



Unser Havelland

- gleichberechtigt und selbstbestimmt leben -

Fachplan für Menschen mit Behinderung

- aus Sicht der Eingliederungshilfe -

Kreistagsbeschluss zur BV- 0262/12 vom 26.03.2012

IMPRESSUM:

Herausgeber

Landkreis Havelland
Dezernat II, Sozialamt
Platz der Freiheit 1
14712 Rathenow

Fachliche Auskünfte

Tel.: 03385/ 551-2508
Fax.: 03385/ 551-32508
E-Mail: Christina.Hoeffler@havelland.de
Homepage: www.havelland.de

Redaktionsschluss:

08.02.2012

I Inhaltsverzeichnis

I Inhaltsverzeichnis	3
II Eingliederungshilfeplan	4
1. Präambel.....	4
2. Gesetzliche Grundlagen.....	6
3. LeistungsempfängerInnen der Eingliederungshilfe	10
4. Leistungen der Eingliederungshilfe	13
4.1 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	15
4.1.1 Hilfen zum selbstbestimmten Leben	
in betreuten Wohnmöglichkeiten	17
4.1.2 Heilpädagogische Leistungen für Kinder.....	49
4.2 Leistungen im Arbeitsbereich.....	66
III. Ausblick.....	94
IV Literatur- und Quellenverzeichnis	96

II Eingliederungshilfeplan

1. Präambel

Mit Stand 31.12.2010 lebten im Landkreis Havelland 22.745 Menschen mit einem Grad der Behinderung von 30 und mehr.¹ Ihnen stehen im Bedarfsfall eine Vielzahl an Leistungen und Unterstützungsangeboten zur Verfügung, die von unterschiedlichen Trägern erbracht werden können. Einer dieser Leistungskomplexe ist die „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch. Im Jahr 2009 nahmen 1.275 HavelländerInnen diese Leistungen in Anspruch.²

Aufgrund der per Rechtsverordnung vom Land auf den örtlichen Träger der Sozialhilfe übertragenen sachlichen Zuständigkeit für Eingliederungshilfeleistungen, soll dieser Leistungskomplex im Fokus der Betrachtungen dieses Plans stehen.

„Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist eine spezielle Hilfe im Rahmen der Sozialhilfe, die der Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen dient. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten, eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern.³ Zentral im Rahmen der Gewährung von Eingliederungshilfeleistungen ist das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung, nicht der Grad der Behinderung. Insofern besteht nur mittelbar ein Zusammenhang zwischen der eingangs genannten Zahl von Menschen mit Behinderung im Landkreis und der Zahl von LeistungsempfängerInnen der Eingliederungshilfe.

Aus Sicht der Fachverwaltung gehören der Titel der Sozialleistung selbst, aber auch festgeschriebene Regelungen der im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch benannten Sozialleistung „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ nach der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention⁴ durch die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2009 auf den Prüfstand.⁵ So setzt das besagte Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ein neues Leitbild, welches auf eine inklusive Gesellschaft abzielt. Demnach soll sich nicht der Mensch mit Behinderung an die Lebensbedingungen anpassen, um teilhaben zu können, sondern haben sich die gesellschaftlichen Strukturen an den individuellen Bedürfnissen der Menschen auszurichten. Die aktuell überwiegend gelebte Integration bzw. Eingliederung steht dabei zwar nicht im Einklang mit den Vorstellungen des inklusiven Leitbildes. Gleichwohl soll nicht der Eindruck entstehen, dass die aktuell gelebte Integration, vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention jegliche Wertigkeit verloren hätte. Vielmehr beschreibt die Konvention eine gesellschaftliche Weiterentwicklung, einen Aufbruch mit dem hehren Ziel einer inklusiven Gesellschaft. Die Ziele des behindertenpolitischen Maßnahmenpakets für das Land Brandenburg untersetzen dabei die Festlegungen der UN-Behindertenrechtskonvention.⁶

¹ Wie auch der aktuelle Tätigkeitsbericht 2009 der Integrationsbeauftragten des Landkreises für die Belange von Menschen mit Behinderung ausweist, ist ein exakter Überblick über die Zahl der Menschen mit Behinderung im Landkreis Havelland nicht möglich. Die vom LASV geführte Schwerbehindertenstatistik erfasst nur Personen mit einem Grad der Behinderung von 30 und mehr. Zu berücksichtigen ist unter anderem, dass nicht alle Anspruchsberechtigten ihre Schwerbehinderteneigenschaften anerkennen lassen.

² Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bericht: Sozialhilfe im Land Brandenburg 2009

³ Der Aspekt der „Eingliederung“ ist mit Blick auf die inklusiven Leitgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention sicher nicht weitreichend genug, entspricht jedoch der aktuellen Gesetzgebung und bestimmt damit zum gegenwärtigen Zeitpunkt das Aufgabenspektrum dieser Sozialleistungsart.

⁴ Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in Kraft getreten am 26.03.2009

⁵ Im Rahmen der Arbeit werden überholte Termini nur insofern verwendet, als sie Bestandteil von Eigennamen sind oder sich auf Gesetzespassagen beziehen, z.B. „Werkstatt für behinderte Menschen“ (WfbM) oder „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“. Im Übrigen wird zeitgemäß von Menschen mit Behinderung gesprochen.

⁶ Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg: Behindertenpolitisches Maßnahmenpaket für das Land Brandenburg, Dezember 2011

Im vorliegenden Eingliederungshilfeplan, als *Fachplan* des örtlichen Sozialhilfeträgers, werden vordergründig die originären gesetzlichen Pflichtaufgaben der „Eingliederungshilfe“ analysiert. Insofern aus heutiger Sicht bereits erkennbar ist, welche Auswirkungen sich aufgrund der Entwicklungen hin zur inklusiven Gesellschaft ergeben werden, wird darauf hingewiesen bzw. dies entsprechend berücksichtigt.

Mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1994 und der damit einhergehenden Entlastung der Sozialhilfe im Bereich der Hilfe zur Pflege, ist die Eingliederungshilfe zu einem Schwerpunkt der Leistungen der Sozialhilfe aufgerückt. Nach Übergang der erwerbsfähigen Hilfesuchenden in das Leistungssystem des SGB II im Jahr 2005, stellt die Eingliederungshilfe nunmehr mit Abstand die kostenträchtigste Hilfeart der Sozialhilfe dar,⁷ so auch im Landkreis Havelland. Insbesondere die Kontinuität im Kostenanstieg stellt die Leistungsträger angesichts zunehmend begrenzter Mittel und des avisierten Ziels einer inklusiven Gesellschaft für die Zukunft vor große Herausforderungen.

Im Rahmen des Plans soll die Entwicklung der Leistungsanspruchnahme der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ in den vergangenen Jahren dargestellt und der für die kommenden Jahre *allgemein hin* prognostizierte Zuwachs auf den Landkreis Havelland heruntergebrochen werden. Die mit der Leistungsanspruchnahme unmittelbar im Zusammenhang stehenden finanziellen Auswirkungen werden darüber hinaus ebenso Bestandteil der Planung sein, wie die Darstellung möglicher Steuerungsinstrumente oder notwendiger Veränderungsprozesse.

Der vorliegende Eingliederungshilfeplan analysiert das Leistungssystem im Rahmen des sechsten Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch aus dem Blickwinkel der vorab aufgeführten Perspektiven. Des Sachzusammenhangs wegen sei an dieser Stelle auch auf den jüngst verabschiedeten Psychiatrieplan des Landkreises Havelland verwiesen, der das Leistungsspektrum für Menschen mit seelischer Behinderung aus einem anderen Blickwinkel, mit einer stärkeren medizinisch-fachlichen Tiefe betrachtet sowie auf den aktuellen Tätigkeitsbericht des Jahres 2009 der Integrationsbeauftragten des Landkreises Havelland für die Belange von Menschen mit Behinderung.

Gemäß der Dienstanweisung über die Anfertigung von Fachplanungen im Landkreis Havelland untersetzt der Eingliederungshilfeplan die fachlichen Ziele der kreislichen Entwicklungsstrategie.

Im Rahmen der Darstellungen und Prognosen wird die größtmögliche Datenaktualität angestrebt. Diese kann in Abhängigkeit des vorliegenden spezifischen Datenmaterials sowie der betrachteten Entwicklungen und untersuchten Zusammenhänge in den einzelnen Teilabschnitten des Eingliederungshilfeplans variieren. Neben den spezifischen Leistungsdaten liegt allen Teilabschnitten die Bevölkerungsvorausberechnung des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg bis zum Jahr 2025 auf dem Basisjahr 2008 zugrunde.

⁷ Vgl.: Nachrichten Dienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., (11/2009), Anja Welke, Die Zukunft der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

2. Gesetzliche Grundlagen

Der vorliegende Eingliederungshilfeplan wird in Anlehnung an die Dienstanweisung 323/2007 des Landkreises Havelland *vornehmlich als freiwillige Selbstverwaltungsaufgabe* erstellt. Dieses Erfordernis wird dabei insbesondere aus den dynamischen Entwicklungen der letzten Jahre und prognostizierten Steigerungsraten sowie der Bedeutung des Themas für die Gesellschaft insgesamt abgeleitet.

Gleichwohl kann die Maßgabe der Erstellung eines Eingliederungshilfeplans durch den örtlichen Sozialhilfeträger aber auch aus *allgemeinen* gesetzlichen Bestimmungen abgeleitet werden, die nachfolgend aufgeführt werden.

Abschließend ergänzen Ausführungen zum gesetzlichen Regelungskreis der Eingliederungshilfe nach SGB XII für Menschen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung sowie tangierender Rechtskreise dieses Kapitel.

Gesetzliche Grundlagen für die Erstellung eines Eingliederungshilfeplans

- § 28 SGB I – Leistungen der Sozialhilfe

Im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches wird u.a. ein Anspruch auf Eingliederungshilfe für behinderte Menschen durch den Träger der Sozialhilfe bestimmt.

- § 17 SGB I – Ausführung der Sozialleistungen

Darüber hinaus wird im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches die Verpflichtung des Leistungsträgers bestimmt, darauf hinzuwirken, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. Die Tätigkeit des Trägers der Sozialleistungen ist so auszurichten, dass sich diese mit denen der Träger der freien Wohlfahrtspflege wirksam ergänzen.

- § 95 SGB X – Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander

Den Bestimmungen des SGB X über Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz nach, sind in dem jeweiligen Aufgabengebiet entsprechende Pläne über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anzustreben. Eine Beteiligung der Gebietskörperschaft und der Träger der freien Wohlfahrtspflege hat insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung zu erfolgen.

Gesetzliche Grundlagen der Eingliederungshilfe

Der Leistungsrahmen der Eingliederungshilfe des Sozialhilfeträgers wird neben den Bestimmungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, in Verbindung mit dem Landesausführungsgesetz des SGB XII, auch durch Bestimmungen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch - als *lex generalis* - vorgegeben.

- Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch ist das übergreifende und für alle (in § 6 SGB IX genannten) Rehabilitationsträger⁸ geltende Gesetz.

Das SGB IX gibt unter anderem vor,

- allgemeine Grundsätze,
- eine Definition von "Behinderung",
- Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- unterhaltssichernde Leistungen,
- welche Leistungen es darüber hinaus gibt und wie diese zu erbringen sind,
- wer der jeweils zuständige Träger ist.⁹

Zusätzlich gibt es Verordnungen, Richtlinien, Gemeinsame Empfehlungen und sonstige Durchführungsvorschriften der jeweiligen Leistungsträger.

Alle Rehabilitationsträger sind an das SGB IX gebunden.¹⁰ Über das SGB IX hinaus regeln die einzelnen Gesetze innerhalb des gesamten Sozialgesetzbuches die weiteren Leistungsgrundsätze und –voraussetzungen. Die Vorschriften des SGB IX (lex generalis) sind immer dann anzuwenden, wenn die einzelnen Gesetze des Sozialgesetzbuches nichts anderes zum gleichen Regelungsstatbestand ausführen. Für den Sozialhilfeträger ist diesbezüglich das SGB XII als lex specialis ausschlaggebend.

- Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (Sozialhilfe), Sechstes Kapitel – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Dem sechsten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach sollen durch die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, drohende Behinderungen verhütet, Behinderungen oder deren Folgen beseitigt oder gemildert sowie Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft eingegliedert werden.

Insbesondere soll behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft sowie die Ausübung eines angemessenen Berufes ermöglicht/erleichtert werden. Darüber hinaus soll eine weitgehende Unabhängigkeit von einer pflegerischen Versorgung ermöglicht werden.

Zur Umsetzung dieser Ziele kommt eine Leistungspflicht des *Sozialhilfeträgers* in folgenden Leistungskomplexen in Frage:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Leistungen zur angemessenen Schulbildung
- Leistungen rund um Ausbildung und Beschäftigung/ Arbeitsleben.

⁸ Rehabilitationsträger nach SGB IX sind: die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzlichen Unfallversicherungen, die gesetzlichen Rentenversicherungen, die Träger der Kriegsopferversorgung und –fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Träger der Sozialhilfe.

⁹ http://www.behindertenbeauftragte.de/cln_115/nn_1040672/DE/Soziales/RehabilitationundTeilhabe/RehabilitationundTeilhabe

¹⁰ Darüber hinaus gibt es noch die Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung, welche keine Reha-Träger im Sinne des SGB IX sind, jedoch in die Rehabilitation einbezogen werden.

Eingliederungshilfe wirkt in diesem Rahmen rehabilitativ und integrativ - nur bedingt inklusiv¹¹ - und folgt dabei dem Grundsatz „ambulant vor stationär“¹². Durch die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen Menschen mit Behinderung befähigt werden, ein weitgehend unabhängiges, gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Der im § 2 SGB XII formulierte Nachrang der Sozialhilfe ist auch im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu beachten. Eingliederungshilfe durch den Sozialhilfeträger greift erst, wenn vorrangige Leistungsträger, wie die gesetzlichen Krankenkassen, Unfall- und Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge sowie die Jugendämter ihre Leistungspflicht ausgeschöpft haben bzw. nicht zuständig sind und die/der Betroffene nicht über einzusetzendes Vermögen verfügt oder der vorrangige Grundsatz der Selbsthilfe nach § 2 Abs. 1 SGB XII nicht greift.

Anspruch auf Eingliederungshilfe hat grundsätzlich, wer nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von Behinderung bedroht ist, soweit die Leistungen eben nicht von einem anderen vorrangigen Leistungsträger zu erbringen sind. Dabei ist es besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehören speziell Leistungen zur Ermöglichung bzw. Erleichterung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zur Ausübung eines/r angemessenen Berufs bzw. Tätigkeit sowie Leistungen, die Menschen mit Behinderung soweit wie möglich unabhängig von Pflege machen.

- Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch des Landes Brandenburg (AG SGB XII)

Zum 1. Januar 2007 hat der Landesgesetzgeber die Zuständigkeit für die Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch neu organisiert. In diesem Rahmen wurde unter anderem die *sachliche* Zuständigkeit für ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe den örtlichen Trägern der Sozialhilfe übertragen und wird seit dem vom Landkreis Havelland als Selbstverwaltungsaufgabe übernommen.

Die Novellierung des Gesetzes erfolgte im vergangenen Jahr 2010 über das Gesetz zur Neuregelung des Ausführungsgesetzes zum Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vom 3. November 2010. Die *sachliche* Zuständigkeit für die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen verbleibt der Novellierung nach bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe, andere Leistungen (z.B. nach § 67 SGB XII) sind hinzugekommen.

Im Rahmen der Novellierung des AG-SGB XII ist insbesondere das - aufgrund der angemahnten Verletzung des Konnexitätsprinzips - angepasste Finanzierungssystem von Bedeutung. Die Neuregelungen sehen vor, dass zum Ausgleich der Kosten, die den örtlichen Sozialhilfeträgern für die Übertragung der sachlichen Zuständigkeit entstehen, das Land die Gesamtnettoaufwendungen unter Abzug des kommunalen Anteils, der sich aus den Aufwendungen für ambulante Leistungen ergibt, erstatten.¹³ Nach AG SGB XII

¹¹ Bereits in der Präambel wurde ausgeführt, dass mit Blick auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auch das Sechste Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch auf den Prüfstand gehört. Ziel dieses Teilabschnitts des Eingliederungshilfeplans ist es jedoch die *aktuelle* Gesetzeslage wieder zu geben.

¹² gemäß den im § 13 des ersten Abschnitt des Zweiten Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch formulierten Grundsätzen der Leistungen der Sozialhilfe

¹³ Nach § 11 AG-SGB XII stellt der kommunale Anteil den prozentualen Anteil der ambulanten Nettoaufwendungen an den Gesamtnettoaufwendungen dar, gerundet auf eine Stelle nach dem Komma. Der kommunale Anteil des Landkreises Havelland liegt aktuell bei 11,7 Prozent.

ist vorgesehen, dass alle Landkreise schrittweise einen kommunalen Anteil von mindestens 15 Prozent erreichen sollen. Hierzu sollen in den Landkreisen mit einem geringeren kommunalen Anteil ab dem Jahr 2012 Zielvereinbarungen mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe geschlossen werden, die eine schrittweise Anhebung des kommunalen Anteils über einen Zeitraum von maximal sechs Jahren ermöglichen. Kommt eine Zielvereinbarung nicht innerhalb von sechs Monaten zustande, kann dies dazu führen, dass der kommunale Anteil auf 15 Prozent festgesetzt wird, auch wenn er darunter liegt.

Avisierte Novellierungen

- Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Im Rahmen des derzeit in Überarbeitung befindlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die aktuell bestehende strukturelle Differenzierung zwischen dem Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach wie vor ungeklärt. Eine praktikable leistungsrechtliche Abgrenzung für die Leistungsträger ist für die nahe Zukunft nicht in Sicht.¹⁴

- Überarbeitung der „Eingliederungshilfe“ hin zu einem inklusiven Leistungssystem

Mit Blick auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention hin zu einer inklusiven Gesellschaft wird es mittelfristig sehr wahrscheinlich auch zu Anpassungen im Leistungsgefüge der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch kommen. Bisher sind keine Änderungsentwürfe bekannt.

¹⁴ Als problematisch erweist sich in der Praxis unter anderem die Begrenzung von Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung, die in einer Behinderteneinrichtung leben. Diese Menschen können nicht die vollen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

3. LeistungsempfängerInnen der Eingliederungshilfe

Gleichwohl aus sozialpädagogischer Sicht „Behinderung“ als sozialer Prozess definiert¹⁵ und als Ausdruck dessen zu verstehen ist, was ein Mensch mangels angemessener Möglichkeiten und Hilfen und durch vorurteilsbelastete Vorenthaltung an Inhalten und sozialen Bezügen nicht lernen durfte sowie als Ausdruck unserer Art und Weise zu verstehen ist, ihn wahrzunehmen, mit ihm umzugehen,¹⁶ wird im Rahmen dieser Fachplanung die für den Leistungskomplex der Eingliederungshilfe maßgebende sozialrechtliche Definition von Behinderung nach bundesdeutschem Recht zugrunde gelegt, die mit der sozialpädagogischen Sichtweise nicht in Gänze harmoniert.

Nach bundesdeutschem Recht wird gemäß § 2 Abs. 1, Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch von einer Behinderung gesprochen, soweit Menschen in ihrer körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit höchstwahrscheinlich länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und dies ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Wie in den vorangehenden Kapiteln bereits ausgeführt, richten sich die spezifischen Leistungen der Eingliederungshilfe aus dem Leistungskatalog des SGB XII an Menschen mit Behinderung gemäß § 2 Abs. 1, Satz 1 SGB IX, welche aufgrund einer Teilhabebeeinträchtigung eingeschränkt sind, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen, einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit auszuüben oder soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu leben. Insofern ist das Zugrundelegen der sozialrechtlichen Definition von „Behinderung“ für diese Fachplanung zwingend.

Der Grad der Behinderung spielt im Rahmen der Eingliederungshilfe demnach keine Rolle. Zentral für die Bewertung eines Leistungsanspruchs nach Kapitel sechs des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Eingliederungshilfe) ist hingegen das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung. Leistungen der Eingliederungshilfe können grundsätzlich auch von Menschen beansprucht werden, die wesentlich von einer Behinderung - integriert und selbstbestimmt in der Gesellschaft zu leben - bedroht, in diesem Sinne aber noch nicht behindert sind.

¹⁵ Behinderung" ist aus inklusiv sozialpädagogischer Sicht zu verstehen als Ausdruck gesellschaftlicher, ökonomischer und sozialer Prozesse, die auf einen Menschen hin zur Wirkung kommen, der durch psycho-soziale und/oder biologisch-organische Beeinträchtigungen gesellschaftlichen Minimalvorstellungen und Erwartungen hinsichtlich seiner individuellen Entwicklung, Leistungsfähigkeit und Verwertbarkeit in Produktions- und Konsumtionsprozessen nicht entspricht. Vgl.: FEUSER, G.: Gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindertagesheim - Ein Zwischenbericht. Bremen: Selbstverlag Diak. Werk e.V. [Slevogtstr. 52, 28209 Bremen] 1987 (3. Aufl.; 1. Aufl. 1984)

¹⁶ Vgl.: Feuser, G. Behinderte Kinder und Jugendliche - zwischen Integration und Aussonderung, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2. Auflage 2005, S. 131

Im Jahr 2008 erhielten 1.150 Menschen im Landkreis Havelland, Leistungen der Eingliederungshilfe. Dies waren 0,7 Prozent der gesamten EinwohnerInnen des Landkreises. Im Vergleich zum Durchschnitt des Landes Brandenburg und der Bundesrepublik Deutschland ist dies unterdurchschnittlich. Für das Jahr 2009 liegen keine Vergleichszahlen für das Land Brandenburg und die Bundesrepublik Deutschland vor. Die Anzahl an LeistungsempfängerInnen der Eingliederungshilfe im Landkreis Havelland erhöhte sich im Jahr 2009 auf 1.275 Menschen bzw. auf 0,8 Prozent der Gesamtbevölkerung des Landkreises.

EmpfängerInnen von Leistungen der Eingliederungshilfe 2008			
	Landkreis Havelland	Land Brandenburg	Deutschland
Anzahl EmpfängerInnen 2008	1.150	26.246	712.513
Anteil an der Gesamtbevölkerung	0,7%	1,0%	0,9%

Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg; für den Landkreis Havelland → Übersichten Fachamt

Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen im Bundes- und Landesvergleich				
	2006	2007	2008	2009
Landkreis Havelland	1.107	1.139	1.150 (+3,9%)	1.275 (+10,9 % zu 2008)
Land Brandenburg	25.132	24.497	26.246 (+4,4%)	keine Vergleichsdaten gegeben
Deutschland	643.064	679.00	712.513 (+10,8%)	

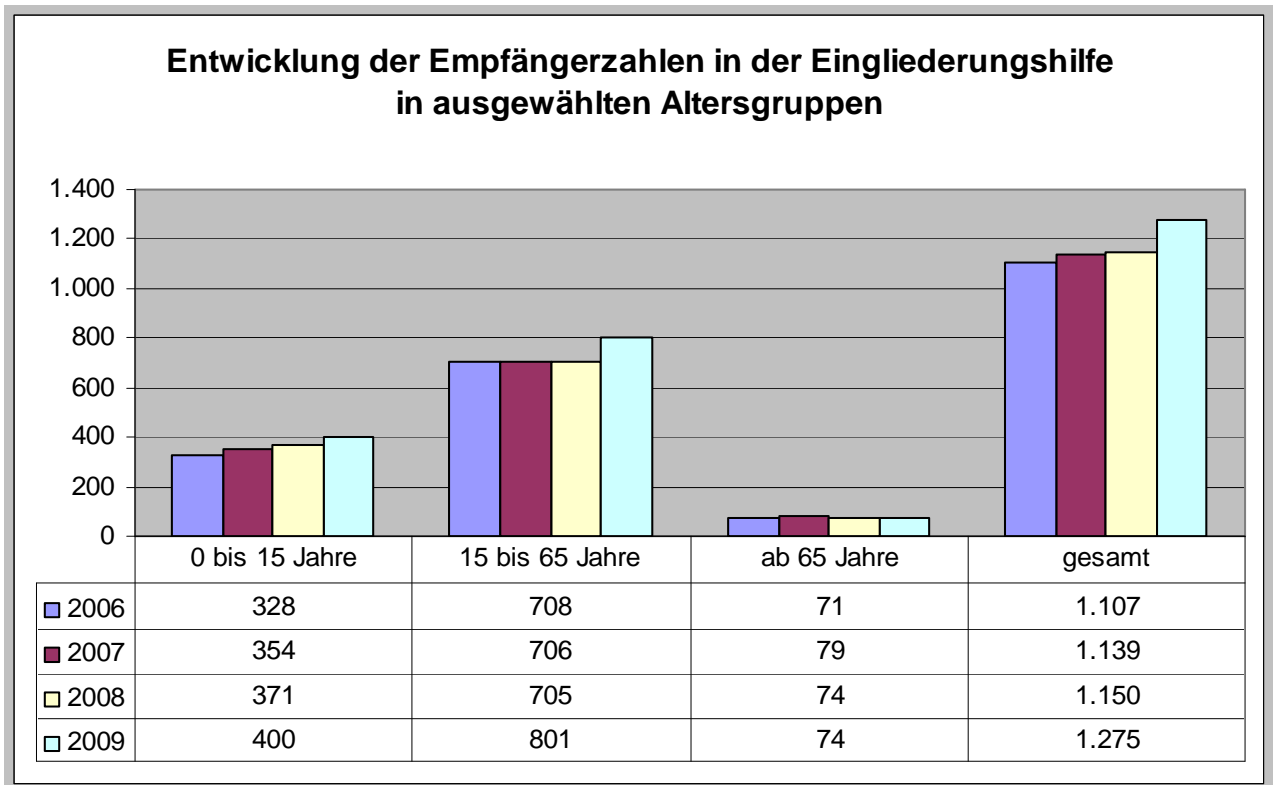
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg; für den Landkreis Havelland → Übersichten Fachamt

Die Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen in der Eingliederungshilfe zeigt in allen drei Vergleichsregionen einen deutlichen Anstieg bis zum Jahr 2008, der im Landkreis Havelland zwar vergleichsweise mäßiger ausfällt, mit Blick auf das Jahr 2009 jedoch bereits einen stärkeren Anstieg ausweist.

Eine differenzierte Betrachtung der Empfängerzahlen im Landkreis Havelland zeigt, dass in der Bevölkerungsgruppe der 0 bis 15-Jährigen stetig Zuwachsraten zu verzeichnen sind, was die Entwicklung der Gesamtzahlen maßgeblich beeinflusst.

Die Gruppe der 15 bis 65-Jährigen wies seit Jahren konstante Empfängerzahlen auf, hat seit dem Jahr 2009 aber einen starken Anstieg zu verzeichnen. Dies ist letztlich auch Auswirkung der seit Jahren steigenden Empfängerzahlen in den jüngeren Bevölkerungsteilen, die im zeitlichen Verlauf in das Alterscluster der 15 bis 65 –Jährigen übergehen.

Ältere Bürger erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe aktuell nur zu einem geringen Teil. So führten insbesondere die Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus sowie die geburtschwachen Jahrgänge der Nachkriegszeit zu geringen Hilfeempfängerzahlen der Jahrgänge vor 1960.



