangebote	174
Tabelle 23: Liste aller Organisationen und Institutionen im Planungsbereich "Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und/oder geistiger, körperlicher, Sinnesbehinderung" innerhalb des Kreisgebietes, die einen Fragebogen erhalten haben:	218
Tabelle 21: Liste der Anbieter innerhalb des Kreisgebietes, die einen Fragebogen für Dienste und Einrichtungen - Bereich "Psychisch beeinträchtigte Menschen" erhalten haben:	223

Tabelle 22: Liste der Anbieter außerhalb des Kreisgebietes, die einen Fragebogen für Dienste und Einrichtungen - Bereich "Psychisch beeinträchtigte Menschen" erhalten haben: 224

3. Diagramme

Diagramm 1: Adressatenkreis der Einrichtungen (n = 77; Mehrfachnennungen möglich) 47

Diagramm 2: Bevölkerungsanteile in den Städten, Gemeinden und Verbandsgemeinden im Kreis Ahrweiler 48

Diagramm 3: Herkunft der Nutzer/innen der Dienste und Einrichtungen im Landkreis Ahrweiler (n=42)..... 49

Diagramm 4: Bedarfseinschätzungen (n=47) 50

Diagramm 5: Teilnahme an Arbeitskreisen (n=86) 51

Diagramm 6: Strukturqualität: Einschätzung der Ausstattung der Frühförderstelle 71

Diagramm 7: Prozessqualität: Einschätzung der Frühförderstelle in Bezug auf..... 72

Diagramm 8: Ergebnisqualität: Einschätzung der Frühförderstelle in Bezug auf..... 72

Diagramm 9: Wie beurteilen Sie die Kooperation der Frühförderstelle mit 73

Diagramm 10: Hilfeempfänger/innen pro 1.000 Einwohner in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, diff. nach Zielgruppen im Bundesdurchschnitt 104