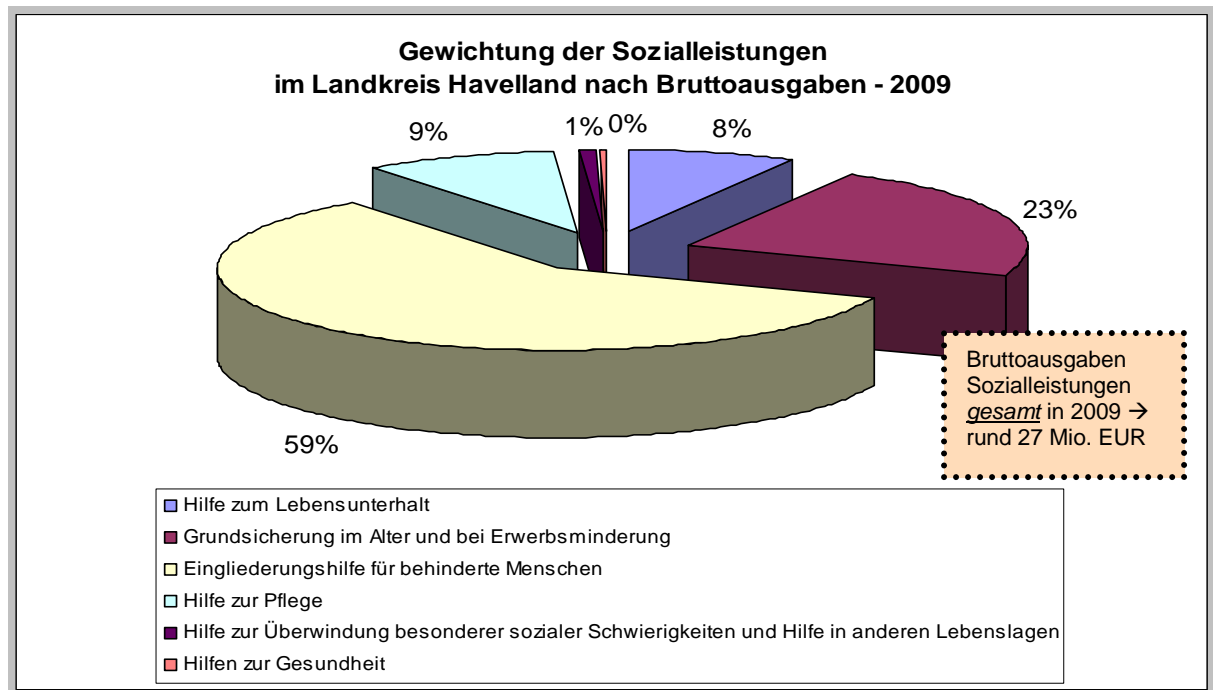
Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg

Welche Faktoren Einfluss auf die dynamischen Entwicklungsprozesse in der Eingliederungshilfe nehmen und wie sich diese in den einzelnen Leistungsbereichen auch mit Blick in die Zukunft auswirken, wird im nachstehenden Kapiteln behandelt.

Im Rahmen der nachfolgenden Analysen sollen einzelne Leistungskomplexe in ihrer bisherigen Entwicklung näher betrachtet und ihre Entwicklungstendenzen auf Basis von Berechnungen und qualitativen Aussagen dargestellt sowie gegebene Handlungsbedarfe aufgezeigt werden.

4. Leistungen der Eingliederungshilfe

Den Leistungen der Eingliederungshilfe kommt aus Sicht des örtlichen Sozialhilfeträgers im Landkreis Havelland - mit Blick auf Leistungsanspruchnahme sowie Kostenintensität - größte Bedeutung zu. Nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 und der damit einhergehenden Entlastung der Sozialhilfe im Bereich Hilfe zur Pflege sowie nach Übergang der erwerbsfähigen Hilfesuchenden in das Leistungssystem des SGB II im Jahr 2005, stellt die Eingliederungshilfe nunmehr mit Abstand die kostenträchtigste Hilfeart dar, wie nachfolgende Übersicht bestätigt.

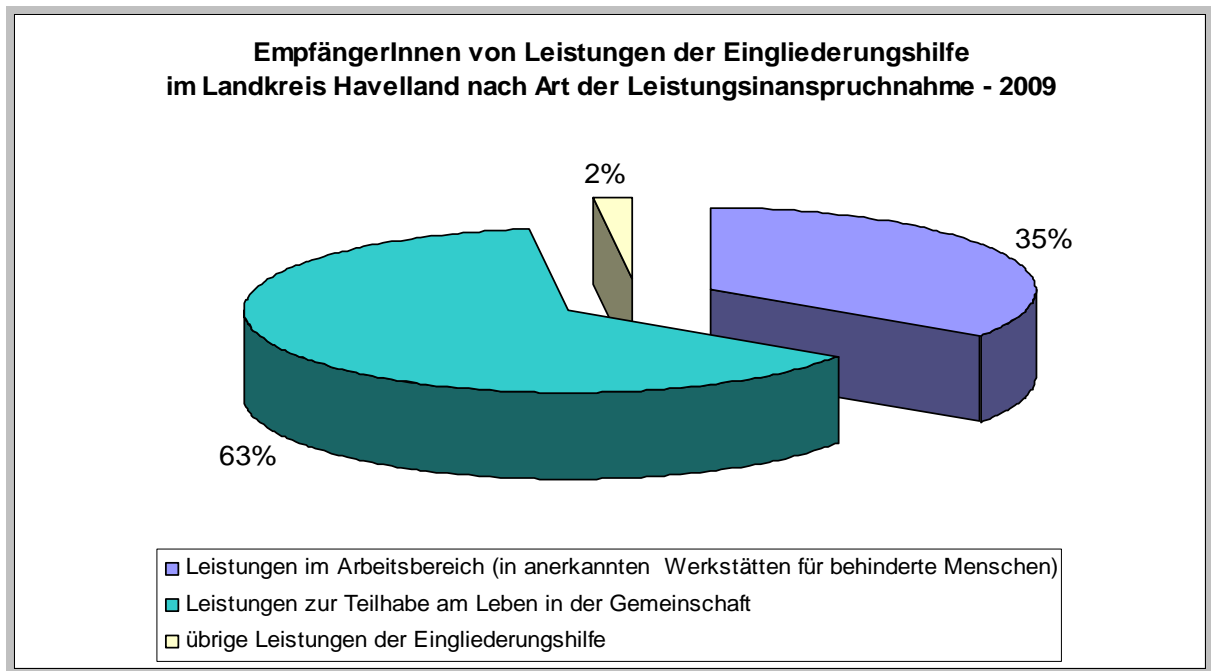


Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg 2009

Im Rahmen dieses Kapitels sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für Menschen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung betrachtet werden. Zunächst soll die Entwicklung grob differenziert dargestellt werden, bevor im Anschluss eine tiefere Analyse der einzelnen Leistungsbereiche erfolgt.

Dem Paradigmenwechsel Rechnung tragend, wird auf eine Untergliederung der Eingliederungshilfeleistungen in ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen bewusst verzichtet. Fokussiert werden die per Gesetz vorgegebenen Leistungskomplexe

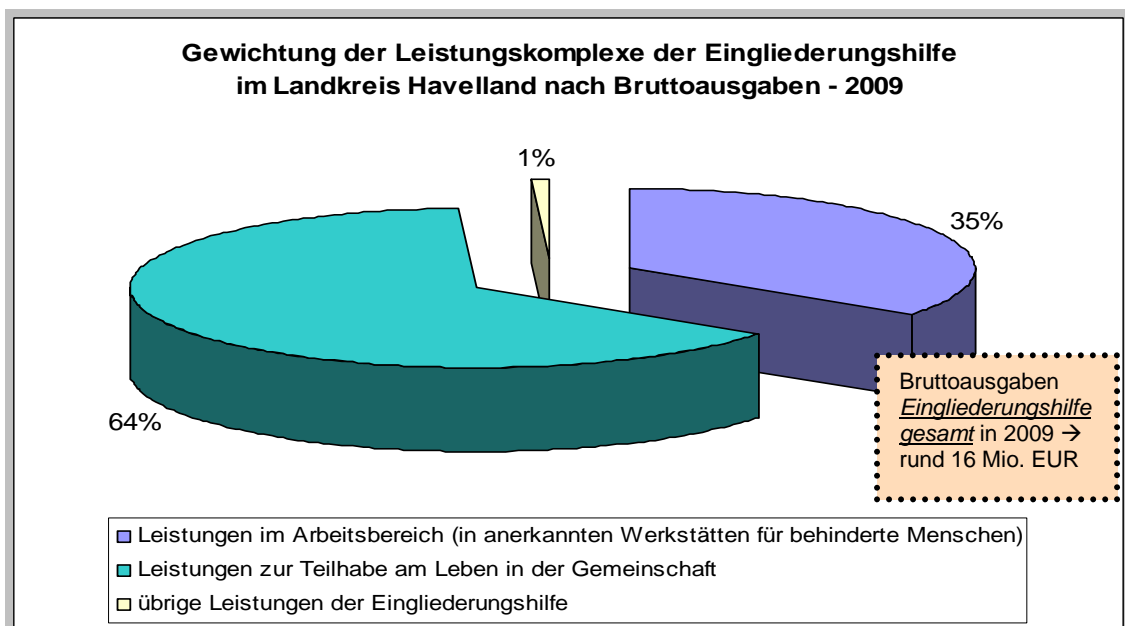
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen im Arbeitsbereich
- Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56 SGB XII
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung
- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe.



Das Diagramm zeigt deutlich, dass Leistungen der Eingliederungshilfe maßgeblich in zwei der zehn möglichen Leistungskomplexe beansprucht werden. Die übrigen Leistungskomplexe werden überwiegend von Einzelfällen bestimmt.

Zu erklären ist dies dadurch, dass Eingliederungshilfe nach dem SGB XII eine nachrangige Leistung ist, die erst greift, wenn vorrangige Leistungsträger, wie Krankenkassen, Arbeitsämter, Unfall- und Rentenversicherungsträger, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge sowie Jugendämter ihre Leistungspflicht ausgeschöpft haben bzw. nicht zuständig sind oder der vorrangige Grundsatz der Selbsthilfe nach § 2 Abs. 1 SGB XII nicht greift.

Auch eine Betrachtung hinsichtlich der Ausgabenvolumina bestätigt die hervorgehobene Bedeutung der beiden benannten Leistungskomplexe aus Sicht des örtlichen Sozialhilfeträgers.



Vor diesem Hintergrund werden sich die nachfolgenden differenzierten Analysen auf die Leistungskomplexe

- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie auf
- Leistungen im Arbeitsbereich (in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, einschließlich der vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56 SGB XII)

konzentrieren.

Exkurs – Persönliches Budget

Bevor der Einstieg in die einzelnen Leistungskomplexe erfolgt, sei kurz auf die Rolle des Persönlichen Budgets im Rahmen der Eingliederungshilfe eingegangen. Das Persönliche Budget,¹⁷ welches dem Prinzip „Geld statt Sachleistung“ folgt, ist zunächst *keine* Leistung der Eingliederungshilfe, gleichwohl Leistungen der Eingliederungshilfe über das Persönliche Budget bezogen werden können.

Das Persönliche Budget ermöglicht es Menschen mit einem Anspruch auf Teilhabeleistungen statt einer Sach- oder Dienstleistung, Geld, selten auch Gutscheine zu erhalten. Leistungsberechtigte können auf Antrag Leistungen der Eingliederungshilfe als Teil des Persönlichen Budgets erhalten¹⁸ und so dem individuellen Hilfebedarf entsprechende Leistungen selbst organisieren/einkaufen. Dies gilt gleichermaßen für andere Leistungen der Sozialhilfe sowie Leistungen anderer Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch. So ist auch ein trägerübergreifender Einsatz des Persönlichen Budgets möglich. Das Persönliche Budget soll die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung fördern. Viele scheuen bislang jedoch den Schritt in die „Arbeitgeberrolle“¹⁹, der mit einem Mehr an Organisation und Planung verbunden ist.²⁰

So spielt das Persönliche Budget im Landkreis Havelland seit der Einführung des Rechtsanspruchs im Jahr 2008 hinsichtlich der Leistungsanspruchnahme keine entscheidende Rolle, weder in der Eingliederungshilfe noch in anderen Leistungsbereichen der Sozialhilfe. Im vergangenen Jahr 2010 haben im vierten Quartal allein 3 Personen von der Möglichkeit des Persönlichen Budgets Gebrauch gemacht.

4.1 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Der Leistungskomplex „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ umfasst eine Vielzahl an Einzelleistungen. Das Leistungsspektrum aus Sicht des örtlichen Sozialhilfeträgers erstreckt sich unter anderem über:

- Hilfsmittel
- heilpädagogische Leistungen für Kinder,
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung,

¹⁷ nach § 17 SGB IX

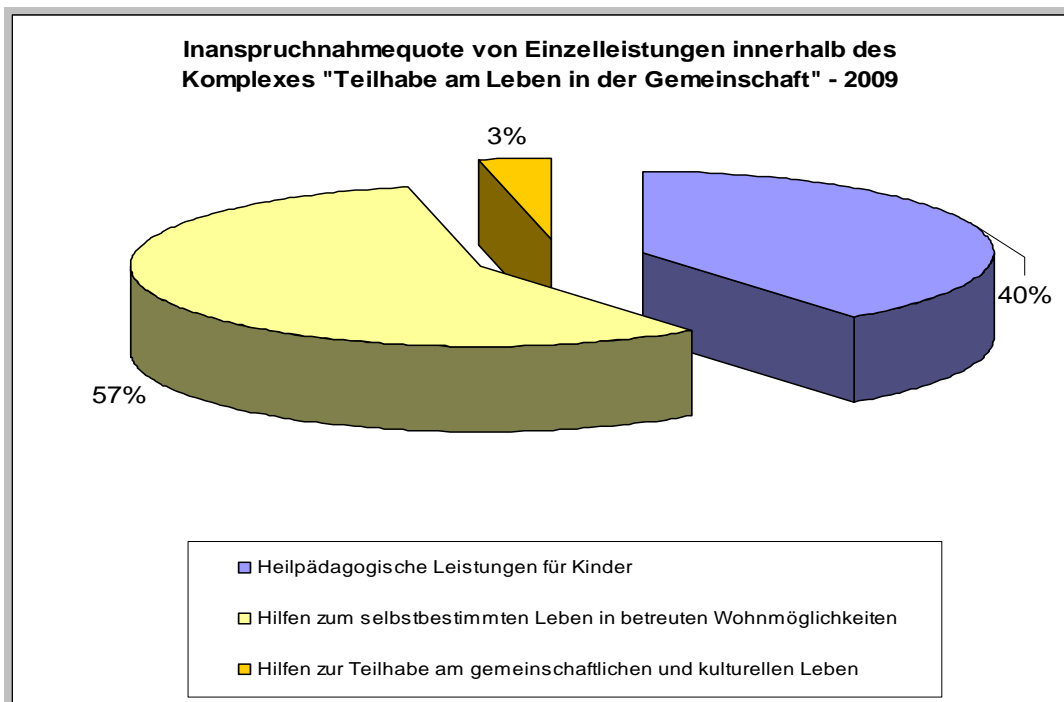
¹⁸ nach § 57 SGB XII

¹⁹ Neben der „Arbeitgeberrolle“, die im Rahmen der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets überwiegend entsteht, ist der Leistungsberechtigte/die Leistungsberechtigte jedoch nicht zwangsweise daran gebunden, diese Rolle einzunehmen. So gibt es auch Modelle, bei denen sich der Klient/die Klientin in die „Kundenrolle“ begibt und zum selbständigen Einkäufer seiner/ihrer gewünschten Dienstleistung wird.

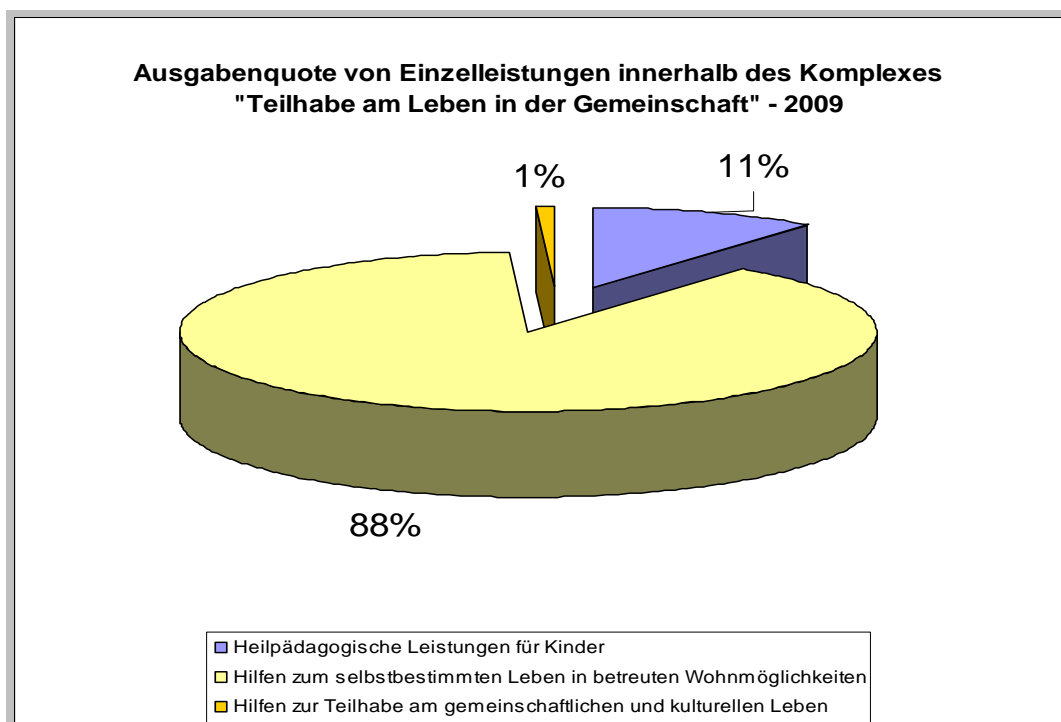
²⁰ „Der entscheidende Unterschied zu allen anderen Hilfeformen ist der Rollenwechsel: Der Mensch mit Behinderung stellt seine Helfer selbst an und bezahlt sie. Gegenüber den Pflegekräften oder Assistenten wird er oder sie von dem/der HilfeempfängerIn zum Vorgesetzten.“ Unter anderem müssen die Budgetnehmer - bei höheren Budgets - über sämtliche Ausgaben Buch führen und diese auch belegen. → Quelle: http://www.familienratgeber.de/recht/persoennesliches_budget.php

- Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten davon in
 - o einer eigenen Wohnung (ambulant betreut)
 - o einer Wohngemeinschaft (ambulant betreut)
 - o einer Wohneinrichtung
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben sowie
- andere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Welches Gewicht die Einzelleistungen hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme entfalten, geht aus der nachfolgenden Übersicht hervor.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg

Der Leistungskomplex „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ wird sowohl hinsichtlich Leistungsanspruchnahme als auch Kostenintensität maßgeblich von *Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten* sowie *heilpädagogische Leistungen für Kinder* dominiert. Die übrigen Einzelleistungen werden von wenigen Einzelfällen bestimmt.

Neben den beiden sehr umfänglichen Leistungsbereichen werden auch *Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben* erbracht. In dieser Leistungskategorie findet sich zum Beispiel

- die Tagesförderstätte als neues Angebot zur Gestaltung des Tages der Lebenshilfe Havelland e.V. wieder, gleiches gilt für
- die Tagesstätte für psychisch Kranke und
- die Tagesstätte für Menschen mit geistiger Behinderung der AWO Betreuungsdienste gGmbH sowie
- das Beschäftigungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung und Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit von Sinalkol e.V. in Kieck.

Der Anteil dieser komplementären Angebote zur Gestaltung des Tages am gesamten Leistungsumfang und Kostenvolumen aller Teilhabeleistungen ist bisher gering. Mit fortschreitender Umsetzung des Zwei-Milieu-Prinzips ist von einer zunehmenden Inanspruchnahme und Ausweitung dieses Leistungsangebotes auszugehen, wobei die Ziele der Umsetzung einer inklusiven Gesellschaft dabei nicht aus den Augen verloren werden dürfen und insoweit die Schaffung von „Sonderwelten“ stets dahingehend zu hinterfragen ist, inwieweit die Bedarfe über bestehende „(Alltags-)Strukturen“ aufgefangen werden können.

Die im Leistungskomplex „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ am stärksten dominierenden Leistungsbereiche

- Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten sowie
- heilpädagogische Leistungen für Kinder

sollen in Ihrer bisherigen und künftigen Entwicklung nachfolgend näher betrachtet werden.

4.1.1 Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten

Hilfen zum selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten lassen sich untergliedern in

- Hilfen in einer eigenen Wohnung (ambulant betreut)
- Hilfen in einer Wohngemeinschaft (ambulant betreut) sowie
- Hilfen in einer Wohneinrichtung (stationär betreut).

Diese Leistungen werden im Landkreis Havelland von folgenden Trägern angeboten:

**Träger im Leistungskomplex
„Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“²¹**

Träger	Hilfen zum selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten in ...		
	... einer eigenen Wohnung ²²	... einer Wohngemeinschaft ²³	... einer Wohneinrichtung ²⁴
Rathenower Werkstätten GmbH	X	(X) ²⁵	X
Lebenshilfe Havelland e.V.	X		X
AWO Betreuungsdienste gGmbH	X	X	X
ASB Psychosoziale Betreuungsdienste gGmbH	X	X	X
ASB Ortsverband Rathenow e.V.			X
SinAlkol e.V.	X	(X) ²⁶	X
Dauerwohnstätte Premnitz gGmbH			X
LAFIM Dienste für Menschen gAG	X	X	
Lebens- Alters- und Behindertenhilfe e.V.	X		
Forum Soziales Handeln GmbH Berlin-Brandenburg	X	X	
Caritas	X		

Unter den möglichen Wohnformen am häufigsten beansprucht werden Wohneinrichtungen, gefolgt vom betreuten Einzelwohnen in eigenem Wohnraum sowie Angeboten des ambulant betreuten gemeinschaftlichen Wohnens.

²¹ Übersicht der Angebote zum Stichtag 01.Juli 2011

²² im Sinne von „ambulant betreutem Wohnen“

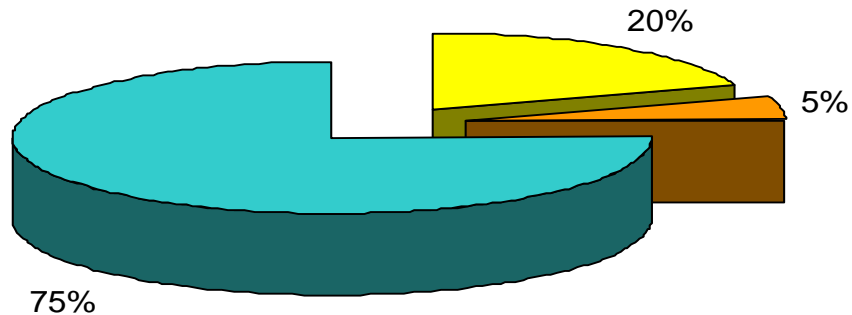
²³ im Sinne von „ambulant betreutem Wohnen“

²⁴ im Rahmen einer stationären Betreuung

²⁵ Die Sportgemeinschaft Medizin bietet Menschen mit Behinderung die Möglichkeit in Gemeinschaft in vier Objekten in Rathenow, Mögelin und Hohennauen zu wohnen. Die Rathenower Werkstätten GmbH unterstützt diese Wohnformen niedrigschwellig. Leistungen im Rahmen der *Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten* nach SGB XII werden in diesem Rahmen jedoch nicht erbracht. Von daher sind beide Angebote als alternative Gemeinschaftswohnprojekte zu bewerten.

²⁶ Zwei Wohngemeinschaften für suchtkranke Menschen in Kieck und in Nauen befinden sich im Aufbau.

EmpfängerInnen von Hilfen zum selbstbestimmten Leben im Landkreis Havelland - 2009

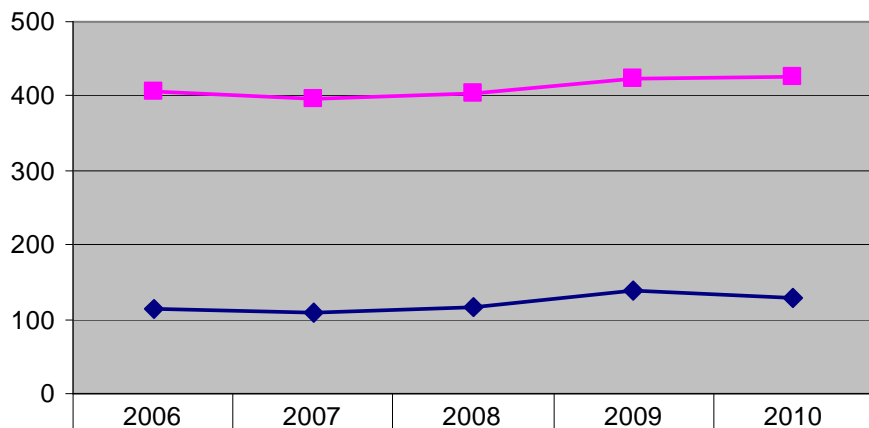


■ ... in einer eigenen Wohnung ■ ... in einer Wohngemeinschaft ■ ... in einer Wohneinrichtung

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg

Die Empfängerzahlen der Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten unterliegen hinsichtlich der Inanspruchnahme kaum Schwankungen und bewegen sich seit Jahren auf einem annähernd gleichen Niveau. Seit 2009 ist eine Steigerung der Inanspruchnahme festzustellen.

Entwicklung der Empfängerzahlen von Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten im Landkreis Havelland



◆ ambulant betreutes Einzel- und Gemeinschaftswohnen	113	109	116	139	129
■ in einer Wohneinrichtung	406	397	403	424	425

Quelle: eigene Darstellung/ Daten für 2006 bis 2009 Amt für Statistik Berlin Brandenburg/ Daten für 2010 aus der Landabrechnung²⁷

²⁷ Eine aktuellere Differenzierung der Ausgaben, welche auch eine Unterscheidung zwischen ambulant betreutem Einzel- und Gruppenwohnen zulässt, lag zum Zeitpunkt der Planerstellung nicht vor.

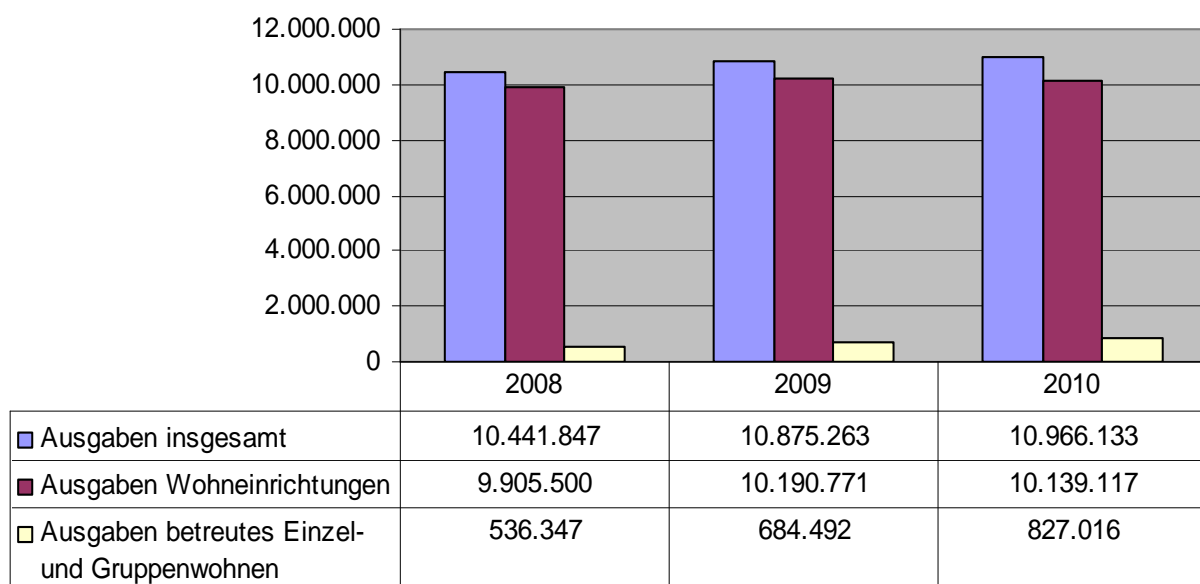
Analog der Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen sind die Ausgaben für Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten zum Jahr 2009 gestiegen. In der Gesamtsteigerung der Ausgaben im Jahr 2009 schlägt sich zudem eine Erhöhung der Kostensätze um 0,7 Prozent im stationären Bereich im Jahr 2009 nieder, aber auch die Neustrukturierung der Fachleistungsstunden im ambulanten Bereich.

Am kostenintensivsten sind Angebote in Wohneinrichtungen mit durchschnittlich 23.900 EUR pro EmpfängerIn im Jahr 2010.²⁸ Für betreutes Einzel- und Gruppenwohnen fallen zusammen jährlich durchschnittlich 6.400 EUR pro EmpfängerInnen und Jahr an.²⁹

Der größte Teil der Gesamtausgaben fällt nach wie vor für Angebote in Wohneinrichtungen an. Betreute Einzel- und Gruppenwohnformen haben nur einen Anteil von durchschnittlich 8 Prozent an den Gesamtausgaben für „Hilfen zum selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“, legt man die Ausgaben aus dem Jahr 2010 zugrunde.

Bei Betrachtung der Empfänger- und Kostenzahlen wird deutlich, dass sich die angestrebte Stärkung des ambulanten Wohnbereiches bereits vollzieht jedoch nicht unmittelbar mit der gewünschten partiellen Kompensation stationärer Wohnplätze einhergeht.

Entwicklung der Bruttoausgaben für Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten



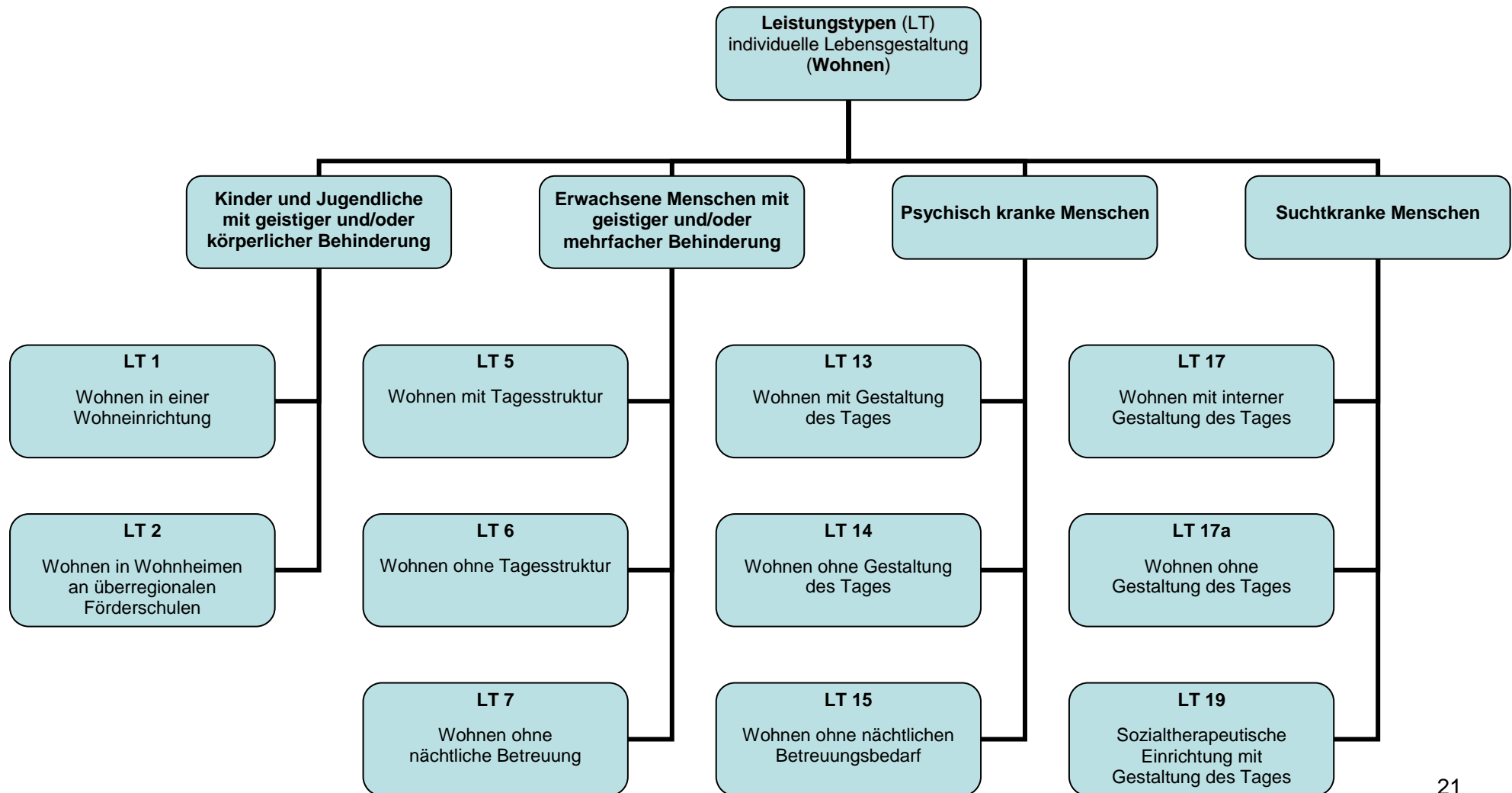
Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten aus der Landabrechnung 2009 und 2010/ für 2008 Daten des Landesamtes für Statistik Berlin Brandenburg

²⁸ Die dargestellten Kosten beinhalten keine KDU-Leistungen. Die Grundpauschale, die Bestandteil des Kostensatzes im stationären Bereich ist und KDU-Leistungen umfasst, wird hier sachgerecht nicht berücksichtigt. Ein direkter und unverfälschter Vergleich zu den Leistungen im ambulanten Bereich wird so ermöglicht.

²⁹ Basis sind die Daten aus dem Jahr 2010. Die durchschnittlichen Fallkosten wurden auf volle Hundert gerundet.

Die aufgezeigten Wohnmöglichkeiten lassen sich auch nach der Schwerpunktsetzung der angesprochenen Klientel untergliedern sowie hinsichtlich des vorgehaltenen Leistungsspektrums und –umfangs.

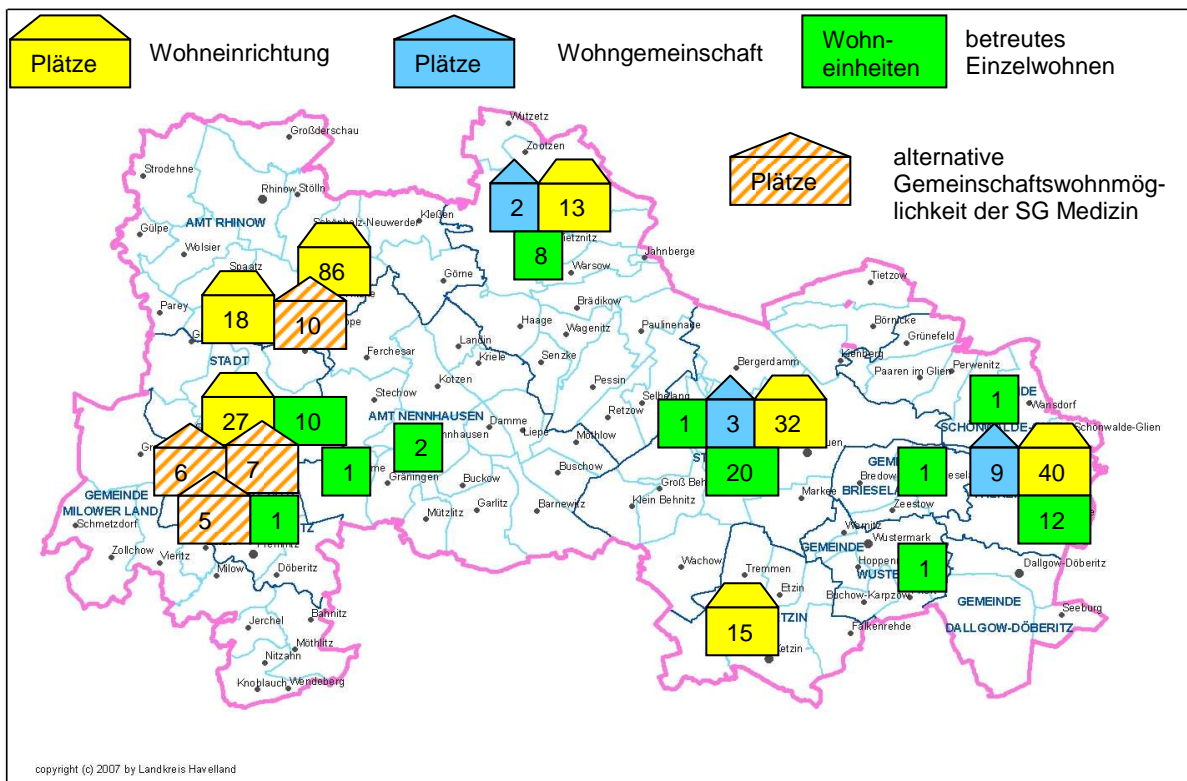
Wohngemeinschaften und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung werden im Landkreis Havelland spezialisiert für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung, für Menschen mit seelischer Behinderung sowie für Kinder- und Jugendliche angeboten. In Wohneinrichtungen richten sich Leistungsspektrum und –umfang nach dem angebotenen Leistungstyp. Die möglichen Leistungstypen in Wohneinrichtungen sind in der nachfolgenden Übersicht zusammengestellt.



Wohnmöglichkeiten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung

Die nachfolgende Karte zeigt, dass „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung im gesamten Landkreis, sowohl zentral in den Mittelzentren, als auch im Umland vorhanden sind. In der Mitte des Landkreises scheint eine lückenhafte Versorgung gegeben. Hier ist jedoch die gute Anbindung des Amtsberreiches Nennhausen in Richtung Rathenow sowie in Richtung Nauen, aber auch Friesack zu berücksichtigen.

Deutlich wird, dass überwiegend Angebote in stationären Wohneinrichtungen vorgehalten werden. Angebote in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft sind nur eingeschränkt vorhanden und die Kapazitäten in diesem Wohnsegment zudem fast in Gänze ausgeschöpft. Der Belegungsstatistik sowie der Einschätzung des Fachamtes nach, ist der Bedarf an ambulant betreutem Gruppenwohnen gestiegen, selbst wenn die alternativen Gemeinschaftswohnmöglichkeiten der SG-Medizin³⁰ in Rathenow, Mögelin und Hohennauen mit berücksichtigt werden. Überprüft werden sollte, inwieweit Plätze betreuten Gruppenwohnens, stationäre Wohnmöglichkeiten partiell kompensieren können. Ambulant betreutes Einzelwohnen verteilt sich über den gesamten Landkreis, in konzentrierter Form jedoch in der Nähe der Mittelzentren.



Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung im Landkreis Havelland (Belegung zum Stichtag: 30.09.2010; für Wohneinrichtungen → 30.09.2009)

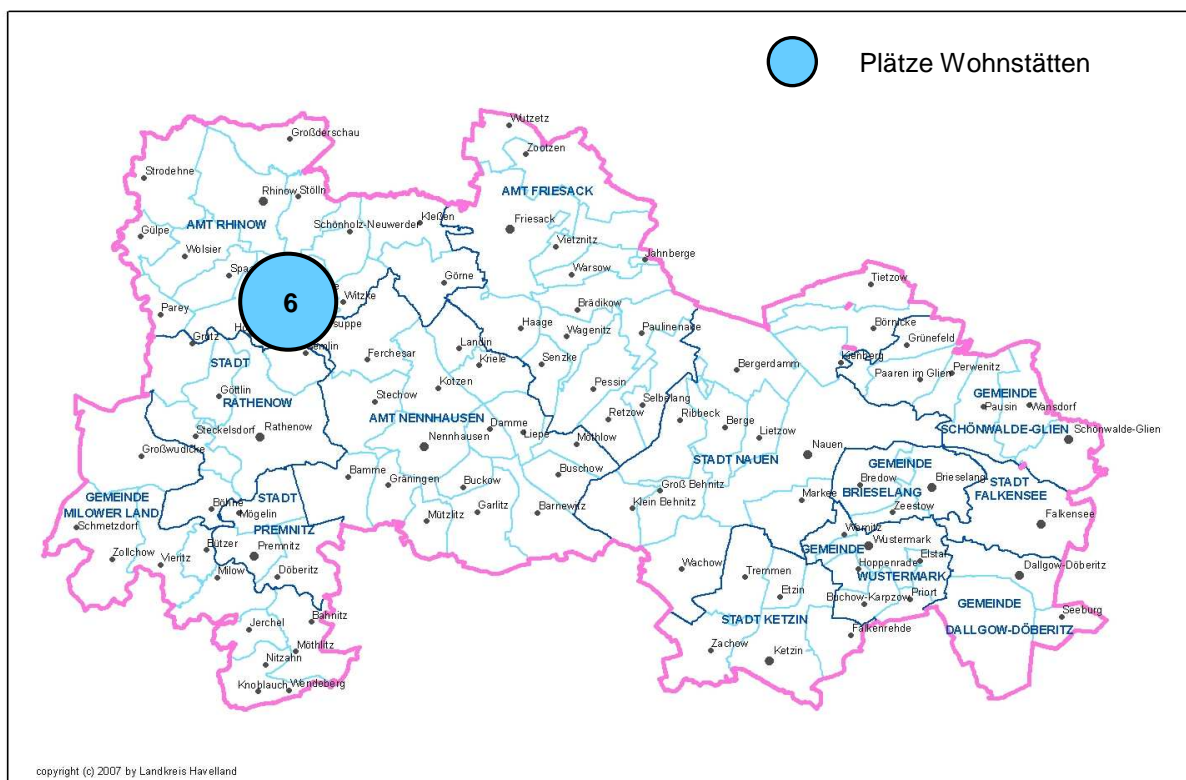
³⁰ Die Sportgemeinschaft Medizin bietet Menschen mit Behinderung die Möglichkeit in Gemeinschaft in vier Objekten in Rathenow, Mögelin und Hohennauen zu wohnen. Die Rathenower Werkstätten GmbH unterstützt diese Wohnformen niedrigschwellig. Leistungen im Rahmen der *Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten* nach SGB XII werden in diesem Rahmen jedoch nicht erbracht. Von daher sind beide Angebote als alternative Gemeinschaftswohnformen zu bewerten.

Wohnmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderung

Dem verhältnismäßig eingeschränkten Bedarf an besonderen Wohnmöglichkeiten folgend, sind Wohnangebote für Kinder und Jugendliche mit Behinderung im Landkreis Havelland nur mit geringen Kapazitäten und zudem befristet gegeben. Der verhältnismäßig kleinere Bedarf an Wohnmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderung ergibt sich daraus, dass diese Personengruppe regelhaft im Elternhaus lebt. Das damalige MASGF stimmte im Januar 2006 der Entscheidung zur Nutzung des „Leistungstyps 1“ (Wohnen in einer Wohneinrichtung für Kinder und Jugendliche mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung) befristet auf einen Zeitraum von 5 Jahren, mit einer Kapazität von 6 Plätzen zu. Nach Ablauf dieser Frist im Jahr 2011 soll erneut geprüft werden, ob möglicherweise die gesamte Wohnstätte in eine Einrichtung für erwachsene Menschen mit Behinderungen umgewidmet oder aber wieder insgesamt als Kindereinrichtung genutzt werden sollte.

Ein Blick auf die Belegungsstatistik zeigt eine fast vollständige Belegung. Drei der sechs Plätze sind von Kindern und Jugendlichen aus dem Havelland beansprucht. Zwei Plätze werden darüber hinaus durch Kinder und Jugendliche „fremdbelegt“, für welche die Zuständigkeit eines anderen örtlichen Sozialhilfeträgers besteht.³¹ Ein Platz ist nicht belegt.

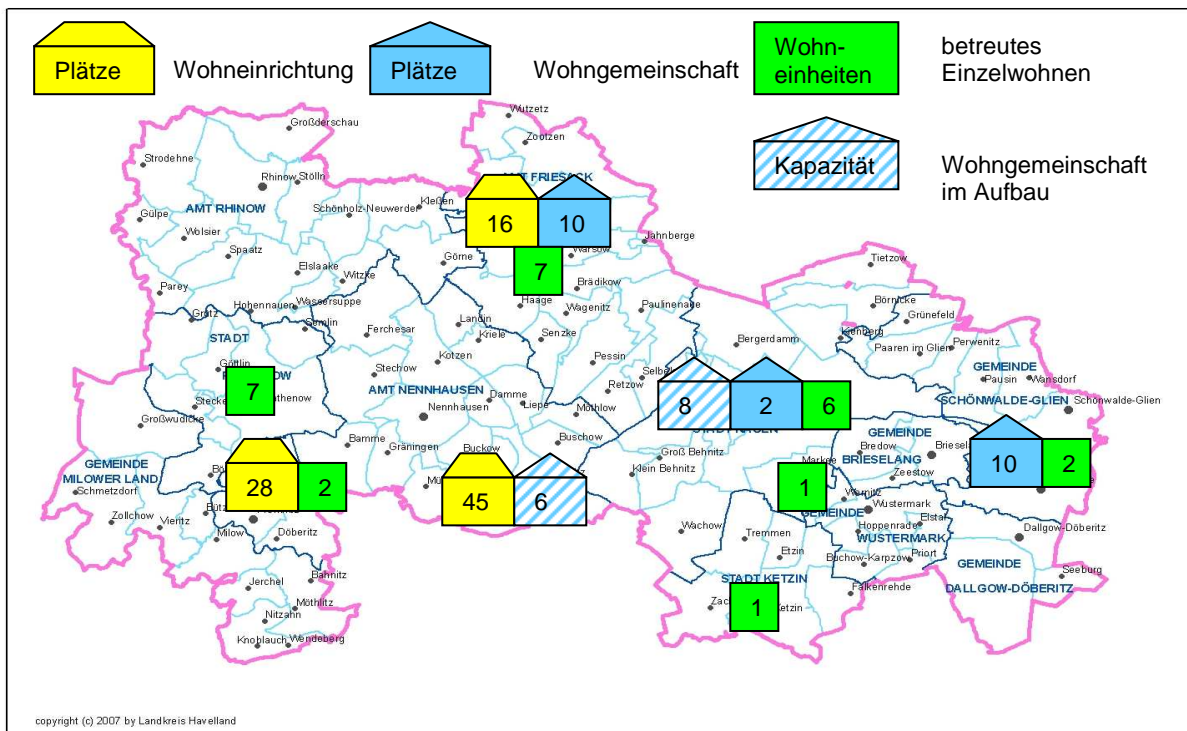
Dies spricht aus Sicht des Fachamtes dafür, an der vorgehaltenen Kapazität festzuhalten, wobei der Schwerpunkt bei jugendlichen Kindern mit Behinderung bis zum Erwachsenenalter liegen sollte. An der vereinbarten Durchlässigkeit, die eine flexible Nutzung der Plätze im Bedarfsfall auch für erwachsene Menschen mit Behinderung ermöglicht, sollte festgehalten werden.



Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten [Wohnmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderung](#) im Landkreis Havelland (Belegung zum Stichtag: 30.09.2009)

³¹ Stichtag: 30.09.2009

Wohnmöglichkeiten für Menschen mit seelischer Behinderung im Landkreis Havelland



Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten [für Menschen mit seelischer Behinderung](#) im Landkreis Havelland (Belegung zum Stichtag: 30.09.2010; für Wohneinrichtungen → 30.09.2009)

Wohneinrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung gibt es abseits der Mittelzentren und ausschließlich im Westhavelland.

Wohngemeinschaften für Menschen mit seelischer Behinderung sind stärker im berlinnahen Raum und dort auch in den Mittelzentren vorhanden. Wohngemeinschaften für diese Personengruppe gibt es mit je zwei Wohngruppen an den Standorten Friesack und Falkensee sowie mit einer Wohngruppe am Standort Nauen. Hohe Auslastungsquoten (stark beeinflusst durch Fremdbelegungen) kennzeichnen das gemeinschaftliche Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung. Im Aufbau befinden sich zwei weitere Wohngemeinschaften mit einer jeweils besonderen Spezifik in Kieck und Nauen.

Aktuell entsprechen sich Angebots- und Bedarfsstruktur. Weitere Analysen zum Angebotsspektrum für Menschen mit seelischer Behinderung oder zu notwendigen Anpassungserfordernissen sind dem aktuellen Psychiatrieplan des Landkreises Havelland zu entnehmen.

Die nachfolgende tabellarische Übersicht zeigt unter anderem, dass der Bedarf an „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ insbesondere für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in der Variation „Wohnen ohne Tagesstruktur“ (LT 6) am größten, aber auch in der Form „Wohnen mit Tagesstruktur“ (LT 5) groß ist. Gleichwohl ist *kein ungesättigter* Bedarf festzustellen.

Wohneinrichtungen und -gemeinschaften für Menschen mit Behinderung <u>im Landkreis Havelland</u>					
Leistungstyp ³²	Platzkapazität	Auslastung ³³			
		gesamt		belegt durch LK HVL	fremdbelegt
		Anzahl Plätze	Anzahl freie Plätze	Anzahl Plätze	Anzahl Plätze
LT 1	6	5	1	3	2
LT 2	-	-	-	-	-
LT 5 und LT 6	217	214 davon: ³⁴ - LT 5 → 83 - LT 6 → 131	3	173	41
LT 7	8	8	0	7	1
LT 13 und LT 14	16	16 davon: - LT 13 → 16 - LT 14 → 0	0	12	4
LT 15	-	-	-	-	-
LT 17	28	28	0	11	17
LT 17a	-	-	-	-	-
LT 19	45	39	6	2	36
WG für Menschen mit seelischer Behinderung	22	20	2	15	5
WG für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung	14	13	1	13	-

Bei der Bewertung der Belegung ist eine allgemein über alle Leistungstypen hinweg hohe Auslastung festzustellen. Zum betrachteten Stichtag 30.09.2009 ist in der Langzeiteinrichtung für abhängigkeitskranke Menschen in Kieck (LT 19) eine vom Schnitt abweichende und schon länger anhaltende geringere Auslastung festzustellen. In der Zwischenzeit ist es jedoch gelungen eine volle Auslastung in Kieck zu erlangen. Zum Stand 03. Mai 2011 lag die Auslastung bei 100 Prozent. Zudem wurde eine Vereinbarung abgeschlossen, die künftig ein ambulant betreutes

³² Nähere Beschreibungen zu den einzelnen Leistungstypen sind der Seite 21 dieses Plans zu entnehmen.

³³ Die Auslastung wird zum Stichtag 30.09.2009 dargestellt. Abweichungen von Hundert sind rundungsbedingt. Für das gemeinschaftliche Wohnen wird der Stichtag 30.09.2010 zugrunde gelegt.

³⁴ Das Familienprojekt der AWO Betreuungsdienste gGmbH in Friesack wurde mit seinen 5 Plätzen der besseren Übersicht halber dem LT 5 zugeordnet.

Gruppenwohnen für Menschen mit geistiger Behinderung und Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ermöglicht.

Neben allen abgebildeten „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ im Landkreis Havelland, nehmen Menschen mit Behinderung, die vormals im Havelland lebten, aktuell auch Wohnangebote *außerhalb* des Landkreises in Anspruch, verbleiben trotz des verlegten Wohnsitzes jedoch überwiegend in der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers im Landkreis Havelland.³⁵

Die Inanspruchnahme *aller Wohnmöglichkeiten* für Menschen mit Behinderung *außerhalb* des Landkreises Havelland liegt bei 40 Prozent gemessen an der *Gesamtzahl* der beanspruchten Leistungen.³⁶ Im Bereich des betreuten Einzel- und Gruppenwohnens ist vornehmlich die persönliche Situation der Menschen (familiärer Umzug etc.) ausschlaggebend für die Inanspruchnahme außerhalb des Landkreises. Eine Rolle spielt zudem, dass einige Menschen Leistungsangebote außerhalb des Landkreises von anderen Anbietern bevorzugen.

Die Inanspruchnahme von *Wohneinrichtungen* - fast die Hälfte dieser Leistungen werden außerhalb des Landkreises beansprucht - ist zu einem großen Teil historisch bedingt. So erfolgte ursprünglich die Zuweisung in eine Wohneinrichtung über das zuständige Landesamt. Später wurden diese „Altfälle“ dann wieder in den Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers übertragen, in dessen Bereich die Person vorab der Zuweisung wohnhaft war. Darüber hinaus wird die Inanspruchnahme von Wohneinrichtungen auch von den individuellen Bedarfen der Menschen und in diesem Sinne von der besonderen Spezifik der angebotenen

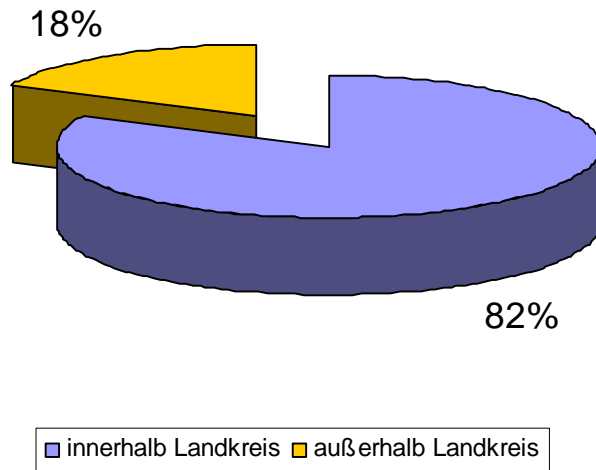
Beanspruchte Wohnmöglichkeiten <u>außerhalb</u> des Landkreises Havelland			
- im Rahmen der Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers des Landkreises Havelland nach § 98 SGB XII -			
Schwerpunkt des Angebotes	betreutes Einzelwohnen außerhalb des Landkreises	betreutes Gruppenwohnen außerhalb des Landkreises	Wohneinrichtungen außerhalb des Landkreises
erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung	10	3	122
Menschen mit seelischer Behinderung	8	-	75
Kinder und Jugendliche mit Behinderung	-	-	7

Angaben zum Stichtag 30.09.2010; für Wohneinrichtungen zum 30.09.2009

³⁵ gemäß § 98 SGB XII

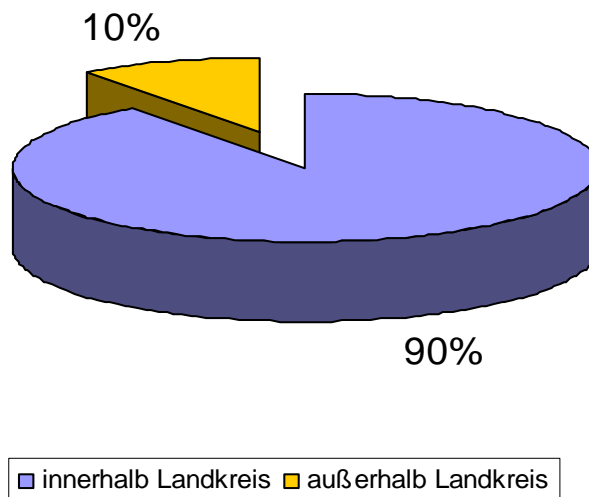
³⁶ Basis sind erhobene Daten zum Stichtag 30.09.2010 bzw. für Wohneinrichtungen zum 30.09.2009

**Verteilung der regionalen Inanspruchnahme
des betreuten Einzelwohnens**

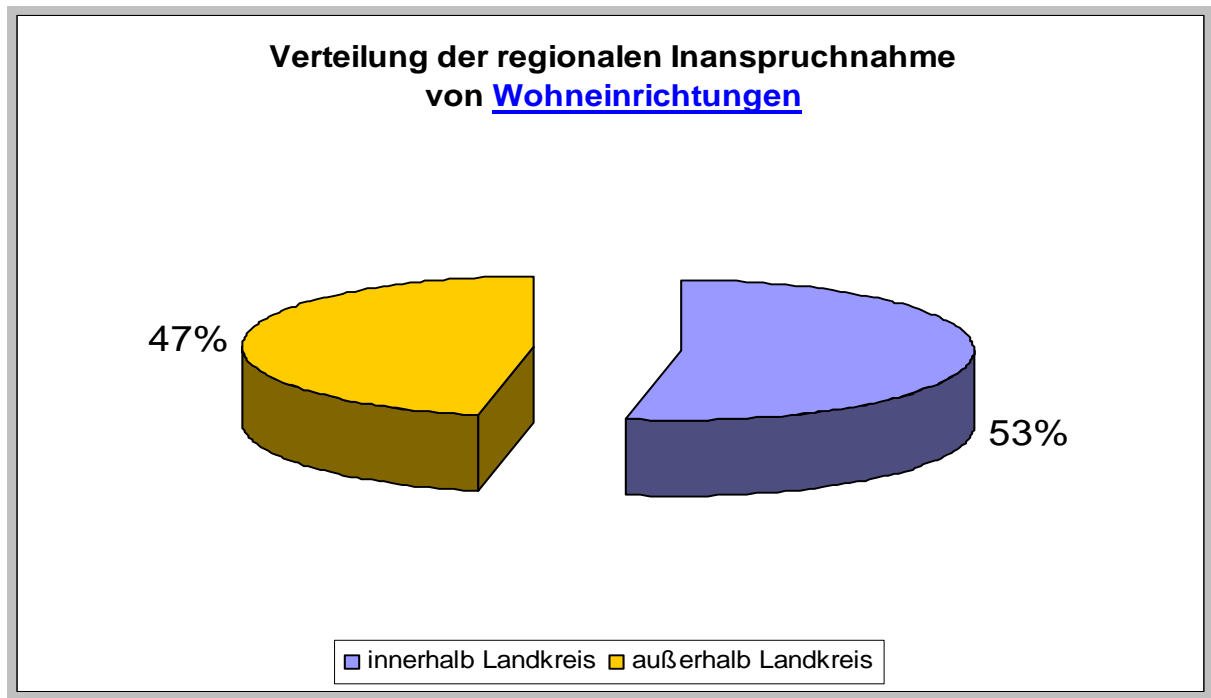


Quelle: eigene Darstellung; Angaben zum Stichtag 30.09.2010

**Verteilung der regionalen Inanspruchnahme
des betreuten Gruppenwohnens**



Quelle: eigene Darstellung; Angaben zum Stichtag 30.09.2010



Der größte Teil der außerhalb des Landkreises beanspruchten Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten geht auf Leistungen *in Wohneinrichtungen*, mit einem Verhältnis von 60:37:3 zwischen Angeboten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung, Angeboten für Menschen mit seelischer Behinderung *und* Angeboten für Kinder und Jugendliche mit Behinderung zurück.

Die insgesamt hohen Auslastungsquoten in Wohneinrichtungen und Wohngemeinschaften *im* Landkreis Havelland; der nicht unerhebliche Anteil der betreuten Einzelwohnformen an den „Hilfen zum selbstbestimmten Leben“ sowie der beträchtliche Anteil von Leistungsanspruchnahmen *außerhalb* des Landkreises, lassen einen ungesättigten Bedarf *vermuten*. Wie bereits aufgezeigt, spielen hier teilweise jedoch auch Faktoren aus der Historie der Eingliederungshilfe eine entscheidende Rolle (→ Zuweisung durch das zuständige Landesamt). Zu konstatieren ist zudem, dass es unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung durchaus von Vorteil sein kann, Angebote auch außerhalb des Landkreises - in einem anderen Umfeld - zu nutzen.

Zudem gelingt es in der Regel nicht, differenzierten Bedarfslagen über ausschließlich *einen* Einrichtungstyp gerecht zu werden. Eine Häufung an spezifischen Bedarfen im Landkreis, die für das Installieren eines *inhaltlich* neu ausgerichteten Angebotes sprechen würde, ist aktuell - mit Ausnahme der im Aufbau befindlichen ambulant betreuten Gruppenwohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung und Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in Kieck und für Menschen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in Nauen - nicht in größerem Umfang gegeben. Für besondere Einzelfälle gilt es immer adäquate Lösungsansätze zu finden.

Tendenziell ist eine Zunahme von Jugendlichen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten sowie jungen Erwachsenen mit Persönlichkeitsstörungen zu erkennen, für die es *zuweilen* schwieriger wird, passende Leistungen anzubieten. Über die avisierte Installierung einer trägerübergreifenden Eingliederungskonferenz³⁷, über welche alle ansässigen Träger in Gemeinschaft und unter Koordinierung und Steuerung durch das zuständige Fachamt der Landkreisverwaltung, ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot entwickeln, sollen solche tendenziellen Bedarfslücken individuell und flexibel geschlossen werden.

³⁷ Vgl. Nähere Ausführungen zur trägerübergreifenden Eingliederungskonferenz können dem Psychatrieplan des Landkreises Havelland entnommen werden.

Die Aussagen zur *aktuell* bedarfsgerechten Angebotslandschaft im Landkreis Havelland sollen jedoch nicht über eine andere Herausforderung hinwegtäuschen, die sich in den kommenden Jahren mit der zunehmenden Veränderung der Altersstruktur in der Gruppe von Menschen mit Behinderung einstellen wird und veränderte Bedarfe hervorbringt. Diese Entwicklung wird in der sich anschließenden Bedarfsprognose aufgegriffen und vertiefend betrachtet.

Bedarfsprognose „Hilfen zum selbstbestimmten Leben“

• Leistungsempfängerzahlen

Wie sich die Bedarfslagen in den kommenden Jahren im Bereich der „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ *übergreifend und tendenziell* entwickeln werden, zeigt die nachfolgende Bedarfsprognose.

Die Erstellung der Prognose wird durch eine eingeschränkte Datengrundlage erschwert. Das entwickelte Rechenmodell ist so auch Resultat der zur Verfügung stehenden Daten. Insbesondere der Umstand, dass viele Daten nur in Form von Clustern, wie z. B. vorgegebenen Altersgruppen vorliegen, war im Rahmen der Bildung des Rechenmodells in besonderem Maße entscheidend. So gelingt aufgrund der vorliegenden Daten eine *vollumfängliche* Bedarfsprognose nur bis zum Jahr 2019. Da nicht alle Daten 1:1 gegenüber gestellt werden können bzw. einzelne Datensätze für weitere Berechnungen hochgerechnet werden müssen, können leichte Verzerrungen aufgrund der mathematischen Berechnungsweise nicht ausgeschlossen werden.

Um aufgrund der relativ kleinen Grundgesamtheit an Fallzahlen dennoch möglichst plastische Daten zu erhalten, wird im Rahmen der Prognose nicht auf die Gesamtbevölkerung abgestellt, sondern als Bezug die Altersgruppe der ab 21-Jährigen gewählt. Hintergrund ist, dass durchschnittlich 98 Prozent der EmpfängerInnen von Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten von Personen ab 21 Jahren genutzt werden.³⁸ Diese Altersgruppe umfasst nahezu alle EmpfängerInnen der betrachteten Leistungsart und eignet sich von daher als Vergleichsbasis.

Annahmen der Bedarfsprognose und Erklärung des Rechenmodells:

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bleiben unverändert.
- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg bis zum Jahr 2019 auf Basis des Jahres 2008 trifft ein. Die Bevölkerungsvorausberechnung dient als Basis für die Prognose der Empfängerzahlen.

Daten der LeistungsempfängerInnen liegen für nachfolgend benannte Altersgruppen vor, die mit Ausnahme einer geringfügigen Abweichung im Clustern „21 bis 30 Jährige“ sonst immer 10 Lebensjahre umfassen.

- 21 bis unter 30 Jährige
- 30 bis unter 40 Jährige
- 40 bis unter 50 Jährige
- 50 bis unter 60 Jährige
- 60 bis unter 70 Jährige
- ab 70 Jährige.

³⁸ In den vergangenen Jahren ist der Anteil der ab 21-jährigen LeistungsempfängerInnen an der Gesamtzahl an LeistungsempfängerInnen nahezu konstant: 2006 → Anteil von 98%; 2007 → Anteil von 98%; 2008 → Anteil von 98%; 2009 → Anteil von 97%.

Es wird eine gleichbleibende durchschnittliche Lebenserwartung von 79,9 Jahren³⁹ zugrunde gelegt.⁴⁰

Die Prognose geht zunächst vereinfacht davon aus, dass sich jeweils in einem zeitlichen Intervall von 10 Jahren (Ausgangsjahr 2009) die Anzahl von EmpfängerInnen aus einer Altersgruppe 1:1 in das Fenster des nächst folgenden Altersclusters verschiebt.⁴¹

Weiter wird *zunächst* vereinfacht angenommen, dass es zu Neuzugängen vornehmlich in der Altersgruppe der 21 – 30 Jährigen kommt. Die Neuzugänge werden auf folgendem Weg ermittelt:

Für die Jahre 2008 und 2009 wurde zunächst ermittelt, wie groß der Anteil der 21 - 25 jährigen LeistungsempfängerInnen an dem betrachteten Alterscluster der 21 - 30 jährigen LeistungsempfängerInnen ist.⁴² Über den Vergleichszeitraum ergibt sich eine *Durchschnittsquote* von 42 Prozent. Der Prognose der Neuzugänge im Jahr 2019 liegt darauf aufbauend die Annahme zugrunde, dass dieser Anteil konstant bleibt.

Ergänzend wurde berechnet, wie hoch der Anteil der 21-25 jährigen *LeistungsempfängerInnen* an der zugehörigen Altersgruppe im Landkreis Havelland ist.⁴³ Der Prognose der Neuzugänge im Jahr 2019 wird erneut die optimistische Annahme zugrunde gelegt, dass dieser Anteil⁴⁴ auf dem Niveau der Jahre 2008 und 2009 von 0,54% verbleibt.

Diese Annahmen führen zu der Hypothese, dass 0,54 Prozent der EinwohnerInnen des Landkreises Havelland der Altersgruppe 21-25 Jahre im Jahr 2019 Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten beziehen und in diesem Rahmen insgesamt 42 Prozent der LeistungsempfängerInnen im Alterscluster 21 bis 30 Jährige ausmachen. Über die mathematische Vervollständigung des Vmhundertsatzes (auf 100 Prozent) wird abschließend die Gesamtzahl an prognostizierten Neuzugängen im Jahr 2019 ermittelt.

³⁹ Vgl.: http://www.google.com/publicdata?ds=wb-wdi&met_y=sp_dyn_le00_in&idim=country:DEU&dl=de&hl=de&q=durchschnittliche+lebenserwartung

Demnach liegt die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2009 bei 79,9 Jahren. Die Prognose geht vereinfacht von einer unveränderten durchschnittlichen Lebenserwartung von rund 80 Jahren aus.

⁴⁰ Neuesten Studien nach weicht die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung nicht mehr von der Lebenserwartung von Menschen ohne Behinderung ab. vgl.: GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP „Dokumentation der Modellrechnungen und Analysen zum Masterplan Daseinsvorsorge des Kreises Nordfriesland im Themenfeld“, Hamburg, Januar 2011

⁴¹ Dies wird vereinfacht so auch für die Gruppe der 21 bis 30 Jährigen durchgeführt, auch wenn diese Gruppe neun Lebensjahre umfasst. Für die Altersgruppe der ab 70 Jährigen wird eine durchschnittliche Lebenserwartung von 79,9 Jahren angesetzt. Das Alterscluster umfasst aufgerundet ebenfalls 10 Lebensjahre.

⁴² Dieser Zwischenschritt ist notwendig, weil keine differenzierten Datensätze (insbesondere auch Prognosen) zu Bevölkerungszahlen der Gruppe der 21 – 30 jährigen EinwohnerInnen im Havelland vorliegen, wohl aber für die Gruppe der 21 – 25 Jährigen.

⁴³ Dies ermöglicht es auf Basis der Prognosedaten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg die Bevölkerungszahlen bis zum Jahr 2019 abzubilden. Es wurden Daten zum Gebietsstand 31.12.2009 herangezogen. Der Anteil blieb im Vergleich zum Vorjahr 2008 unverändert.

⁴⁴ Gemeint ist der Anteil der EmpfängerInnen von „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ an der zugehörigen Altersgruppe der 21-25 Jährigen.

Hochrechnung der EmpfängerInnen von Hilfen zum selbstbestimmten Leben in der Altersgruppe 21 bis 30 Jahre (als Ausgangsbasis der Prognoseberechnung)

	IST 2009	Szenario - 2019
Entwicklung der 21 bis 25-Jährigen im LK-HVL	6.940	4.494
Anteil LeistungsempfängerInnen an der Altersgruppe der 21 bis 25-Jährigen	0,54%	0,54%
EmpfängerInnen 21 bis 25 Jahre <small>(Annahme der Prognose → 21 bis 25-jährige EmpfängerInnen = 42% der 21 - 30-jährigen EmpfängerInnen)</small>	38	24
Anzahl EmpfängerInnen 21 bis 30 Jahre	89	57

Die Kohorte der *bis* 21-jährigen LeistungsempfängerInnen fließt aufgrund der geringeren Relevanz dieser Leistungsart für diese Altersgruppe in den Folgejahren mit einem konstanten Anteil von 2 % an der Gesamtbevölkerung in die Berechnungen ein und bildet damit den seit Jahren unveränderten Anteil entsprechend auch für die Zukunft ab,⁴⁵ weil diese Bevölkerungsgruppe „Hilfen zum selbstbestimmten Leben“ klassisch wohl auch künftig nur eingeschränkt nutzen wird.

Neben der Berechnung der Neuzugänge in der Altersgruppe der 21 bis 30 Jährigen, der Annahmen zur Leistungsanspruchnahme der *bis* 21 Jährigen sowie dem Aspekt der Altersfortschreibung werden in den übrigen Kohorten geringfügige Schwankungen durch „Quereinsteiger/-aussteiger“ der Art berücksichtigt, dass der Durchschnitt der Zu- und Abgänge in den einzelnen Kohorten zwischen den Jahren 2006 und 2009 entsprechend in den Folgejahren fortgeführt wird.

Der Aspekt der Zu- und Abgänge soll nicht vernachlässigt werden, gleichwohl das Berechnen einer Durchschnittsquote aufgrund der großen Spannweite zwischen den vorliegenden vier Vergleichsjahren gewisse Unsicherheiten birgt. Um diese zu glätten und eher vorsichtigen Annahmen zu folgen, wurde die errechnete Durchschnittsquote der jeweiligen Kohorte nur mit einem Gewicht von 50% in den Berechnungen für die Folgejahre berücksichtigt.

Berechnung der Quote von "Quereinsteigern/-aussteigern" (als Faktor für die Folgeberechnungen)

Kohorten	Durchschnittssaldo an Zu-/Abgängen 2006 bis 2009	durchschnitt- liche Fallzahl 2006 bis 2009	Durchschnittsquote "Quereinsteiger/- aussteiger"	vorsichtige Annahme --> halbierte Quote
30-40 Jährige	-4	86	-4,7%	-2,4
40-50 Jährige	1	146	0,7%	0,4
50-60 Jährige	11	104	10,6%	5,3
60-70 Jährige	-3	61	-4,9%	-2,5
ab 70 Jährige	4	36	11,1%	5,6

⁴⁵ Die *ab* 21 Jährigen umfassen in der Regel 98 Prozent aller LeistungsempfängerInnen von Hilfen zum selbstbestimmten Leben. Es verbleibt eine Restquote von 2 Prozent (jünger als 21 Jahre), die auch mit Blick in die Zukunft mit entsprechender Gewichtung in die Prognose einfließt.

Entwicklung der Anzahl an LeistungsempfängerInnen nach Altersgruppen im zeitlichen Verlauf					
Jahre	30-40 jährige LeistungsempfängerInnen	40-50 jährige LeistungsempfängerInnen	50-60 jährige LeistungsempfängerInnen	60-70 jährige LeistungsempfängerInnen	ab 70 jährige LeistungsempfängerInnen
IST 2009	85	149	123	55	42
Weiterentwicklung der Altersgruppen in den Folgejahren unter Berücksichtigung des ermittelten Durchschnittssaldos von Zu- und Abgängen					
2010	83	150	130	54	44
2011	81	150	136	52	47
2012	79	151	144	51	49
2013	77	151	151	50	52
2014	75	152	159	48	55
2015	73	153	168	47	58
2016	72	153	177	46	62
2017	70	154	186	45	65
2018	68	154	196	44	69
2019	67 entspricht im Jahr 2019 der Gruppe der 40-50 Jährigen	155 entspricht im Jahr 2019 der Gruppe der 50-60 Jährigen	206 entspricht im Jahr 2019 der Gruppe der 60-70 Jährigen	43 entspricht im Jahr 2019 der Gruppe der ab 70-Jährigen	72 Die durchschnittliche Lebenserwartung von aktuell 79,9 Jahren ist zu berücksichtigen!

Im Rahmen der Modellrechnung wird die aktuelle durchschnittliche Lebenserwartung von 79,9 Jahren zugrunde gelegt.⁴⁶ Neuesten Studien nach weicht dabei die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung nicht mehr von der Lebenserwartung von Menschen ohne Behinderung ab.⁴⁷ Da die durchschnittliche Lebenserwartung herangezogen wird, bedeutet dies gleichsam, dass es Menschen geben wird, die deutlich älter werden oder auch früher versterben. Für die Zukunft wird es interessant sein zu verfolgen, wie sich der Anteil von hochbetagten Menschen mit Behinderung verändern wird.

⁴⁶ Vgl.: http://www.google.com/publicdata?ds=wb-wdi&met_y=sp_dyn_le00_in&idim=country:DEU&dl=de&hl=de&q=durchschnittliche+Lebenserwartung

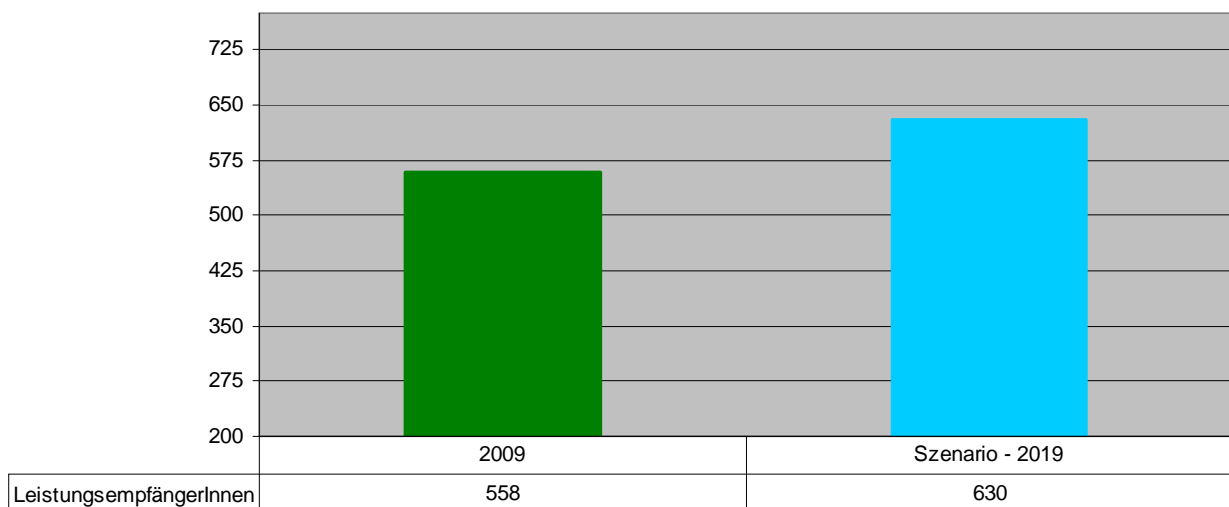
Demnach liegt die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2009 bei 79,9 Jahren. Die Prognose geht vereinfacht von einer unveränderten durchschnittlichen Lebenserwartung von rund 80 Jahren aus.

⁴⁷ Neuesten Studien nach weicht die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung nicht mehr von der Lebenserwartung von Menschen ohne Behinderung ab. vgl.: GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP „Dokumentation der Modellrechnungen und Analysen zum Masterplan Daseinsvorsorge des Kreises Nordfriesland im Themenfeld“, Hamburg, Januar 2011

Bedarfsprognose der Gesamtzahl an LeistungsempfängerInnen im Jahr 2019

Lebensjahre	IST 2009	Szenario - 2019
bis 21 ⁴⁸ > unter der Annahme einer konstanten 2 Prozent Quote an der Gesamtzahl von LeistungsempfängerInnen	15	13
21 bis 30 (errechnete Neuzugänge)	89	57
30 bis 40 (Altersfortschreibung plus errechnete Zu-/Abgänge)	85	89
40 bis 50 (Altersfortschreibung plus errechnete Zu-/Abgänge)	149	67
50 bis 60 (Altersfortschreibung plus errechnete Zu-/Abgänge)	123	155
60 bis 70 (Altersfortschreibung plus errechnete Zu-/Abgänge)	55	206
ab 70 (Altersfortschreibung plus errechnete Zu-/Abgänge)	42	43
gesamt	558	630

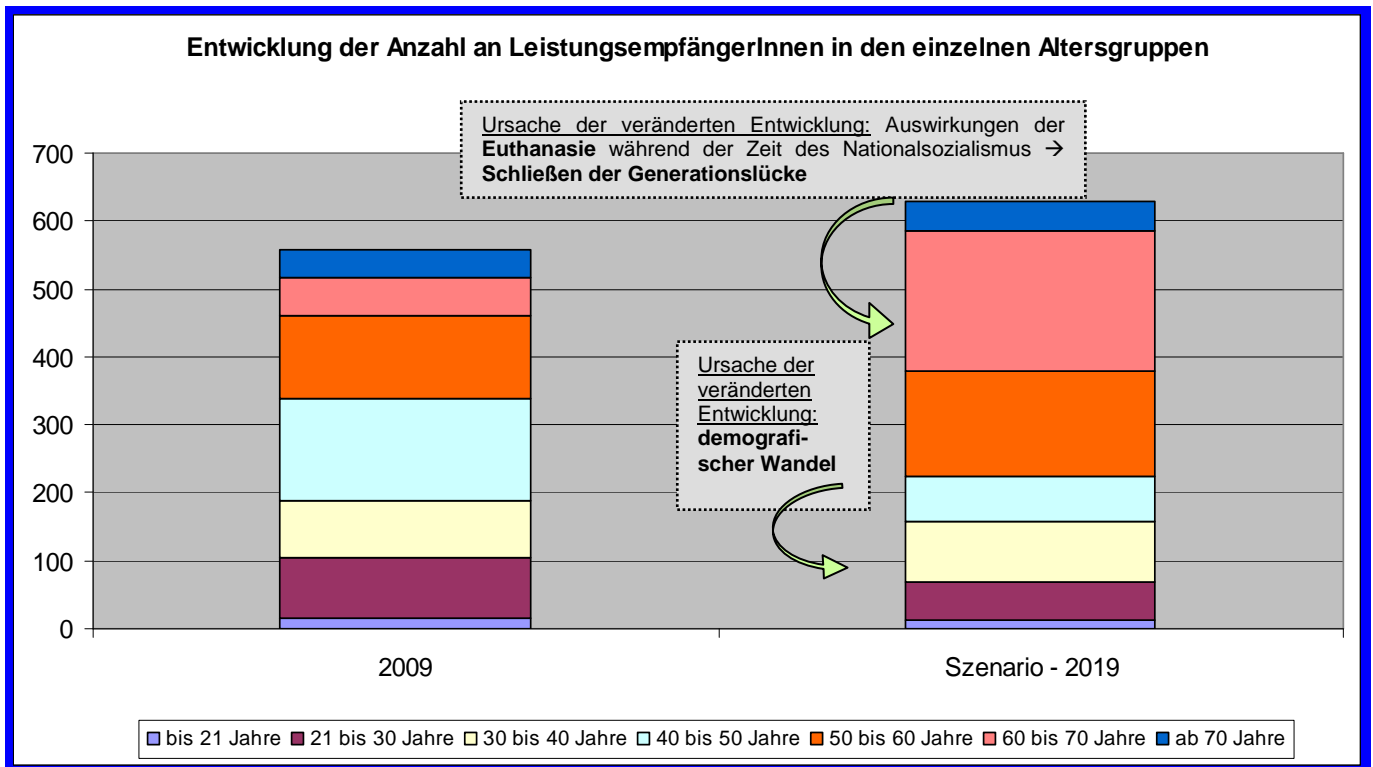
Entwicklung der Anzahl an LeistungsempfängerInnen bis zum Jahr 2019



Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen

Den gesetzten Annahmen folgend, kommt die Prognose für die kommenden Jahre zu dem Ergebnis eines steigenden Entwicklungsverlaufs der Anzahl von EmpfängerInnen der Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten im Landkreis Havelland. Auffällig ist eine Veränderung in der Altersstruktur der LeistungsempfängerInnen, die zu einer veränderten Inanspruchnahme der Leistungen führen wird.

⁴⁸ Die ab 21 Jährigen umfassen in der Regel 98 Prozent aller LeistungsempfängerInnen von Hilfen zum selbstbestimmten Leben. Es verbleibt eine Restquote von 2 Prozent (jünger als 21 Jahre), die an dieser Stelle mit entsprechender Quote in die Prognose einfließt.



So wird die Gruppe der ab 60 Jährigen zwischen 2009 und 2019 der Prognose nach um 152 Personen zunehmen. Diese starke Zunahme ist dabei vornehmlich auf das Schließen der Generationslücke zurückzuführen, die durch die Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus⁴⁹ und die geburtenschwachen Jahrgängen der Nachkriegszeit entstanden ist.

Voraussichtlich wird es in der ferneren Zukunft (nach 2019) in der Gruppe der Älteren - und aufgrund des demografischen Wandels damit *auch insgesamt* - zu einem schrittweisen Rückgang an LeistungsempfängerInnen der Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten kommen. Für einen Blick in die fernere Zukunft sind die bestimmenden Parameter zu unsicher, als das diese Entwicklungen über Berechnungen valide abgebildet werden könnten.

In den kommenden 10 Jahren ist insgesamt mit einem Anstieg an LeistungsempfängerInnen um 13 Prozent zu rechnen, aufgrund einer mit dem Alter zunehmenden Wahrscheinlichkeit eines steigenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfes ist zudem von einer stärkeren Leistungsanspruchnahme bezogen auf Leistungsumfang/ und -inhalt auszugehen, was sich auch in den Fallkosten niederschlagen wird.

Auch wenn die Anzahl jüngerer LeistungsempfängerInnen aufgrund des demografischen Wandels leicht sinken wird, ist aufgrund der Erfolge in der pränatalen und frühgeburtlichen Medizin davon auszugehen, dass dies ebenfalls Einfluss auf die steigenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfe nehmen wird. So konnte die Überlebensrate von Frühgeborenen mit einem sehr niedrigen Geburtsgewicht stark erhöht werden. Im Laufe der Zeit entwickeln viele dieser Kinder Zerebralparesen, Fehlbildungen an den Organsystemen, Hirnblutungen, Augenerkrankungen

⁴⁹ Nahezu eine gesamte Generation von Menschen mit Behinderungen wurde durch die Verbrechen der Nationalsozialisten ermordet.

oder verminderte kognitive Fähigkeiten,⁵⁰ was sich voraussichtlich auch in Leistungsumfang und/-intensität von potentiellen Leistungsanspruchnahmen niederschlagen wird.

Mit Blick auf die steigende Zahl älterer Menschen mit Behinderung ist zudem der Aspekt einer steigenden Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass in Zukunft mehr Menschen mit Behinderung eine Pflegebedürftigkeit erreichen oder sich ihr Hilfe- und Unterstützungsbedarf mit zunehmendem Alter erhöht. Dies kann auch darauf zurückgeführt werden, dass Menschen mit Behinderung nicht selten auch im Erwachsenenalter im Elternhaus leben. Im Verlauf der Zeit kann sich so auch bei den Eltern selbst, aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters, ein erhöhter Hilfe- und/oder Pflegebedarf ergeben oder sie können versterben, was sich meist unweigerlich auf den Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Menschen mit Behinderung auswirkt.

Dem Normalisierungsprinzip folgend, ist ein Einrichtungswechsel im Falle einer *überwiegenden* Pflegebedürftigkeit - von einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung (ihrem Wohnraum), in eine Pflegeeinrichtung - den aktuellen gesetzlichen Regelungen nach *grundsätzlich* bei Menschen mit Behinderung ebenso als zumutbar anzusehen, wie bei Pflegebedürftigen ohne Behinderung.

Es soll jedoch zu bedenken gegeben werden, dass die Zumutbarkeit eines Umzuges im Falle eines angezeigten Einrichtungswechsels nicht in jedem Falle wird bejaht werden können. Mit Blick auf die wachsende Gruppe älterer Menschen mit Behinderung wird es künftig wahrscheinlich vermehrt Einzelfälle geben, bei denen die Zumutbarkeit eines Einrichtungswechsels zu hinterfragen ist. So können ältere Menschen mit Behinderung, deren Lebensmittelpunkt jahrelang eine Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung war und bei denen sich eine überwiegende Pflegebedürftigkeit eingestellt hat, durch den beschriebenen möglichen Einrichtungswechsel übermäßig stark belastet werden.

Aus Sicht des Fachamtes sollten vor diesem Hintergrund Überlegungen angestellt werden, wie dieser sozialrechtlich bedingte Strukturbruch über intelligente Lösungen - im Sinne der Menschen - vermieden werden kann. Für die beschriebenen Fallkonstellationen, in denen die *Zumutbarkeit* eines Einrichtungswechsels in Frage zu stellen ist, sollte diskutiert werden, ob es mit der kreiseigenen Rathenower Werkstätten GmbH, dem Wohn- und Pflegezentrums Havelland (als Tochter der kreiseigenen Havelland Kliniken Unternehmensgruppe) oder anderen geeigneten Trägern gelingen kann, beide Leistungsbereiche (Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung) zu harmonisieren, beispielsweise indem die Leistungen im Bedarfsfall vollumfänglich in einem „Wohnobjekt“, welches beide Einrichtungstypen (Pflege und Eingliederungshilfe) umfasst, angeboten werden.

Dabei geht es ausdrücklich nicht um die Schaffung einer Sonderwelt in der Gestalt einer „spezialisierten Pflegeabteilung für Menschen mit Behinderung“, in welche betroffene HavelländerInnen im Einzelfall umziehen könnten. Kern der Überlegungen ist gerade die Vermeidung eines Umzuges und die damit häufig im Zusammenhang stehenden Brüche in den Sozialstrukturen dieser Menschen. Dem Konstrukt nach sollen beide Leistungsbereiche (Pflege und Eingliederungshilfe) und damit zwei verschiedene Einrichtungstypen in einem „Wohnobjekt“ vereint werden. Formal gedacht und damit den aktuellen sozialrechtlichen Gegebenheiten Rechnung tragend, würde es sich demnach um zwei verschiedene Einrichtungen handeln, die jedoch nur als ein Wohnobjekt wahrgenommen würden. Diese Wahrnehmung soll dabei auch innerhalb des Wohnobjektes, im Sinne einer durch die BewohnerInnen maximal latent wahrgenommenen Trennung der Leistungsbereiche, gegeben sein. Dabei ist es dem

⁵⁰ Heute überleben aufgrund der Fortschritte in der pränatalen und frühgeburtlichen Medizin etwa 85 Prozent der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm. Jedes vierte Kind mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm entwickelt einen kindlichen Hirnschaden. Viele der Kinder mit einem noch geringeren Geburtsgewicht leiden häufig an Fehlbildungen des Herz-, Lungen- und Bronchialsystems, an Hirnblutungen oder Augenerkrankungen oder zeigen später verminderte kognitive Fähigkeiten, Lern- und Schulschwierigkeiten. → Quelle: <http://www.faz.net/artikel/C31315/medizinischer-fortschritt-diagnose-bedingt-lebensfaehig-30303928.html>

Inklusionsgedanken folgend unbedingt erwünscht, dass dieses Wohnobjekt von pflegebedürftigen Menschen *mit* und *ohne* Behinderung bewohnt wird.

Insofern im Rahmen dieser Planung von einem Wohnobjekt gesprochen wird, trägt dies allein der Absicht der Erprobung Rechnung. Ziel ist eine bedarfsgerechte Durchlässigkeit der Leistungssysteme unter Berücksichtigung der aktuellen Gesetzgebung weitestgehend zu erproben, wobei im Erfolgsfall über eine Ausweitung dieser angedachten Struktur nachzudenken sein wird.

Im Rahmen der Umsetzung wäre dabei vorstellbar, dass ein Träger im Einvernehmen mit dem Landesamt für Soziales und Versorgung, Versorgungsverträge sowohl für den Bereich der Eingliederungshilfe *und* den Bereich der Pflege abschließt und eine Umwidmung von Teilbereichen seiner Einrichtung der Gestalt vornimmt, dass beide Leistungen – Pflege und Eingliederungshilfe - in einem Objekt erbracht werden können.⁵¹ Leichter umsetzbar erscheint eine Kooperation zweier Träger jeweils unterschiedlicher Leistungsbereiche in einem Objekt.

Unabhängig von dieser angedachten Angebotform, sollten Träger der Eingliederungshilfe und Träger der Altenhilfe zunehmend gemeinsam Konzeptionen entwickeln, die alle Facetten der jeweiligen Leistungsspektren - von niedrigschwellig über ambulant und stationär – einbeziehen und im Ergebnis eine flexible und personenzentrierte Kombination der Leistungsangebote erlauben.

In jedem Fall sollten die Träger der Eingliederungshilfe, gleichermaßen aber auch die Träger aus dem Bereich Pflege, ihr Personal auf die sich verändernden Bedarfe über Fort- und Weiterbildungen einstellen und sie befähigen ihre Kompetenzen zielgruppenspezifisch und leistungsbereichübergreifend zu vertiefen.

Angesichts der dargestellten Veränderungen in der Altersstruktur, die einen immer größer werdenden Anteil an älteren Menschen mit Behinderung erkennen lässt, ist zu hinterfragen, wie diese Entwicklung in den Rahmen inklusiver Leitgedanken gesetzt werden kann und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär einzuordnen ist. Es darf angezweifelt werden, dass sich die aktuell bestehenden Strukturen der Eingliederungshilfe einerseits und Pflege andererseits bereits auf den vollziehenden Wandel und die verändernden Bedarfe vollends eingestellt haben bzw. darauf vorbereitet sind.

Insgesamt erscheint es mit Blick auf die dargestellten Entwicklungstrends fragwürdig, ob das ambulant betreute Einzelwohnen gegenüber dem stationären Wohnen in Zukunft an Gewicht gewinnen kann. Insbesondere die Maßgaben der neuen Finanzierungsregelungen des AG-SGB XII dürften vor diesem Hintergrund schwierig zu erreichen sein.⁵²

Potential ist im ambulant betreuten Gruppenwohnen zu erkennen, zumal es mit Blick auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention nicht Ziel sein kann, zahlreiche stationäre Wohnformen für Menschen mit Behinderung zu schaffen.⁵³

⁵¹ Im Land Westfalen-Lippe werden entsprechende Versorgungsverträge im Einvernehmen mit dem Land bereits praktiziert > vgl.: LWL-Behindertenhilfe Westfalen: Arbeitsmaterial, Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter, Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen, März 2011, S. 18

⁵² Es besteht eine per Rechtsverordnung vom Land übertragene *sachliche* Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers für die Eingliederungshilfe. Zum Ausgleich der Kosten, die den örtlichen Sozialhilfeträgern für die Übertragung der sachlichen Zuständigkeit entstehen, erstattet das Land die Gesamtnettoaufwendungen unter Abzug des kommunalen Anteils, der sich aus den Aufwendungen für ambulante Leistungen ergibt. Nach AG SGB XII ist vorgesehen, dass alle Landkreise schrittweise einen kommunalen Anteil von mindestens 15 Prozent erreichen sollen. Hierzu sollen in den Landkreisen mit einem geringeren kommunalen Anteil ab dem Jahr 2012 Zielvereinbarungen mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe geschlossen werden, die eine schrittweise Anhebung des kommunalen Anteils über einen Zeitraum von maximal sechs Jahren ermöglichen. Kommt eine Zielvereinbarung nicht innerhalb von sechs Monaten zustande, kann dies dazu führen, dass der kommunale Anteil auf 15 Prozent festgesetzt wird, auch wenn er darunter liegt. Der kommunale Anteil des Landkreises Havelland liegt aktuell bei 11,7 Prozent.

⁵³ Zu diesem Ergebnis kommt auch die GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP Stadtentwicklung und Mobilität Planung Beratung Forschung GbR Im Rahmen einer ihrer Untersuchungen > vgl.: GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP, Dokumentation der Modellrechnungen und

- **Gesamtausgaben**

Unter Berücksichtigung der aufgezeigten Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen soll nachfolgend die Entwicklung der Gesamtausgaben der „Hilfen zum selbstbestimmten Leben“ in den kommenden Jahren prognostiziert und dargestellt werden. Aufgezeigt wird, wie sich die *Gesamtausgaben* unter Beachtung der nachfolgend aufgeführten Annahmen bis zum Jahr 2019 entwickeln werden. Dabei werden zwei Szenarien erstellt.

Szenario I geht davon aus, dass es - den neuen Finanzierungsregelungen des AG-SGB XII folgend – gelingt, eine schrittweise Verschiebung der Gesamtausgaben hin zu einem stärkeren Gewicht im ambulanten Bereich zu erreichen.

Szenario II geht davon aus, dass es aufgrund der beschriebenen Veränderungen in der Altersstruktur der LeistungsempfängerInnen, aber auch aufgrund des medizinischen Fortschritts⁵⁴ künftig zu einem erhöhten Hilfe- und Unterstützungsbedarf kommt, der sich in steigenden Fallkosten niederschlägt.

Annahmen der Bedarfsprognose sowie Basis des Rechenmodells

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bleiben unverändert.
- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg bis zum Jahr 2019 auf Basis des Jahres 2008 trifft ein.
- Die vorab prognostizierte Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen bis zum Jahr 2019 trifft ein.
- Das Rechenmodell für **Szenario I** basiert auf folgenden Bedingungen:
 - Ausgangsbasis des Rechenmodells bilden die Durchschnittsfallkosten aus den Jahren 2009 und 2010.⁵⁵ Darüber hinaus wird als Ausgangsbasis festgestellt, dass dem IST des Jahres 2010 nach, insgesamt 92 Prozent der Gesamtkosten auf stationäre Leistungen von Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten entfallen,⁵⁶ die dem Szenario nach bis zum Jahr 2019 schrittweise mit einem stärkeren ambulanten Gewicht verschoben werden.
 - Aufbauend auf diesen Fallkosten wird für das Jahr 2019 mit den vorab für 2019 prognostizierten Leistungsempfängerzahlen ein Gesamtkostenvolumina errechnet, das im Nachgang wie folgt modifiziert wird:
 1. Aufgliederung der Kosten in 85 Prozent stationäre Kosten und 15 Prozent ambulante Kosten. (Im Rahmen dieser Aufgliederung wurde eine Reduzierung des stationären Anteils zu Gunsten des ambulanten Anteils vorgenommen. Die Veränderung des stationären Anteils im Vergleich zu 2010 soll den Finanzierungsregelungen im neuen

Analysen zum Masterplan Daseinsvorsorge des Kreises Nordfriesland im Themenfeld Menschen mit Behinderungen, Hamburg, Januar 2011

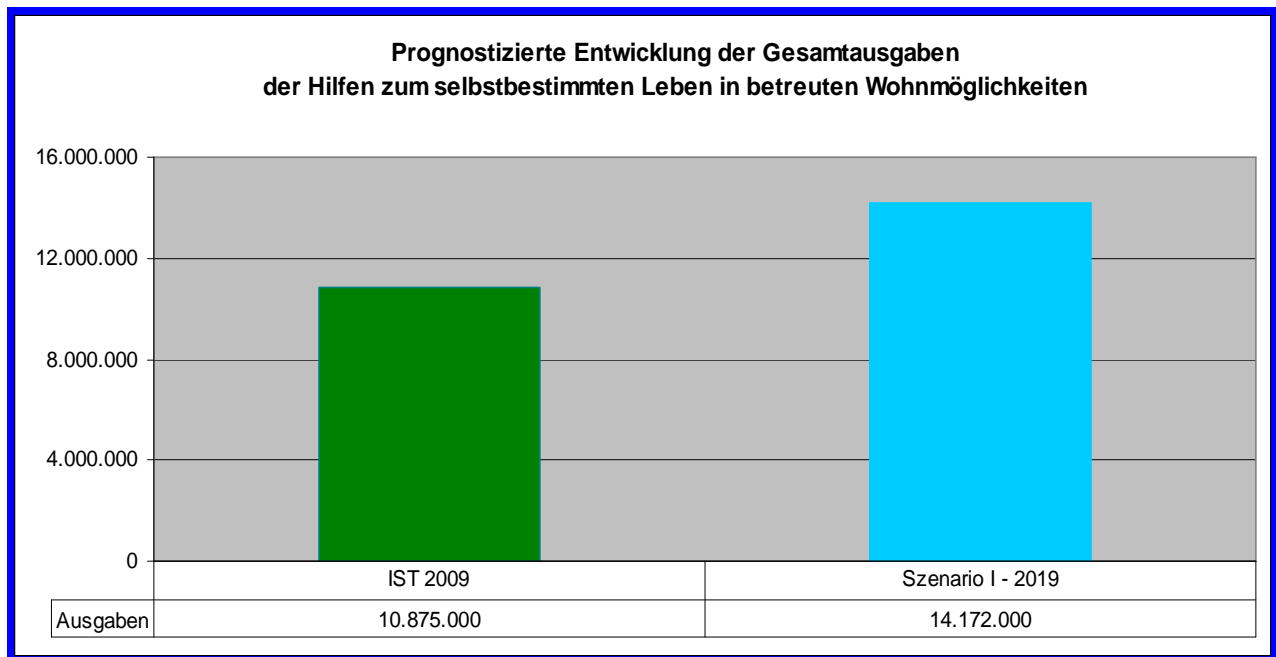
⁵⁴ Der medizinische Fortschritt hat maßgeblich zur Verbesserung der Überlebenschancen von Menschen beigetragen. Nicht selten werden aufbauend auf den medizinischen Erfolgen erhöhte Hilfe- und Unterstützungsleistungen erforderlich (z.B. frühgeborene Kinder mit einem geringen Geburtsgewicht, die nicht selten etwa Zerebralpareesen oder Fehlbildungen der Organsysteme entwickeln). Quelle: <http://www.faz.net/artikel/C31315/medizinischer-fortschritt-diagnose-bedingt-lebensfaehig-30303928.html>

⁵⁵ Durchschnittsfallkosten für 2009: 19.317 EUR; für 2010: 19.795 EUR woraus sich eine Gesamtdurchschnittswert von 19.556 EUR ergibt, der als Rechenbasis genutzt wird.

⁵⁶ Als Hinweis sei hinzugefügt, dass sich die Finanzierungsregelungen nach dem neuen AG-SGB XII, die eine Quote zwischen ambulanten und stationären Ausgaben von 15:85 vorsehen, auf *alle* Ausgaben des örtlichen Sozialhilfeträgers beziehen, die ihm durch Übertragung sachlicher Zuständigkeiten entstanden sind und nicht nur auf den hier betrachteten Bereich der Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten, die allerdings den größten Kostenanteil an den Gesamtausgaben haben, wie eingangs des Plans aufgezeigt.

AG-SGB XII des Land Brandenburg Rechnung tragen, welche eine Verschiebung der Ausgabenverhältnisse zwischen ambulanten und stationären Leistungen zu Gunsten des ambulanten Bereiches avisiert.)⁵⁷

- a. Splittung der *stationären* Ausgaben in 80 Prozent Personal- und 20 Prozent Sachkosten.⁵⁸ mit anschließender *jährlicher* Steigerung
 - der Personalkosten um 1,67 Prozent
 - der Sachkosten um 1,25 Prozent.⁵⁹
 - b. Steigerung der Ausgaben für *ambulante* Leistungen um jährlich 1,46 Prozent.⁶⁰
2. Über die Aufsummierung der ermittelten Werte für ambulante und stationäre Ausgaben ergibt sich der Prognosewert des Jahres 2019.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen, gerundet auf volle Tausend

Szenario I kommt unter Berücksichtigung

- unveränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen,
- der Entwicklungsprognose der Leistungsempfängerzahlen,
- der zunehmenden Stärkung des ambulanten Bereichs⁶¹ und
- einer durchschnittlichen Erhöhung der Kostensätze in den Folgejahren,

zu dem Ergebnis eines Anstiegs der Gesamtausgaben bis zum Jahr 2019. Der Prognose nach werden die Ausgaben zwischen den Jahren 2009 und 2019 um rund 3,3 Mio. Euro (+ 30 Prozent) steigen.

⁵⁷ Im Jahr 2010 lag das Verhältnis den voraussichtlichen IST-Zahlen nach noch bei einem Verhältnis von 92:8 zwischen den Ausgaben des stationären und ambulanten Bereiches.

⁵⁸ Diese Verhältniszahl bildet die durchschnittliche Kostenaufteilung der vergangenen Jahre ab.

⁵⁹ Im stationären Bereich ergab sich mit Blick auf die vergangenen 10 Jahre eine Steigerung der Personalkosten um jährlich durchschnittlich 1,67 Prozent und im Bereich Sachkosten um jährlich durchschnittlich 1,25 Prozent.

⁶⁰ Bei der angenommenen Steigerung erfolgt mit Blick auf die Vergleichshistorie der Erhöhung der Kostensätze für den teil-/stationären Bereich, eine Anlehnung an die durchschnittliche Gesamtkostensteigerung der vergangenen 10 Jahre, um jährlich durchschnittlich 1,46 Prozent.

⁶¹ im Rahmen der Kompensation stationärer Kapazitäten

Dabei ist zu beachten, dass der örtlichen Sozialhilfeträger den aktuellen Finanzierungsregularien des AG-SGB XII nach, grundsätzlich nur die ambulanten Nettoaufwendungen (kommunaler Anteil) zu tragen hätte. Dieser „Kreisanteil“ soll den Regelungen nach in den Folgejahren (quasi unabhängig von der ambulanten Quote) in allen Landkreisen 15 Prozent erreichen bzw. in letzter Konsequenz darauf festgesetzt werden. **Insofern würden sich die für die Landkreisverwaltung unmittelbaren Ausgaben („15%-Regelung“) im dargestellten Szenario auf 2,1 Mio. EUR belaufen.**⁶²

⁶² Hierbei ist zu beachten, dass dies nur als ungefährender Wert herangezogen werden kann, da der kommunale Anteil letztlich an den Gesamtnettoaufwendungen aller Eingliederungshilfeleistungen gemessen wird und nicht an einzelnen Leistungskomplexen, die aber wiederum mit entsprechender Gewichtung in die Gesamtbetrachtung einfließen.

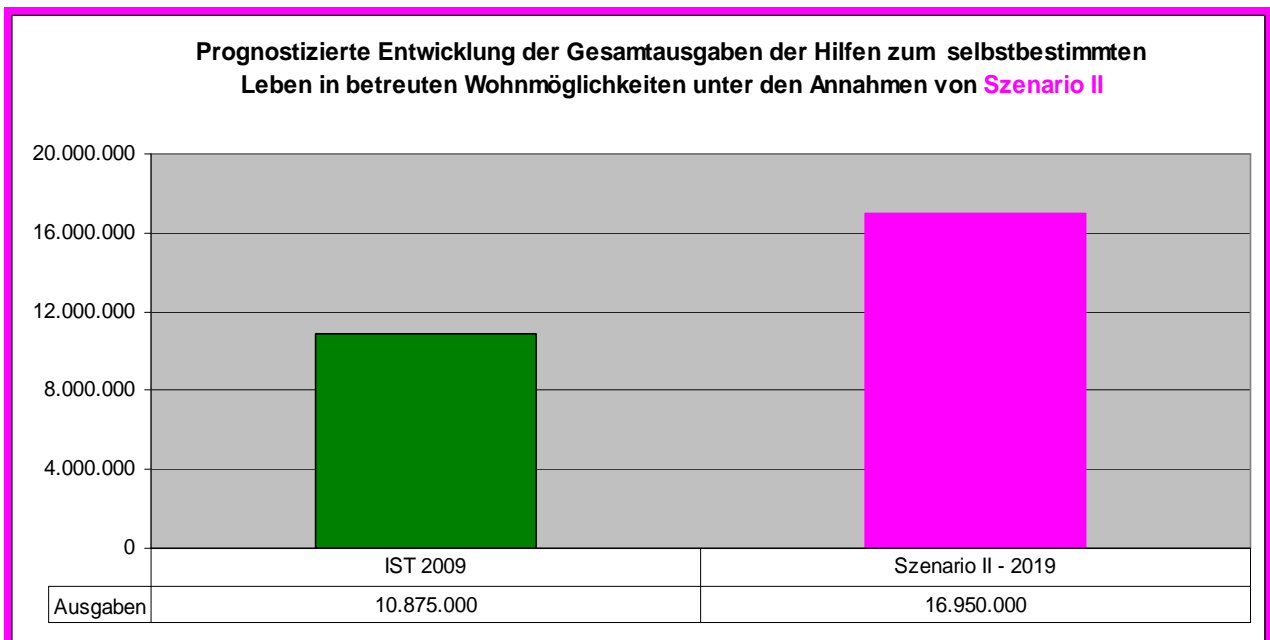
Berechnungsgrundlage der Ausgabenprognose bis 2019 nach Szenario I

Produkt aus Fallkosten (Durchschnittsfallkosten der Jahre 2009 bis 2010) und hochgerechneten Fälle für 2019	12.320.280
85 Prozent der Gesamtkosten entfallen auf stationäre Leistungen	10.472.238
80 Prozent davon fallen für Personalkosten an	8.377.790
20 Prozent davon fallen für Sachkosten an	2.094.448
Steigerung PK um <i>jährlich</i> durchschnittlich 1,67%	
Wert 2011	8.517.699
Wert 2012	8.659.945
Wert 2013	8.804.566
Wert 2014	8.951.602
Wert 2015	9.101.094
Wert 2016	9.253.082
Wert 2017	9.407.609
Wert 2018	9.564.716
Wert 2019	9.724.447
Steigerung SK um <i>jährlich</i> durchschnittlich 1,25%	
Wert 2011	2.120.628
Wert 2012	2.147.136
Wert 2013	2.173.975
Wert 2014	2.201.150
Wert 2015	2.228.664
Wert 2016	2.256.523
Wert 2017	2.284.729
Wert 2018	2.313.288
Wert 2019	2.342.204
Prognose 2019 für stationäre Leistungen	12.066.651

15 Prozent der Gesamtkosten entfallen auf ambulante Leistungen	1.848.042
Steigerung <i>jährlich</i> durchschnittlich 1,46%	
Wert 2011	1.875.023
Wert 2012	1.902.399
Wert 2013	1.930.174
Wert 2014	1.958.354
Wert 2015	1.986.946
Wert 2016	2.015.956
Wert 2017	2.045.389
Wert 2018	2.075.251
Prognose 2019 für ambulante Leistungen	2.105.550
Gesamtprognose für 2019	14.172.201

Das Rechenmodell für **Szenario II** basiert auf folgenden Bedingungen:

- Ausgangsbasis des Rechenmodells bilden erneut die Durchschnittsfallkosten aus den Jahren 2009 bis 2010.⁶³ Um den Veränderungen in der Altersstruktur und dem vermeintlich steigenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf Rechnung zu tragen, wird dieser Durchschnittswert ab dem Jahr 2011 einer fiktive Steigerung um jährlich 2 Prozent bis zum Jahr 2019 unterzogen.
- Das Szenario II geht weiter davon aus, dass das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Ausgaben der Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohneinheiten, auf dem Niveau des Jahres 2010 von 92:8 (stationär zu ambulant) gehalten werden kann.
- Aufbauend auf den hochgerechneten Fallkosten wird für das Jahr 2019 mit den vorab für 2019 prognostizierten Leistungsempfängerzahlen ein Gesamtkostenvolumina errechnet, das im Nachgang wie folgt modifiziert wird:
 1. Aufgliederung der Kosten in 92 Prozent stationäre Kosten und 8 Prozent ambulante Kosten.
 - a. Spaltung der *stationären* Ausgaben in 80 Prozent Personal- und 20 Prozent Sachkosten.⁶⁴ mit anschließender *jährlicher* Steigerung
 - der Personalkosten um 1,67 Prozent
 - der Sachkosten um 1,25 Prozent.⁶⁵
 - b. Steigerung der Ausgaben für *ambulante* Leistungen um jährlich 1,46 Prozent.⁶⁶
 2. Über die Aufsummierung der ermittelten Werte für ambulante und stationäre Ausgaben ergibt sich der Prognosewert des Jahres 2019.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen, gerundet auf volle Tausend

⁶³ Durchschnittsfallkosten für 2009: 19.317 EUR; für 2010: 19.795 EUR woraus sich eine Gesamtdurchschnittswert von 19.556 EUR ergibt, der als Rechenbasis genutzt wird.

⁶⁴ Diese Verhältniszahl bildet die durchschnittliche Kostenaufteilung der vergangenen Jahre ab.

⁶⁵ Im stationären Bereich ergab sich mit Blick auf die vergangenen 10 Jahre eine Steigerung der Personalkosten um jährlich durchschnittlich 1,67 Prozent und im Bereich Sachkosten um jährlich durchschnittlich 1,25 Prozent.

⁶⁶ Bei der angenommenen Steigerung erfolgt mit Blick auf die Vergleichshistorie der Erhöhung der Kostensätze für den teil-/stationären Bereich, eine Anlehnung an die durchschnittliche Gesamtkostensteigerung der vergangenen 10 Jahre, um jährlich durchschnittlich 1,46 Prozent.

Szenario II kommt unter Berücksichtigung

- unveränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen,
- der Entwicklungsprognose der Leistungsempfängerzahlen,
- eines unveränderten Verhältnisses zwischen der ambulanten und stationären Leistungsinanspruchnahme,
- eines steigenden Leistungsumfangs/- inhalts
- und einer durchschnittlichen Erhöhung der Kostensätze in den Folgejahren,

zu dem Ergebnis eines starken Anstiegs der Gesamtausgaben bis zum Jahr 2019. Der Prognose nach werden die Ausgaben zwischen den Jahren 2009 und 2019 um rund 6,1 Mio. Euro (+ 56 Prozent) steigen.

Dabei ist zu beachten, dass der örtlichen Sozialhilfeträger den aktuellen Finanzierungsregularien des AG-SGB XII nach, grundsätzlich nur die ambulanten Nettoaufwendungen (kommunaler Anteil) zu tragen hätte. Dieser „Kreisanteil“ soll den Regelungen nach in den Folgejahren (quasi unabhängig von der ambulanten Quote) in allen Landkreisen 15 Prozent erreichen bzw. in letzter Konsequenz darauf festgesetzt werden. **Insofern würden sich die für die Landkreisverwaltung unmittelbaren Ausgaben („15%-Regelung“) im dargestellten Szenario auf 2,5 Mio. EUR belaufen.**⁶⁷

⁶⁷ Hierbei ist zu beachten, dass dies nur als ungefährender Wert herangezogen werden kann, da der kommunale Anteil letztlich an den Gesamtnettoaufwendungen aller Eingliederungshilfeleistungen gemessen wird und nicht an einzelnen Leistungskomplexen, die aber wiederum mit entsprechender Gewichtung in die Gesamtbetrachtung einfließen.

Berechnungsgrundlage der Ausgabenprognose bis 2019 nach Szenario II

Produkt aus Fallkosten und prognostizierten Fällen	
(hochgerechneten Fälle für 2019; Fallkosten wurden auf Basis der durchschnittlichen Fallkosten der Jahre 2009bis 2010 hochgerechnet mit einem jährlichen Steigerungsfaktor + 2%)	14.723.730
92 Prozent der Gesamtkosten entfallen auf stationäre Leistungen	13.545.832
80 Prozent davon fallen für Personalkosten an	10.836.665
20 Prozent davon fallen für Sachkosten an	2.709.166
Steigerung PK um <i>jährlich</i> durchschnittlich 1,67%	
Wert 2011	11.017.638
Wert 2012	11.201.632
Wert 2013	11.388.699
Wert 2014	11.578.891
Wert 2015	11.772.258
Wert 2016	11.968.855
Wert 2017	12.168.735
Wert 2018	12.371.953
Wert 2019	12.578.564
Steigerung SK um jährlich durchschnittlich 1,25%	
Wert 2011	2.743.031
Wert 2012	2.777.319
Wert 2013	2.812.035
Wert 2014	2.847.186
Wert 2015	2.882.776
Wert 2016	2.918.810
Wert 2017	2.955.295
Wert 2018	2.992.237
Wert 2019	3.029.640
Prognose 2019 für stationäre Leistungen	15.608.204

8 Prozent der Gesamtkosten entfallen auf ambulante Leistungen	1.177.898
Steigerung <i>jährlich</i> durchschnittlich 1,46%	
Wert 2011	1.195.096
Wert 2012	1.212.544
Wert 2013	1.230.247
Wert 2014	1.248.209
Wert 2015	1.266.433
Wert 2016	1.284.923
Wert 2017	1.303.683
Wert 2018	1.322.716
Prognose 2019 für ambulante Leistungen	1.342.028
Gesamtprognose für 2019	16.950.232

Handlungsempfehlungen für „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“

- Die aktuelle Angebotslandschaft *im* Landkreis Havelland im Bereich der „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ ist fast ausnahmslos durch hohe Auslastungsquoten in Wohneinrichtungen und –gemeinschaften geprägt, wobei etwa 30 Prozent auf Fremdbelegungen *durch* andere Landkreise zurückgehen. Gut 40 Prozent des Leistungsumfangs des örtlichen Sozialhilfeträgers im Landkreis Havelland werden aus den vorab aufgezeigten Gründen (Historie, Angebotsspezifika, familiäre Situation) außerhalb des Landkreises in Anspruch genommen und lassen einen ungesättigten Bedarf *vermuten*. Wie die Ausführungen darlegen, ist aktuell jedoch allenfalls eine Häufung von Jugendlichen mit geistiger Behinderung und Verhaltensproblemen sowie jungen Erwachsenen mit Persönlichkeitsstörungen zu erkennen, für die es zuweilen schwieriger wird, passende Leistungen anzubieten. Ziel sollte es diesbezüglich sein, die avisierte trägerübergreifende *Eingliederungskonferenz* zu installieren und das Verfahren zu erproben, über welches alle ansässigen Träger in Gemeinschaft und unter Koordinierung und Steuerung durch den Landkreis Havelland, ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot entwickeln. So kann es gelingen tendenzielle Bedarfslücken individuell und flexibel zu schließen.⁶⁸
- Auch aus diesem Grund strebt die Fachverwaltung für die Zukunft eine noch engere Abstimmung zwischen dem Jugend- und Sozialhilfeträger im Rahmen einer ämterübergreifenden, gemeinsamen Hilfeplanung an. Im Fokus sollen hier zunächst Fälle stehen, bei denen im zeitlichen Verlauf ein Übergang aus dem Rechtskreis des SGB VIII in den Rechtskreis des SGB XII zu erwarten ist. Zu denken ist hier an Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung, welche Eingliederungshilfeleistungen zunächst über das SGB VIII erhalten, mit dem Übergang ins Erwachsenenalter dann jedoch in den Leistungsrahmen des SGB XII fallen. In diesen Fällen soll die Hilfeplanung künftig rechtzeitig, beginnend um den 16. Geburtstag des Jugendlichen, ämterübergreifend erarbeitet werden.

Darüber hinaus soll im Rahmen einer gemeinsamen Hilfeplanung des Jugend- und Sozialhilfeträgers auch die besondere Situation von Familien berücksichtigt werden. Zu denken ist hier zum Beispiel an psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Diese, aber auch andere familiäre Gegebenheiten erfordern eine strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit beider Leistungsträger.

- Auch mit Blick auf die Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen kann es nicht Ziel sein, eine grundlegende und massive Ausweitung von „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ zu erwirken. Vielmehr sollten die bestehenden Angebote so weiterentwickelt werden, dass sie getragen von inklusiven Leitgedanken mehr Flexibilität ermöglichen, um im Ergebnis auch Vielfalt und Individualität zuzulassen. Hierbei müssen mit Blick auf die sich vollziehende Veränderung in der Altersstruktur von Menschen mit Behinderung zwingend auch die besonderen Bedarfe älterer Menschen mit Behinderung Berücksichtigung finden.

Im Sinne des inklusiven Leitgedankens, welcher Selbstbestimmung, Würde und Teilhabe als Anspruch formuliert, muss dabei auch geprüft werden, inwieweit individualisierte „ambulante Wohnformen“ (Wohngemeinschaften und betreute Einzelwohnformen), „stationäre Wohngelegenheiten“ (Wohneinrichtungen) partiell kompensieren können.

⁶⁸ Nähere Ausführungen zur trägerübergreifenden Eingliederungskonferenz sind dem Psychiatrieplan des Landkreises Havelland zu entnehmen.

Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund der Umsetzung des neuen AG SGB XII des Landes Brandenburg. Potenziale sind insbesondere im betreuten Gruppenwohnen zu erkennen. Gemeindenahe, quartiersbezogene Wohnformen sowie kleine stationäre Settings sind grundsätzlich zu bevorzugen.⁶⁹

- Eine qualitative Anpassung der Angebotsstruktur im Bereich der „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ erfordert die Bereitschaft aller Träger (im offenen Dialog mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfeträger) sich auf Veränderungsprozesse einzulassen.

Im Strategiepapier des Landkreises Havelland wird die Vision formuliert: „Der Landkreis engagiert sich weiterhin unternehmerisch zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge“. Zum Erreichen der Vision wiederum wird als Zielstellung ausgegeben, die Organisationsstrukturen in den kreiseigenen und kreisbeteiligten Unternehmen als wichtige Säule für den Erfolg der wirtschaftlichen Betätigung des Landkreises effektiv zu gestalten.

Aus Sicht des Fachamtes sollten mit Blick auf die Verschiebungen in der Altersstruktur der Gruppe von Menschen mit Behinderung und der voraussichtlich steigenden Pflegbedürftigkeit, Überlegungen angestellt werden, welche Lösung Menschen mit Behinderung angeboten werden kann, bei denen sich eine überwiegende Pflegebedürftigkeit einstellt, denen im zunehmendem Einzelfall aber gleichermaßen kein Einrichtungswechsel in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung zugemutet werden kann.

Für die beschriebenen Fallkonstellationen⁷⁰, sollte diskutiert werden, ob es mit der kreiseigenen Rathenower Werkstätten GmbH, dem Wohn- und Pflegezentrums Havelland (als Tochter der kreiseigenen Havelland Kliniken Unternehmensgruppe) oder anderen geeigneten Trägern gelingen kann, beide Leistungsbereiche (Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung) zu harmonisieren, beispielsweise indem die Leistungen im Bedarfsfall vollumfänglich in einem Wohnobjekt, welches beide Einrichtungstypen (Pflege und Eingliederungshilfe) umfasst, angeboten werden.

Denkbar wäre es in diesem Zusammenhang, dass ein Träger im Einvernehmen mit dem Landesamt für Soziales und Versorgung, Versorgungsverträge sowohl für den Bereich der Eingliederungshilfe sowie den Bereich der Pflege abschließt und eine Umwidmung von Teilbereichen seiner Einrichtung der Gestalt vornimmt, dass beide Leistungen – Pflege und Eingliederungshilfe - in einem Objekt erbracht werden können. Vorstellbar wäre insbesondere aber auch eine Kooperation zweier Träger jeweils unterschiedlicher Leistungsbereiche in einem Wohnobjekt. Ausdrücklich soll es dabei nicht um die Schaffung einer Sonderwelt in der Gestalt einer „spezialisierten Pflegeabteilung für Menschen mit Behinderung“ gehen, in welche betroffene HavelländerInnen im Einzelfall umziehen könnten. Kern der Überlegungen ist gerade die Vermeidung eines Umzuges und die damit häufig im Zusammenhang stehenden Brüche in den Sozialstrukturen dieser Menschen. Dem Konstrukt nach sollen beide Leistungsbereiche (Pflege und Eingliederungshilfe) und damit zwei verschiedene Einrichtungstypen in einem „Wohnobjekt“ vereint werden. Formal gedacht und damit den aktuellen sozialrechtlichen Gegebenheiten Rechnung tragend, würde es sich demnach um zwei verschiedene Einrichtungen handeln, die jedoch nur als ein Wohnobjekt wahrgenommen würden. Diese Wahrnehmung soll dabei auch innerhalb des Wohnobjektes, im Sinne einer durch die BewohnerInnen maximal latent wahrgenommenen Trennung der Leistungsbereiche, gegeben sein.

⁶⁹ Vgl.: LWL-Behindertenhilfe Westfalen: Arbeitsmaterial, Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter, Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen, März 2011, S. 67

⁷⁰ Über diese Fälle hinaus sollte grundsätzlich die Orientierung am Normalisierungsprinzip die Maßgabe sein.

Dabei ist es dem Inklusionsgedanken folgend unbedingt erwünscht, dass dieses Wohnobjekt von pflegebedürftigen Menschen mit und ohne Behinderung bewohnt wird.

Unabhängig davon sollten Träger der Eingliederungshilfe und Träger der Altenhilfe zunehmend gemeinsam Konzeptionen entwickeln, die alle Facetten der jeweiligen Leistungsspektren - von niedrigschwellig über ambulant und stationär – einbeziehen und im Ergebnis eine flexible und personenzentrierte Kombination der Leistungsangebote erlauben.

Trägern der Eingliederungshilfe, aber auch aus dem Bereich Pflege ist zu empfehlen, ihr Personal auf die sich verändernden Bedarfe über Fort- und Weiterbildungen einzustellen und sie zu befähigen ihre Kompetenzen zielgruppenspezifisch und leistungsbereichübergreifend zu vertiefen.

- Im Rahmen der vom MASF für das Jahr 2011 angezeigten Überprüfung der Zusammensetzung der Platzkapazitäten in der Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderungen in Hohennauen, plädiert die Fachverwaltung für den Erhalt der 6 Plätze für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, wobei der Schwerpunkt bei *jugendlichen* Kindern mit Behinderung bis zum Erwachsenenalter liegen sollte. Eine komplette Umwidmung in eine Kindereinrichtung erscheint vor dem Hintergrund der Belegungshistorie ebenso ungeeignet, wie eine ausschließliche Nutzung der Platzkapazitäten durch erwachsene Menschen mit Behinderung. Die vereinbarte Durchlässigkeit, nach welcher eine im Bedarfsfall flexible Nutzung der Platzkapazitäten auch für erwachsene Menschen mit Behinderung möglich ist, sollte gewahrt bleiben.
- Die „Ambulante Wohnschule“ des LAB e.V. ist ein Bildungsangebot für Menschen mit Lernbehinderung oder geistiger Behinderung zur Vorbereitung auf ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben. Unter anderem über das Training von Alltagssituationen wird den Teilnehmern über die Wohnschule eine Plattform geboten, auf der sie Kompetenzen entwickeln, ihre Persönlichkeit entfalten und zu mehr Selbstständigkeit gelangen können. Ziel ist es die Teilnehmer zum eigenständigen Wohnen zu befähigen. Handlungskonzepte, wie die „Ambulante Wohnschule“ des LAB e.V. in Rathenow sollten nach Abschluss des Projektzeitraums evaluiert und im Erfolgsfall auf Basis der Erkenntnisse weiterentwickelt werden.
- Neben den benannten Ansätzen zur Entwicklung des Leistungsangebotes, sind mit Blick auf die stärkere Unterstützung betreuten Einzelwohnens, auch verstärkte Anstrengungen zur Schaffung barrierefreier baulicher Gegebenheiten auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt sowie bezogen auf das Wohnumfeld unverzichtbar.⁷¹ Diese Notwendigkeit ergibt sich zudem auch aus der Umsetzung der inklusiven Leitgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention.

⁷¹ So kommen der „Altenhilfeplan“ des Landkreises Havelland aus dem Jahr 2010 sowie eine aktuelle vom Pestel-Institut durchgeführte Regional-Untersuchung zur „Wohnsituation im Alter“ zu dem Ergebnis, dass im Landkreis Havelland bereits jetzt und bis zum Jahr 2025 in erheblichem Maße barrierearmer/-freier Wohnraum fehlt bzw. fehlen wird. Im Rahmen dieser Analysen flossen vornehmlich die Bedarfslagen älterer Menschen ein. Bedarfslagen anderer Zielgruppen, wie etwa von Menschen mit Behinderung aller Altersgruppen oder junger Familien, wurden hierbei nicht gesondert berücksichtigt. Dies zeigt jedoch, dass der Gesamtbedarf an barrierearmen/-freien Wohnmöglichkeiten ungleich höher sein wird, als die ermittelten Werte es ausweisen. Der Regional-Untersuchung zur „Wohnsituation im Alter“ (Kampagne „Impulse für den Wohnungsbau“) nach, fehlen im Landkreis Havelland im Jahr 2025 allein 4.030 barrierearme/-freie Wohnungen, die allein für ältere Bürger benötigt würden.

4.1.2 Heilpädagogische Leistungen für Kinder

Wie bereits aufgezeigt, bestimmen neben den „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ auch „heilpädagogische Leistungen für Kinder“ die Inanspruchnahmequote, aber auch das Ausgabenvolumen innerhalb des Leistungskomplexes „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“.

Heilpädagogische Leistungen für Kinder, als Leistungen der Eingliederungshilfe,⁷² werden im Rahmen der Frühförderung erbracht. Frühförderung als ein System verschiedener Hilfen, umfasst dem Grunde nach pädagogische und therapeutische Maßnahmen für nicht schulpflichtige Kinder. Während für die therapeutischen Maßnahmen die Krankenkassen zuständig sind, werden die heilpädagogischen Leistungen innerhalb des Systems „Frühförderung“ im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht. Im Landkreis Havelland, wie im gesamten Land Brandenburg erfolgt die Erbringung und Vergütung von heilpädagogischen Leistungen sowie Leistungen der medizinischen Rehabilitation bisher nicht im Komplex, gleichwohl dies angestrebt wird.⁷³

Im Rahmen des Abschlusses der Rahmenvereinbarung im Land Brandenburg zur Umsetzung der Frühförderverordnung, welcher der Landkreis Havelland beigetreten ist, wurde mit den Krankenkassenverbänden bereits eine Einigung

- zur Errichtung von Interdisziplinären Frühförderstellen,
- zur Gewährung von Komplexleistungen sowie
- eine Regelung zur grundsätzlichen Kostenteilung zwischen den Krankenkassen und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe

herbeigeführt. Über die konkrete Vergütung konnte bisher noch keine Einigung erzielt werden. Eine abschließende Einigung wird für 2012 angestrebt.

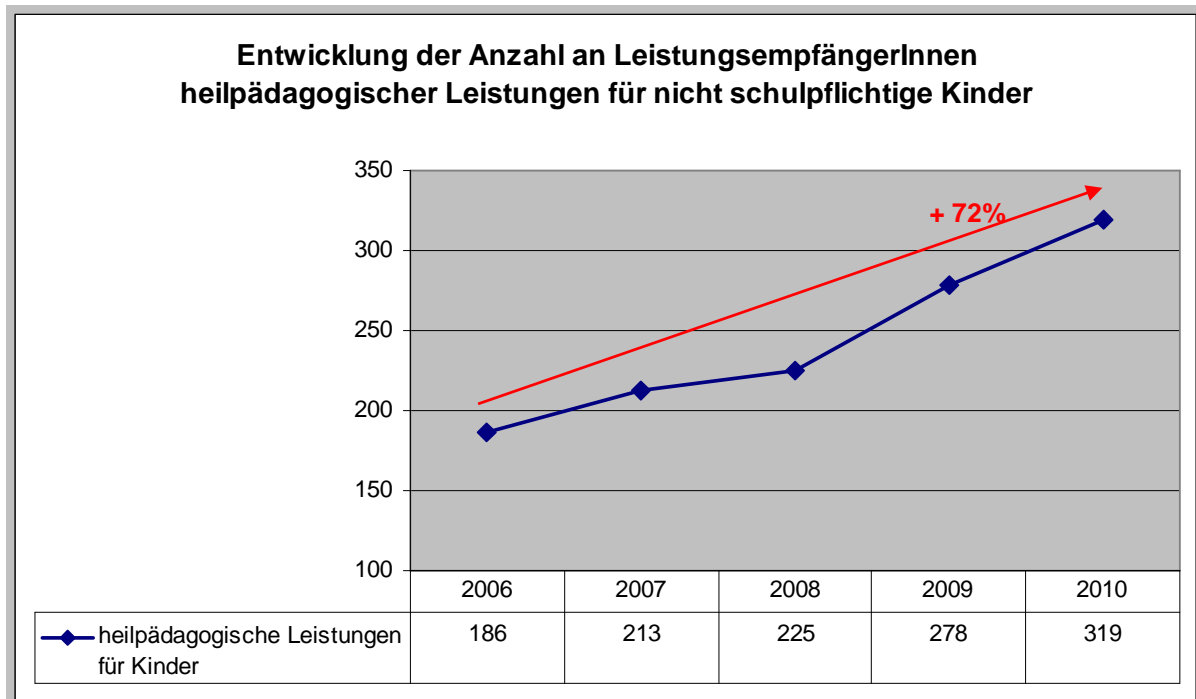
Der eingetragene Verein Lebenshilfe Havelland, welcher als einziger Träger im Landkreis im Bereich Frühförderung aktiv ist, hat die Anerkennung als Interdisziplinäre Frühförderstelle bereits erwirkt. Nach Abschluss der avisierten Vereinbarung profitieren die betroffenen nicht schulpflichtigen Kinder von Leistungen, die dann im Bedarfsfall im Komplex und an einem zentralen Ort in der Interdisziplinären Frühförderstelle in Anspruch genommen werden können.

Neben den heilpädagogischen Leistungen, die vom Träger Lebenshilfe Havelland e.V. im Landkreis erbracht werden, werden *sinnesspezifische* Frühförderleistungen von havelländischen Kindern *vornehmlich* auch im Oberlinhaus Potsdam mit dem Schwerpunkt „Hören“ sowie in der Frühförderstelle des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerkes in Potsdam mit dem Schwerpunkt „Sehen“ in Anspruch genommen. Darüber hinaus werden vereinzelt auch weitere *spezifische* Leistungsangebote außerhalb des Landkreises Havelland genutzt.

⁷² Heilpädagogische Leistungen zielen u.a. darauf ab Ressourcen des Kindes zu erweitern, das Selbsterleben und die Integration des Kindes in die Lebenswelt zu fördern. Dabei können zum Beispiel zum Einsatz kommen: kreative gestalterische Methoden, Spieltherapie, kooperative Zusammenarbeit mit LehrerInnen. Darüber hinaus ist auch die Elternarbeit Teil heilpädagogischer Leistungen. Die Abgrenzung zur Elternarbeit aus dem Bereich der Jugendhilfe, erfolgt darüber, dass die Elternarbeit im Rahmen der heilpädagogischen Leistungen der Eingliederungshilfe sich im Wesentlichen auf Informationsaustausch, Unterstützung und Beratung in der Förderung des Kindes beziehen. Vgl.: Müller, J.: Elternarbeit in der Frühförderung, Berlin, 2010, S. 8 und 14

⁷³ Aktuell werden im Bedarfsfall beide Leistungskomplexe nebeneinander erbracht.

Die Diagnostik im Bereich Frühförderung wird im Landkreis Havelland für das Gebiet *Heilpädagogik* vom Leistungserbringer Lebenshilfe Havelland e.V. und für den *medizinisch-therapeutischen* Teil vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises erbracht. Dieser wird nach Selbstmeldung der Eltern, Veranlassung der Frühförderstelle der Lebenshilfe e.V., von den Ärzten der Havelland-Kliniken (die Untersuchungen von Kindern im Kita-Alter für den Landkreis erbringen) und insbesondere von den niedergelassenen Kinderärzten im Landkreis tätig.



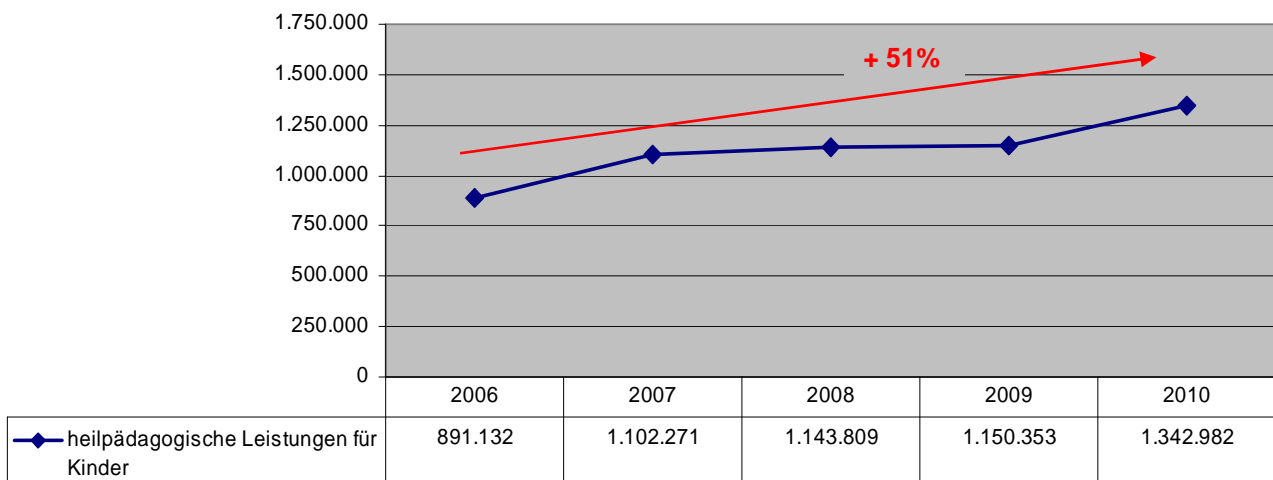
Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des örtlichen Sozialhilfeträgers des Landkreises Havelland⁷⁴

Die Gruppe der EmpfängerInnen heilpädagogischer Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe vergrößert sich seit Jahren. So stieg die Anzahl an EmpfängerInnen in den vergangenen 5 Jahren um insgesamt 72 Prozent, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Ausgaben, die im gleichen Zeitraum um 51 Prozent stiegen.

Erklärungsansätze für die insbesondere seit dem Jahr 2008 zu verzeichnende besondere Dynamik im Anstieg der Empfängerzahlen werden im Verlauf der nachfolgenden und aufeinander aufbauenden Ausführungen gegeben.

⁷⁴ Abgebildet sind durchschnittliche Fallbearbeitungszahlen. Die tatsächlichen Leistungsempfängerzahlen sind höher, liegen jedoch bisher nur für einen deutlich kleineren Vergleichszeitraum vor.

Entwicklung der Bruttoausgaben heilpädagogischer Leistungen für nicht schulpflichtige Kinder



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg⁷⁵

Die steigenden Empfängerzahlen sind nicht mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung im Landkreis zu erklären. So sind die Einwohnerzahlen in der Altersgruppe 0 bis 6 Jahre⁷⁶ zwischen den Jahren 2006 und 2010 um insgesamt 2,2 Prozentpunkte *gesunken*.

Im Zusammenhang mit den steigenden Empfängerzahlen im Bereich Frühförderung ist anzuführen, dass diese mutmaßlich auch den sonderpädagogischen Förderbedarfen von Schülern/Schülerinnen der Art entspringen, dass die seit Jahren steigenden Förderbedarfe im Schulbereich letztlich auch zu einer *Forcierung des Ansatzes frühzeitiger Hilfen* führten und in diesem Rahmen zu steigenden Empfängerzahlen im Bereich der Frühförderung beitrugen bzw. beitragen.

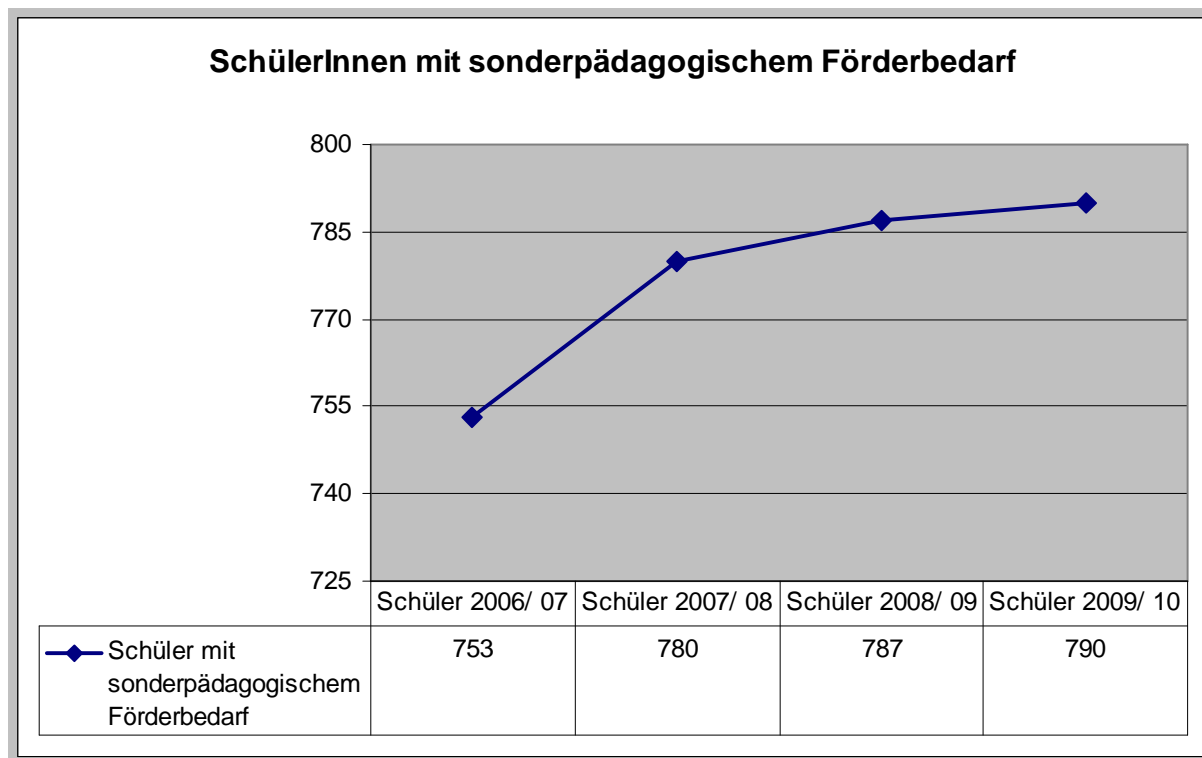
Zumindest ist ein gewisser, zwischen beiden „Vergleichsgruppen“⁷⁷ bestehender Sachzusammenhang nicht von der Hand zu weisen. So bleibt ein im Vorschulbereich erkannter heilpädagogischer Frühförderbedarf nicht selten über den Schuleintritt hinaus bestehen und wird grundsätzlich über Förderschulen oder Regelschulen mit sonderpädagogischen Angeboten aufgefangen bzw. gedeckt.

Es verwundert mit Blick auf die Entwicklung der Anzahl von EmpfängerInnen heilpädagogischer Leistungen der Eingliederungshilfe daher nicht, dass auch die Anzahl an schulpflichtigen Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf seit Jahren steigend ist.

⁷⁵ Statistik über die Ausgaben der Sozialhilfe nach dem SGB XII in den jeweiligen Berichtsjahren

⁷⁶ Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

⁷⁷ Die Vergleichsgruppen sind: EmpfängerInnen von heilpädagogischen Leistungen (nicht schulpflichtige Kinder) sowie die EmpfängerInnen von sonderpädagogischen Leistungen in Schulen.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg

Gleichwohl sind die *Steigerungen* - bezogen auf die Dynamik der Zuwächse - maßvoller als im vorschulischen Bereich. Die Einführung von FLEX-Klassen⁷⁸ dürfte hierauf überwiegend keine Auswirkungen haben, da von den 27 Grundschulen im Landkreis Havelland lediglich drei Grundschulen die Genehmigung zum Einrichten von FLEX-Klassen haben.⁷⁹

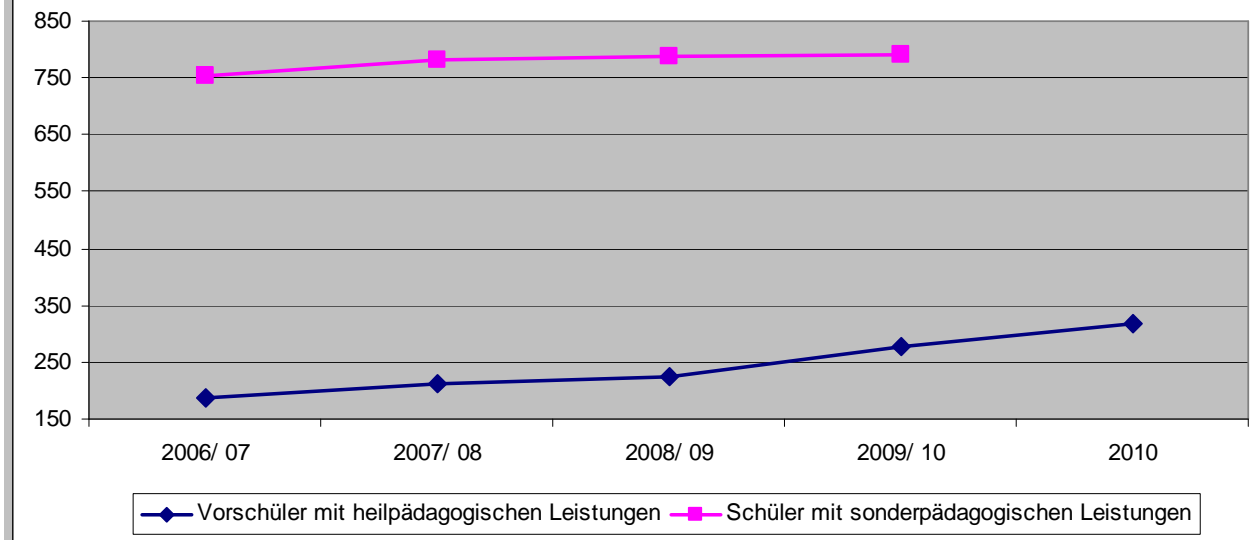
Das höhere Ausgangsniveau des sonderpädagogischen Förderbedarfs ist darauf zurückzuführen, dass nicht alle sonderpädagogischen Förderbedarfe bei Schülern/Schülerinnen aus vormals erkannten heilpädagogischen Förderbedarfen hervorgehen. Die Maßstäbe im Rahmen der Feststellungsverfahren sind inhaltlich, aber auch rein quantitativ nicht identisch.⁸⁰ Insofern kann auch bei anderen Personengruppen, für die kein heilpädagogischer Förderbedarf bestand, mit Schuleintritt ein sonderpädagogischer Förderbedarf bestehen. Sonderpädagogische Förderbedarfe können so auch aus anderen Bedarfslagen hervorgehen, z. B. dem medizinisch-therapeutischen Leistungsbereich der Frühförderung oder dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe bzw. erstmals erkannt werden.

⁷⁸ In FLEX-Klassen müssen sonderpädagogische Förderbedarfe bis auf wenige Ausnahmen erst nach Ablauf der flexiblen Eingangsphase festgestellt werden.

⁷⁹ Eine gesonderte Darstellung eines möglichen Effektes gelingt mit dem vorliegenden Datenmaterial zudem nicht.

⁸⁰ Die Feststellungsverfahren eines sonderpädagogischen Förderbedarfs werden *grundsätzlich* über die Schuleingangsuntersuchungen angestoßen, welche den gesetzlichen Regelungen nach allumfassend sind. Neben den grundsätzlichen Feststellungsverfahren im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen gibt es weitere Möglichkeiten sonderpädagogische Bedarfe festzustellen.

Entwicklung heilpädagogischer/ sonderpädagogischer Förderbedarfe im Landkreis Havelland



Quelle: eigene Darstellung; Datenquelle Vorschulbereich: örtlicher Sozialhilfeträger Landkreis Havelland/ Datenquelle schulischer Bereich: Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg⁸¹

Insgesamt ist eine Annäherung der Anzahl von nicht schulpflichtigen Kindern mit heilpädagogischem Förderbedarf, an die Anzahl von Schulkindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf für die Zukunft nicht nur zu erwarten, sondern bereits festzustellen. Ein Abflauen der aufgezeigten Entwicklung im Bereich des heilpädagogischen Frühförderbedarfs ist unwahrscheinlich, wobei weitere Faktoren den gegenwärtigen Entwicklungstrend begünstigen und die rückläufige Bevölkerungsentwicklung in der jüngeren Bevölkerungsgruppe erwartungsgemäß nur wenig mildernd darauf einwirken wird.⁸²

Neben den getätigten Annahmen können die steigenden Fallzahlen im Bereich der Frühförderung auch auf ganz konkrete Veränderungen (Strukturveränderungen, aber auch neue gesetzliche Bestimmungen) zurückgeführt werden, die in ihrer Gesamtheit vornehmlich zu einer quantitativen Ausweitung der kinderärztlichen Untersuchungen führten und auf diese Weise einen frühzeitigen Förderansatz stützen.

So unterstützen seit August 2007 Ärzte der Havelland Kliniken GmbH den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises bei der Durchführung der kinderärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten, wodurch die Zahl der untersuchten Kinder erheblich gesteigert werden konnte. Entsprechend wurden mehr Förderbedarfe identifiziert und letztlich mehr Kinder der Frühförderung zugeführt.

Zudem traten 2008 mit dem neuen Gesundheitsdienstgesetz des Landes Brandenburg⁸³ sowie 2009 mit der Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung,⁸⁴ gesetzliche

⁸¹ Für den schulischen Bereich wird das zeitliche Intervall eines Schuljahres betrachtet. Der Vorschulbereich stellt auf ein volles Kalenderjahr ab, wobei das betrachtete Kalenderjahr des Vorschulbereiches im zeitlichen Bezug jeweils dem ersten Schulhalbjahr gegenüber gestellt wurde.

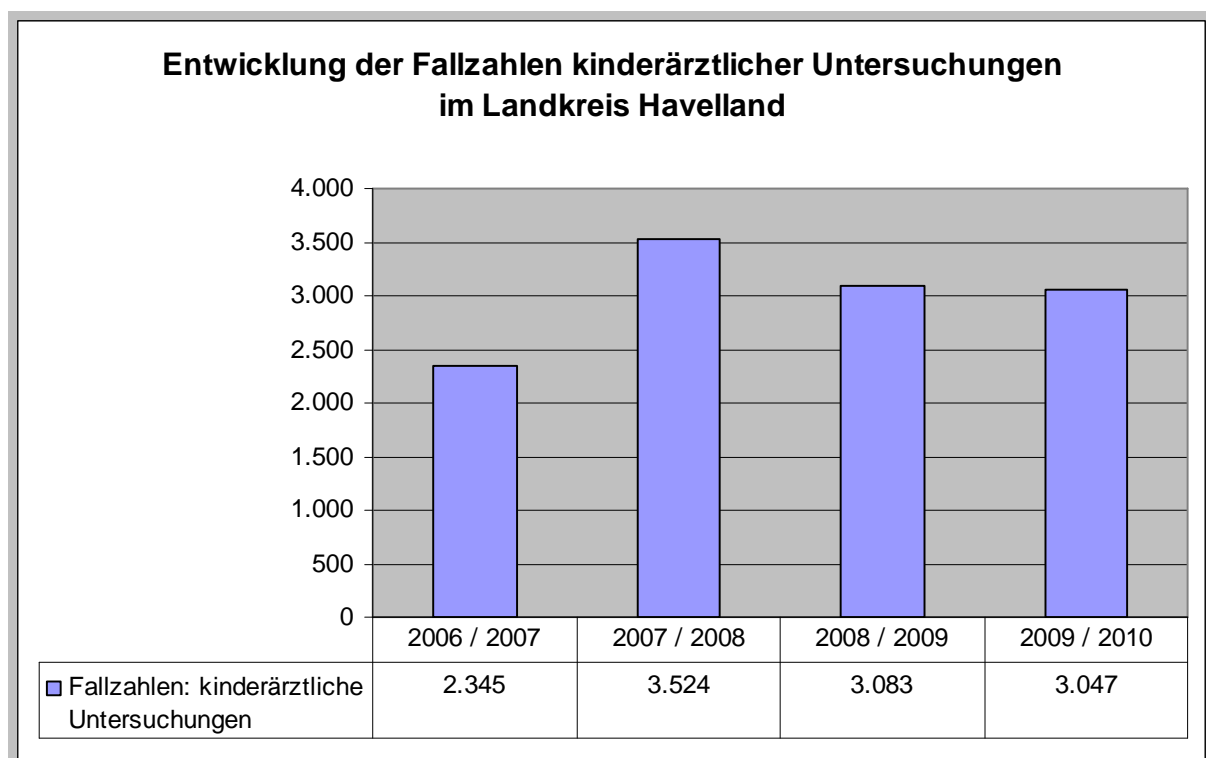
⁸² Ausgehend vom Jahr 2009 wird die Altersgruppe 0 bis 15-Jährige der Prognose des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg nach bis zum Jahr 2025 um rund 22% zurückgehen.

⁸³ Das benannte Gesundheitsdienstgesetz des Landes Brandenburg trat am 23.04.2008 in Kraft und verpflichtet die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, *alle* Kinder im Alter von 30 bis 42 Monaten flächendeckend zu untersuchen.

⁸⁴ Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung trat am 18. August 2009 in Kraft und sieht vor, dass alle „Hauskinder“ (→ bezeichnet Kinder, die keine Kindertageseinrichtung besuchen) im Alter von 2,5 bis 3,5 Jahren von den kinderärztlichen Untersuchungen zu umfassen sind. 2009/2010 wurden alle Hauskinder im Landkreis Havelland im besagten Alter untersucht. Unter den Hauskindern konnte ein erhöhter Anteil an Kindern mit Frühförderbedarf identifiziert werden, insbesondere im Westhavelland.

Neuerungen in Kraft, welche die Arbeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Landkreis Havelland unter maßgeblicher Beteiligung von Ärzten der Kinderklinik der Havelland Kliniken GmbH verändert haben. Seither sind alle Kinder im Alter zwischen 2 ½ und 3 ½ Jahren durch das Gesundheitsamt oder von diesem beauftragte Ärzte zu untersuchen und nicht nur Kinder in Kindertagesstätten wie vor 2008. Der Aufbau des Havelländischen Netzwerkes Gesunde Kinder hat als eine Nebenwirkung der Vernetzung zu früheren Kontakten zwischen Eltern und Frühförderstelle bzw. Kinder- und Jugendgesundheitsdienst geführt. Über 1000 Mütter haben bisher dieses freiwillige Angebot von mindestens zehn Hausbesuchen durch Hebammen/Familienlotsen genutzt.

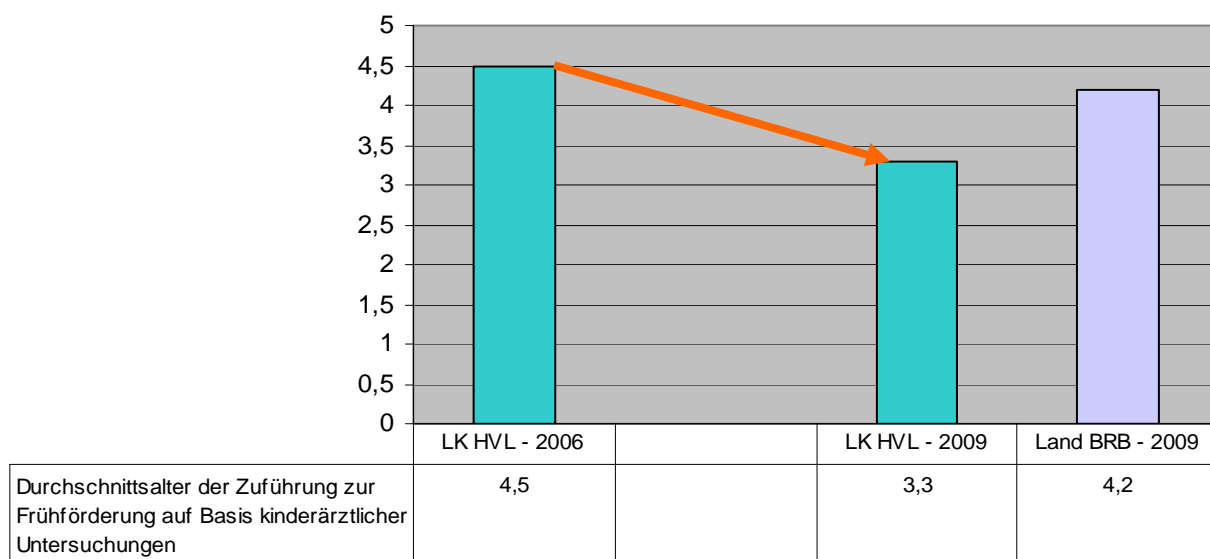
Im Ergebnis der Umsetzung dieser Bestimmungen konnten vermehrt Frühförderbedarfe erkannt werden. Der Einsatz einer Sozialarbeiterin seit Dezember 2008 durch das Gesundheitsamt des Landkreises sowie die Installierung des zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens für die Früherkennungsuntersuchungen durch das Land Brandenburg entfalten eine ähnliche Wirkung.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Gesundheitsamtes des Landkreises Havelland

Im Ergebnis der benannten Faktoren ist zu konstatieren, dass das Durchschnittsalter der Kinder im Landkreis Havelland, die der Frühförderung aufgrund kinderärztlicher Untersuchungen zugeführt wurden, von 4,5 Jahren im Jahr 2006 auf 3,3 Jahre im Jahr 2009 gesunken ist. Kinder im Landkreis Havelland, die der Frühförderung auf diesem Wege zugeführt werden, sind damit im Schnitt fast ein Jahr jünger als durchschnittlich im Land Brandenburg.

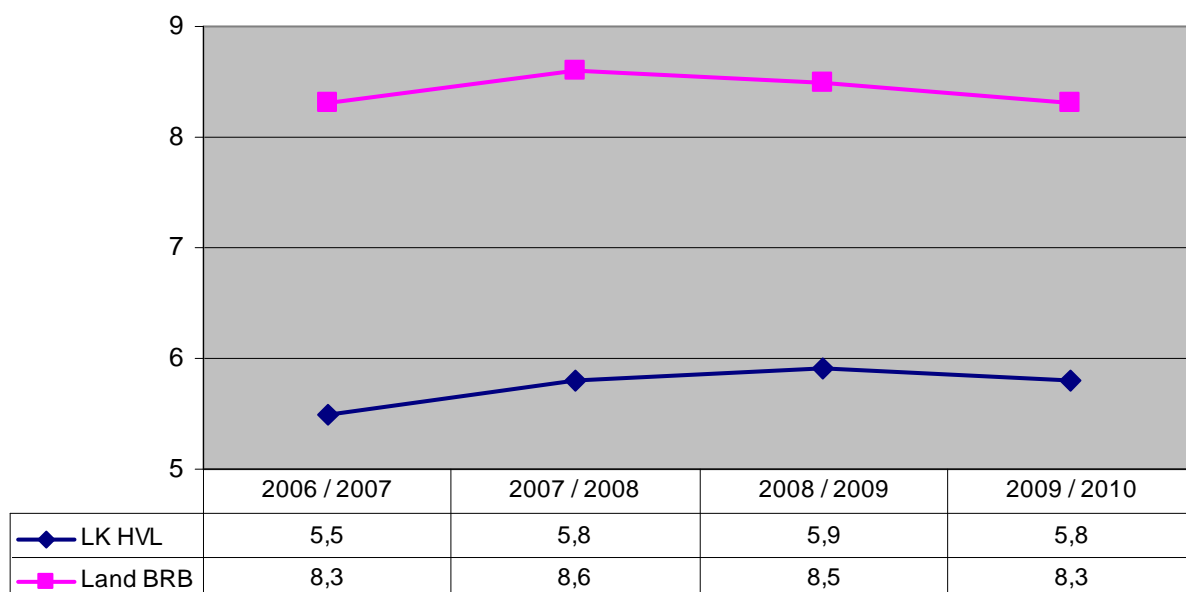
Durchschnittsalter der Zuführung zur Frühförderung auf Basis der kinderärztlichen Untersuchungen



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Gesundheitsamtes des Landkreises Havelland

Nachfolgendes Diagramm soll zeigen, ob diese Absenkung des Durchschnittsalters, im Rahmen der Zuführung von nicht schulpflichtigen Kindern⁸⁵ zur Frühförderung im Landkreis Havelland, positive Auswirkungen auf die sonderpädagogischen Förderbedarfe von schulpflichtigen Kindern (im Sinne eines sinkenden Anteils von Schülern/Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf) gegenüber dem Landesdurchschnitt erkennen lässt.

Entwicklung des Anteils der SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf an der Gesamtschülerzahl



Quelle: eigene Darstellung und eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg und Bevölkerungsdaten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg

⁸⁵ Betrachtet wird die Zuführung zur Frühförderung auf Basis kinderärztlicher Untersuchungen.

Beide Vergleichsregionen zeigen tendenziell gleiche Entwicklungsverläufe. Das deutlich abgesenkte Durchschnittsalter bei der Zuführung von nicht schulpflichtigen Kindern zur Frühförderung im Landkreis Havelland schlägt sich in der Entwicklung jedoch nicht in entsprechender Weise nieder. Ein Rückgang der Schülerzahlen mit sonderpädagogischem Förderbedarf ab dem Jahr 2008, in welchem es im Landkreis Havelland (wie im gesamten Land Brandenburg) aus den benannten Gründen zu einem *deutlichen* Anstieg im Bereich Frühförderung kam, ist zudem kaum zu erkennen bzw. fällt nur sehr geringfügig aus.

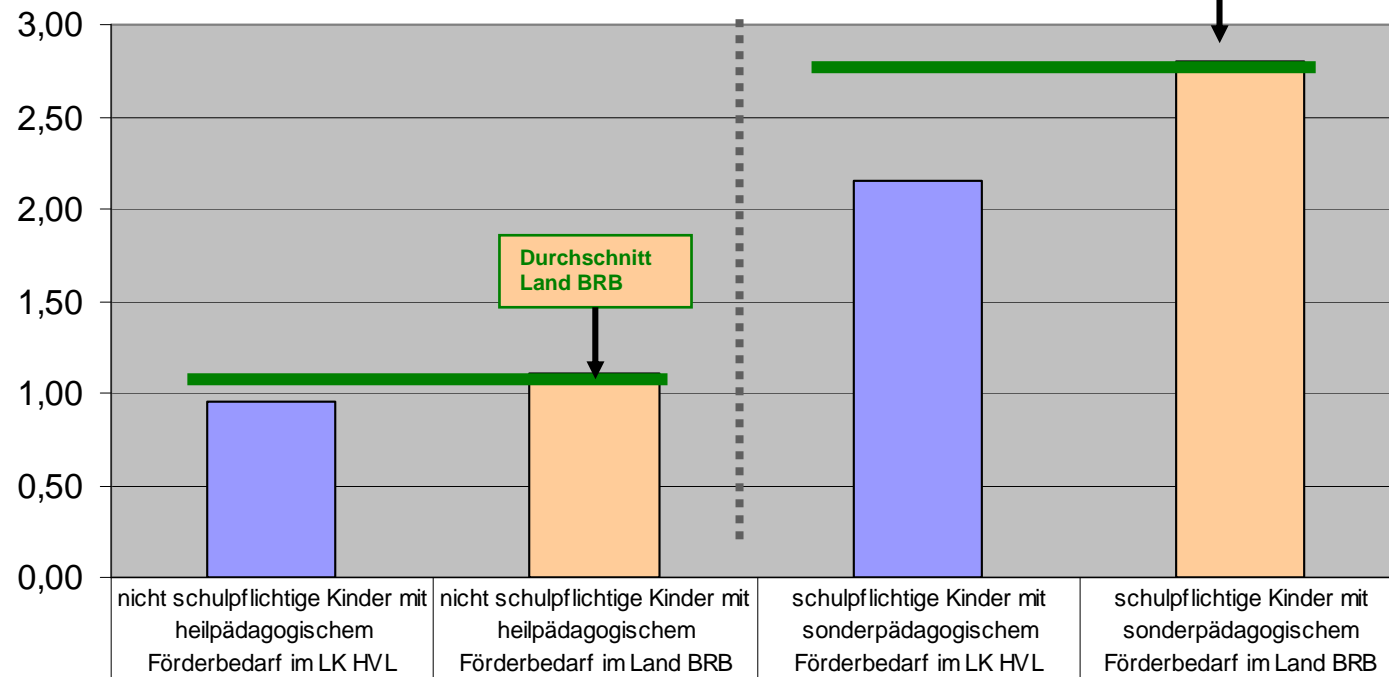
Insgesamt fällt jedoch der deutlich geringere Anteil an Schülern/Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Landkreis Havelland im Vergleich zum Durchschnitt des Landes Brandenburg auf, wobei auf eine insgesamt große Bandbreite zwischen den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten verwiesen werden muss.

Vorstellbar ist, dass dieses deutlich geringere Niveau im Landkreis Havelland im Zusammenhang mit dem abgesenkten Durchschnittsalter bei der Zuführung zur Frühförderung steht. Eine im Vergleich zu anderen Landkreisen des Landes Brandenburg vermeintlich übergroße Zahl an FrühförderempfängerInnen, die auf Basis eines frühzeitigen Ansatzes Förderbedarfe in Schulen partiell kompensieren würden, scheidet als Begründung hingegen aus. So sind die Empfängerzahlen im Bereich Frühförderung, wie gezeigt, zwar insgesamt deutlich gestiegen, im Verhältnis zum Durchschnitt des Landes Brandenburg jedoch immer noch vergleichsweise wenig, legt man die Daten aus dem Jahr 2008 zugrunde.⁸⁶

Zu konstatieren ist, dass die heilpädagogischen Förderbedarfe im Vorschulbereich, als auch die sonderpädagogischen Förderbedarfe im schulischen Bereich im Landkreis Havelland geringer sind als durchschnittlich im Land Brandenburg.

⁸⁶ Aktuellere Vergleichsdaten lagen zum Zeitpunkt der Planerstellung nicht vor.

Heilpädagogische/ Sonderpädagogische Förderbedarfe im Vergleich zum Landesdurchschnitt - 2008/ 09



Anteil der Kinder mit Förderbedarf an der Altersgruppe der 0 bis unter 25-Jährigen in %	0,95	1,11	2,15	2,80
---	------	------	------	------

Quelle: eigene Darstellung und eigene Berechnungen auf Basis verschiedener Datenquellen (→ siehe Fußnote⁸⁷)

⁸⁷ Die Berechnung der Anteile im Vorschulbereich beruht auf den Bevölkerungszahlen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg zum Gebietsstand 31.12.2008. Die Empfängerzahlen Frühförderung für das Land Brandenburg sowie den Landkreis Havelland wurden ebenfalls vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg übernommen und beruhen in diesem Fall auf tatsächlichen IST-Zahlen, im Gegensatz zu den überwiegend verwendeten durchschnittlichen aber aktuelleren Fallbearbeitungszahlen aus hausinternen Übersichtslisten. Die Datensätze zu sonderpädagogischen Förderbedarfen in Schulen basieren auf Angaben des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg.

Neben den benannten Erklärungsansätzen zur Entwicklung der Empfängerzahlen heilpädagogischer Leistungen der Eingliederungshilfe, scheint darüber hinaus auch eine Abhängigkeit der insgesamt steigenden Fallzahlen von nachfolgend aufgeführten Faktoren zu bestehen:

- der gesellschaftlichen Durchdringung/der Bedeutung des Themas und der damit im Zusammenhang stehenden stärkeren öffentlichen Wahrnehmung des Leistungsspektrums,
- dem medizinischen Fortschritt⁸⁸,
- einem stärker verdichteten Informations- und Beratungsnetz durch Ärzte, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Kliniken, Frühförderstellen, sonstigen Einrichtungen (z.B. Kindertagesstätten und Schulen) sowie weiteren Strukturen (z.B. Netzwerk Gesunde Kinder; Bündnis für Familie, Kleeblatt e.V.),
- einer insgesamt erhöhten Sensibilität gegenüber vermeintlichen Entwicklungsdefiziten,
- der Aufklärungsarbeit, Informations- und Beratungstätigkeit von Leistungsträgern.

Bei der Bewertung der Entwicklung von Leistungsempfängerzahlen ist auch zu berücksichtigen, dass bestehende Leistungsangebote, im Sinne einer Flexibilisierung und Individualisierung, fortlaufend weiterentwickelt werden und den Gesetzen des freien Marktes folgend, auch eine entsprechende Nachfrage bedingen.

Bedarfsprognose „heilpädagogische Leistungen für Kinder“

Leistungsempfängerzahlen

Die Erstellung einer Bedarfsprognose wird durch die zahlreichen vorab benannten Faktoren, welche *eindeutig* oder *vermeintlich* Einfluss auf die Entwicklung der Anzahl von EmpfängerInnen heilpädagogischer Leistungen haben sowie durch die statistisch gesehen, kleine Grundgesamtheit an Fällen, deutlich erschwert.

Im Analyseteil wurde jedoch herausgearbeitet, dass aus den genannten Gründen und Sachzusammenhängen heraus, davon auszugehen ist, dass eine Annäherung des Anteils von nicht schulpflichtigen Kindern mit heilpädagogischem Frühförderbedarf an den Anteil von SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf bereits zu erkennen ist und voraussichtlich fortlaufend weiter erfolgen wird. Die Bedarfsprognose wird auf dieser Grundannahme aufbauen.⁸⁹

Um für das Berechnungsmodell eine gemeinsame und vergleichbare Rechenbasis zu schaffen, werden zwei Vergleichsgruppen gebildet. So werden auf Basis des Jahres 2009 die Anteile der nicht schulpflichtigen Kinder mit heilpädagogischem Förderbedarf sowie der SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf *gemessen an der Altersgruppe der 0 bis unter 25-Jährigen*.⁹⁰

⁸⁸ Wie bereits in den vorangestellten Abschnitten ausgeführt, wirkt sich zu einem gewissen Teil der medizinische Fortschritt auch auf die Leistungsansprüchen im Bereich der Heilpädagogik aus. So konnten die Überlebenschancen von Frühgeborenen mit einem geringen Geburtsgewicht in den vergangenen Jahren deutlich gesteigert werden. Heute überleben von ehemals 10 Prozent nahezu 50 Prozent der Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 500 Gramm. Viele dieser Kinder entwickeln später Zerebralpareesen, Fehlbildungen der Organsysteme oder verminderte kognitive Fähigkeiten, was sich auf eine steigende Leistungsanspruchnahme oder einen höheren Hilfe- und Unterstützungsbedarf auswirken kann. > Vgl: <http://www.faz.net/artikel/C31315/medizinischer-fortschritt-diagnose-bedingt-lebensfaehig-30303928.html>

⁸⁹ Der Annahme folgend, wird davon ausgegangen, dass andere Bedarfslagen, die ebenfalls in sonderpädagogischen Förderbedarfen für SchülerInnen münden können (z.B. aus der Kinder- und Jugendhilfe oder aus dem medizinisch-therapeutischen Leistungsbereich der Frühförderung), nicht in gleichem Maße steigen, wie *heilpädagogische* Frühförderbedarfe für VorschülerInnen. Diese Tendenz ist mit Blick auf die Entwicklung der letzten Jahre - wie gezeigt - abzulesen.

⁹⁰ Um aufgrund der relativ kleinen Grundgesamtheit an Fallzahlen dennoch plastische Datensätze zu erhalten, wird nicht auf die Gesamtbevölkerung abgestellt, sondern als Bezug die Altersgruppe der 0 bis unter 25-Jährigen gewählt. Die Altersgruppe 0 bis unter 25-Jährige umfasst nahezu alle *noch* nicht schulpflichtigen Kinder sowie SchülerInnen mit heil- bzw. sonderpädagogischen Förderbedarfen und eignet sich von daher als Vergleichsbasis.

Annahmen der Bedarfsprognose:

- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg bis zum Jahr 2025 auf Basis des Jahres 2008 trifft ein. Die Bevölkerungsvorausberechnung dient als Basis für die Prognose der Empfängerzahlen.
- Bei der Gegenüberstellung der Daten des vorschulischen und schulischen Bereichs, wird hinsichtlich des zeitlichen Bezugs, das betrachtete Kalenderjahr des Vorschulbereiches jeweils dem ersten Schulhalbjahr gegenüber gestellt.⁹¹
- Zwischen den Schuljahren 2007/08 und 2009/10 ist der Anteil an Schülern/Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf an der Altersgruppe der 0 bis unter 25-Jährigen pro Jahr im Landkreis Havelland durchschnittlich um 1,9% gestiegen. Der Annahme folgend, dass dieser Trend anhält, läge dieser Anteil im Jahr 2015 bei 2,4%, im Jahr 2020 bei 2,6% und im Jahr 2025 bei 2,9%.⁹² Diese Hochrechnungen bilden die Basis für die Berechnung der künftigen Anzahl von EmpfängerInnen heilpädagogischer Leistungen für Kinder.
- Der Anteil der EmpfängerInnen von heilpädagogischen Leistungen für Kinder an der Altersgruppe der 0 bis unter 25-Jährigen im Landkreis Havelland, in Höhe von 0,8% im Jahr 2009,⁹³ nähert sich unter Berücksichtigung der getroffenen Annahmen
 - bis zum Jahr 2015 dem Anteil an Schülern/Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf an der betrachteten Altersgruppe auf 45 Prozent an,⁹⁴
 - bis zum Jahr 2020 auf 50 Prozent an, bzw.
 - erreicht bis zum Jahr 2025 eine Annäherung von 55 Prozent, gemessen an dem Anteil der SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf an der Altersgruppe 0 bis unter 25-Jährigen.

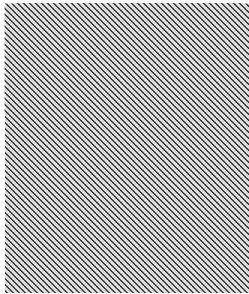
⁹¹ Beispiel: Das Leistungsjahr 2008 wird im zeitlichen Bezug dem Schuljahr 2008/09 gegenübergestellt.

⁹² Mit Blick auf den vorab gezeigten Landesdurchschnitt, ist durchaus von einer fortlaufend ansteigenden Entwicklung auszugehen. So liegt der vergleichbare Landesdurchschnitt bereits im Jahr 2008, umgelegt auf die Altersgruppe der 0 bis unter 25-Jährigen, bei 2,80% im Vergleich zu 2,20% im Landkreis Havelland im Jahr 2008. Vergleichsdaten für das Jahr 2009 lagen zum Zeitpunkt der Planerstellung nicht vor.

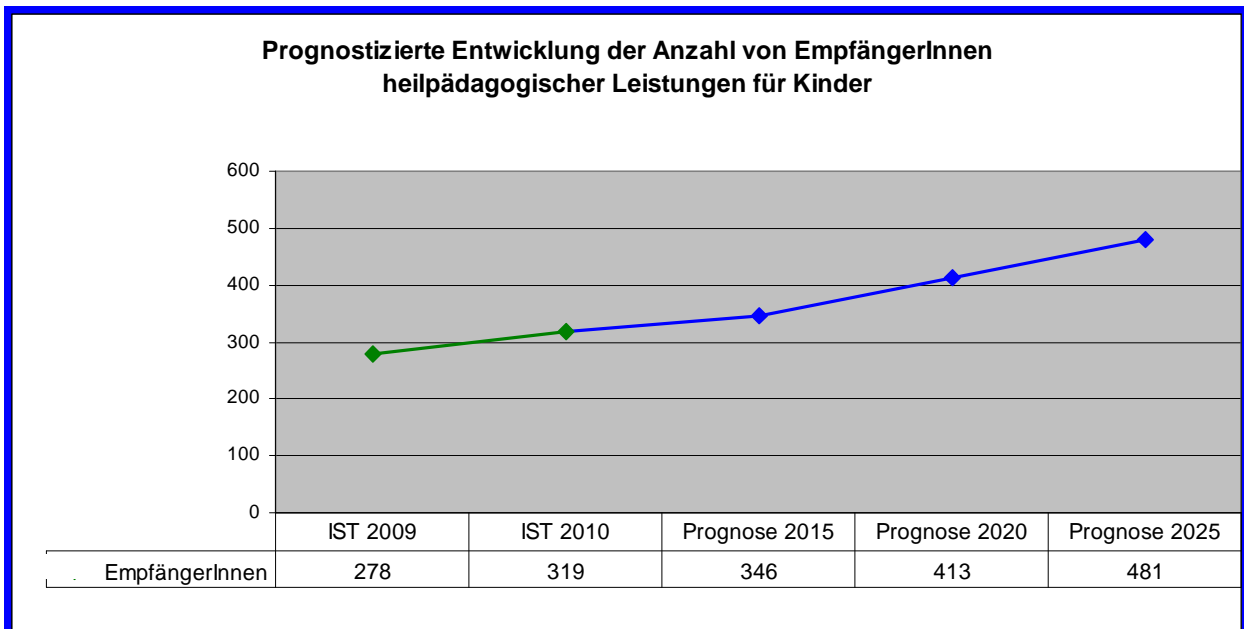
⁹³ auf Basis der durchschnittlichen Fallbearbeitungszahlen aus den hausinternen Übersichtslisten

⁹⁴ Im Jahr 2009 betrug der Anteil der nichtschulpflichtigen Kinder mit heilpädagogischem Förderbedarf unter den getroffenen Annahmen 36 Prozent bezogen auf den Anteil der SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf.

Entwicklung der Anzahl von EmpfängerInnen „sonder-/ heilpädagogischer Leistungen für Kinder“ im Landkreis Havelland

	schulpflichtige Kinder/Jugendliche mit <u>sonderpädagogischem Förderbedarf</u>	nicht schulpflichtige Kinder mit <u>heilpädagogischem Förderbedarf</u>		
	Anteil der schulpflichtigen Kinder/Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf an der Altersgruppe der 0 bis unter 25-Jährigen	Anzahl schulpflichtige Kinder/Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf	Anteil der nicht schulpflichtigen Kinder mit heilpädagogischem Förderbedarf an der Altersgruppe der 0 bis unter 25-Jährigen	Anzahl nicht schulpflichtige Kinder mit heilpädagogischem Förderbedarf
IST 2009 → IST 2009: bis 25-Jährige: 35.984	2,2%	790	0,8%	278
Prognose 2015 → Prognose 2015: bis 25-Jährige: 31.468	2,4%	755	1,1% <small>(Annäherung an den Anteil der schulpflichtigen Kinder/Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf auf 45%)</small>	346
Prognose 2020 → Prognose 2020: bis 25-Jährige: 31.768	2,6%	826	1,3% <small>(Annäherung an den Anteil der schulpflichtigen Kinder/Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf auf 50%)</small>	413
Prognose 2025 → Prognose 2025: bis 25-Jährige: 30.035	2,9%	871	1,6% <small>(Annäherung an den Anteil der schulpflichtigen Kinder/Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf auf 55%)</small>	481

Um den Verlauf der Entwicklung besser abschätzen zu können, wurde die Prognose in Zeitintervallen von fünf Jahren erstellt. So ist zeitnah abzulesen, ob die prognostizierten Entwicklungsverläufe eher einem pessimistischen Szenario entsprechen oder zur Realität werden.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen

Dem Szenario nach würde die Anzahl der EmpfängerInnen heilpädagogischer Leistungen für Kinder bereits zwischen den Jahren 2010 und 2015 um 8,5% steigen. Bis zum Jahr 2025 wäre den Annahmen nach sogar mit einer Steigerung um *weitere* 39% zu rechnen. Vor dem Hintergrund der tatsächlichen Steigerungsrate der vergangenen fünf Jahre (+72% zwischen 2006 und 2010) und den benannten zahlreichen Einflussfaktoren, erscheint dies zwar exorbitant, aber nicht unwahrscheinlich.

• Gesamtausgaben

Nachfolgend wird der skizzierte, prognostizierte Entwicklungsverlauf der Leistungsempfängerzahlen auf die Gesamtausgaben der heilpädagogischen Leistungen für Kinder übertragen. Aufgezeigt wird, wie sich die *Gesamtausgaben* bis zum Jahr 2025 unter nachfolgend benannten Bedingungen entwickeln werden.

Annahmen der Bedarfsprognose sowie Basis des Rechenmodells

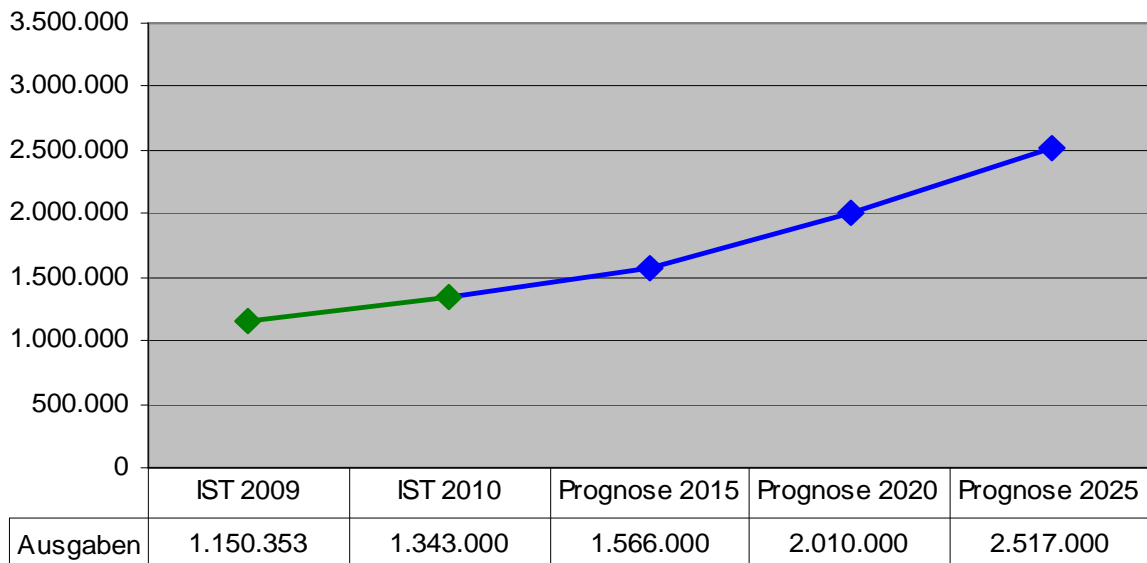
- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bleiben unverändert.
- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg bis zum Jahr 2025 auf Basis des Jahres 2008 trifft ein.
- Die vorab prognostizierte Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen bis zum Jahr 2025 trifft ein.
- Der für das Jahr 2011 avisierte Abschluss der Rahmenvereinbarung im Land Brandenburg zur Umsetzung der Frühförderverordnung und die damit einhergehende Umstellung der Kostensätze unter Einbezug der Komplexleistungen verläuft grundsätzlich *kostenneutral*.

- Das Rechenmodell basiert auf folgenden Bedingungen:
 - Die Hochrechnung der verwendeten durchschnittlichen Kosten je EmpfängerIn – als Ausgangsbasis der Modellrechnung - basiert auf den zuvor prognostizierten Empfängerzahlen für die jeweils betrachteten Jahre.
 - Die durchschnittlichen Ausgaben je EmpfängerIn (Ausgangsbasis 2010)⁹⁵ steigen um 1,46 Prozent *jährlich*. Damit erfolgt aufgrund einer fehlenden Vergleichshistorie der Erhöhung der Kostensätze für den ambulanten Bereich, eine Anlehnung an die durchschnittliche Gesamtkostensteigerung im stationären Bereich, um jährlich durchschnittlich 1,46 Prozent.

Prognose der Gesamtausgaben „heilpädagogischer Leistungen für nicht schulpflichtige Kinder“		
Jahr	Kosten je EmpfängerIn → ab 2011 unter Berücksichtigung eines jährlichen Steigerungsfaktors von 1,46%	Gesamtausgaben
IST 2010	4.210	1.342.982
Prognose 2011	4.271	Keine Daten vorhanden → Prognose der Empfängerzahlen konnte nur für die Jahre 2015; 2020 und 2025 erstellt werden
Prognose 2012	4.334	
Prognose 2013	4.397	
Prognose 2014	4.461	
Prognose 2015	4.526	
Prognose 2016	4.593	Keine Daten vorhanden → Prognose der Empfängerzahlen konnte nur für die Jahre 2015; 2020 und 2025 erstellt werden
Prognose 2017	4.660	
Prognose 2018	4.728	
Prognose 2019	4.797	
Prognose 2020	4.867	
Prognose 2021	4.938	Keine Daten vorhanden → Prognose der Empfängerzahlen konnte nur für die Jahre 2015; 2020 und 2025 erstellt werden
Prognose 2022	5.010	
Prognose 2023	5.083	
Prognose 2024	5.157	
Prognose 2025	5.232	

⁹⁵ Die durchschnittlichen Kosten je EmpfängerIn wurden auf Basis des Jahres 2010 ermittelt und stellen den Gesamtausgaben 2010, die durchschnittlichen Fallbearbeitungszahlen gegenüber. Sie bilden die Ausgangsbasis für den angenommenen Steigerungsfaktor mit Wirkung in den Folgejahren.

Prognostizierte Entwicklung der Gesamtausgaben der heilpädagogischen Leistungen für Kinder



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der IST-Zahlen des örtlichen Sozialhilfeträgers aus dem Jahr 2010 sowie eigener Berechnungen/ Werte gerundet auf volle Tausend

Die Gesamtausgaben werden unter den getroffenen Annahmen zwischen den Jahren 2010 und 2025 um 1,2 Mio. Euro anwachsen. Es ergäbe sich demnach eine Steigerung um 87 Prozent.

Aktuell trägt der örtliche Sozialhilfeträger die tatsächlichen Nettoaufwendungen für ambulante Leistungen (= kommunaler Anteil) und ist für den Bereich der Frühförderung demnach vollumfänglich zuständig.

Zu beachten sind mit Blick in die Zukunft jedoch die neuen Finanzierungsregularien des AG-SGB XII, wonach der kommunale Anteil („Kreisanteil“) in den Folgejahren quasi unabhängig von der ambulanten Quote in allen Landkreisen 15 Prozent erreichen bzw. in letzter Konsequenz darauf festgesetzt werden soll. **Insofern würden sich die für die Landkreisverwaltung unmittelbaren Ausgaben („15%-Regelung“) im dargestellten Szenario auf rund 380.000 EUR belaufen.**⁹⁶

⁹⁶ Hierbei ist zu beachten, dass dies nur als ungefährender Wert herangezogen werden kann, da der kommunale Anteil letztlich an den Gesamtnettoaufwendungen aller Eingliederungshilfeleistungen gemessen wird und nicht an einzelnen Leistungskomplexen, die aber wiederum mit entsprechender Gewichtung in die Gesamtbetrachtung einfließen.

Handlungsempfehlungen für „heilpädagogische Leistungen für Kinder“

- Ein Blick auf die bisherigen und prognostizierten Empfängerzahlen der heilpädagogischen Leistungen für Kinder zeigt einen ungebrochenen Anstieg aufgrund vielzähliger, im Analyseteil benannter Einflussfaktoren. Eine spürbare Einflussnahme auf die Entwicklung der Empfängerzahlen durch den örtlichen Sozialhilfeträger ist angesichts der benannten tiefgreifenden, gewichtigen Einflussfaktoren gering. Die Möglichkeiten der Einflussnahme beschränken sich vornehmlich auf eine Stärkung des Beratungsangebotes, eine enge Zusammenarbeit mit den Trägern sowie eine starke Verhandlungsposition. Darüber hinaus können auch über das Beschreiten neuer Wege in der Frühförderung, Strukturveränderungen bewirkt werden, die einen positiven Einfluss auf die bedarfsgerechte Versorgung der Kinder mit Frühförderbedarf im Landkreis Havelland nehmen können.

- Oberste Priorität sollte dem Abschluss einer Leistungsvereinbarung im Land Brandenburg zur Umsetzung der Frühförderverordnung eingeräumt werden, um den betroffenen Kindern im Bedarfsfall eine Leistungsanspruchnahme im Komplex und an einem zentralen Ort zu ermöglichen.
- Die Erbringung der interdisziplinären Diagnostik ist Aufgabe der Interdisziplinären Frühförderstelle (→ im Landkreis Havelland: Lebenshilfe e.V.). Die Diagnostik für den medizinisch-therapeutischen Teil der Frühförderung wird dabei auf Basis einer Kooperation mit der Interdisziplinären Frühförderstelle vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises in Zusammenarbeit mit Fachärzten der Havelland-Kliniken erbracht.⁹⁷ Die Leistungserbringung erfolgt im Nachgang einer ausgestellten Verordnung fallindividuell durch ansässige Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden.

Für das Gebiet der Heilpädagogik wird die Diagnostik im Landkreis Havelland bislang vom gleichzeitigen und einzigen lokalen Leistungserbringer Lebenshilfe Havelland e.V. erbracht.

Im Rahmen der avisierten Einführung von Komplexleistungen wird eine Neuausrichtung der Frühförderdiagnostik in Erwägung gezogen, welche Gedanken zur Einführung einer zeitgemäßen videogestützten Eltern-Kind-Interaktionsanalyse einfließen lässt sowie zur Einbindung der Elternarbeit im Rahmen der auf der Diagnostik aufsetzenden Leistungserbringung. Für diese Erprobung ist es angedacht, die Diagnostik zunächst für eine begrenzte Gruppe an Personen im Komplex zu regeln und zentral an einen Akteur zu binden. Für diese Aufgabe in besonderer Weise geeignet, erscheint der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreises Havelland, als unabhängige Institution mit dem erforderlichen Know-how. Die Umsetzung dieser Überlegungen setzt zunächst die Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen voraus.

- Neben den aufgeführten Empfehlungen sollte ein offener Dialog über weitere/neue Ansätze einer frühkindlichen Förderung/Bildung befördert werden, um politische Entscheidungsträger zu sensibilisieren und auf Anpassungserfordernisse aufmerksam zu machen.

Inhaltlich sollten die diskutierten Ansätze aus Sicht der Fachverwaltung, soweit möglich, nach den Ansätzen *inklusive Pädagogik*, an Alltagsstrukturen im vorschulischen Bereich

⁹⁷ Darüber hinaus wird diese Diagnostik ergänzt durch die Diagnostik der niedergelassenen Kinderärzte außerhalb der kinderärztlichen Reihenuntersuchungen.

ansetzen, um beispielsweise über Strukturveränderungen in Kindertageseinrichtungen den wachsenden Frühförderbedarfen frühzeitig und bedarfsgerecht zu begegnen.

In diesem Rahmen werden z. B. aktuell die Möglichkeiten *einer Ausweitung* der bislang zwei teilnehmenden Kindertageseinrichtungen⁹⁸ an dem Bundesförderprogramm „Offensive Frühe Chancen“, in Abstimmung zwischen dem Jugendamt des Landkreises sowie potentiellen Kommunen und Kindertageseinrichtungen geprüft.⁹⁹ Insbesondere in der strukturschwächeren Region des berlinfernen Raums sollen weitere Kindertageseinrichtungen zu einer Teilnahme an der zweiten Förderphase¹⁰⁰ motiviert werden.

Über die „Offensive Frühe Chancen“ sollen Kinder mit hohem Sprachförderbedarf, erreicht werden. Ziel der Offensive ist es, Kitas gezielt mit zusätzlichen besonders qualifizierten personellen Kapazitäten auszustatten,¹⁰¹ um eine alltagsintegrierte, frühe Sprachförderung umzusetzen.¹⁰²

Sowohl mit Blick auf den inhaltlich bestimmten, frühzeitigen Förderansatz, als auch mit Blick auf die avisierte Vereinbarung von Komplexleistungen im Bereich Frühförderung, wonach dann eine *partielle* Kostenverantwortung des örtlichen Sozialhilfeträgers, neben dem heilpädagogischen Leistungsbereich, auch für den medizinisch-therapeutischen Leistungsbereich bestünde, ist die Teilnahme an der benannten Offensive zu begrüßen. Hintergrund ist, dass von den Kindern, die heilpädagogische Frühförderleistungen beanspruchen, zugleich etwas mehr als die Hälfte der Kinder auch medizinisch-therapeutischer Leistungen bedürfen, wovon etwa 60 Prozent auf logopädische Leistungen entfallen. Dies unterstreicht den Stellenwert einer frühzeitigen Sprachförderung und die Notwendigkeit des Anstoßes von Strukturveränderungen, wie etwa über die „Offensive Frühe Chancen“.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Anfang des Jahres 2011 vom Landrat des Landkreises Havelland ausgerufene „Leseinitiative Havelland“, mit der die allgemeine Lesekultur und -kompetenz von Kindern gestärkt werden soll, als wichtiger Beitrag zu werten, mit der die Landkreisverwaltung einerseits sensibilisiert und gleichsam aktiv wird.

Auch die zahlreichen ehrenamtlichen Lesepaten, z. B. des Kompetenzzentrums Havelland – Agentur für bürgerschaftliches Engagement, die bereits seit längerem innerhalb des Landkreises aktiv werden, leisten in diesem Rahmen einen wertvollen Dienst.

- Darüber hinaus bleibt abzuwarten, wann und in welchem Ausmaß die im nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen angekündigte Überwindung der Verantwortungsaufteilung erfolgt, welche die Zusammenführung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderung unter dem Dach des Sozialgesetzbuches VIII (Kinder- und Jugendhilfe) vorsieht.¹⁰³

⁹⁸ An der ersten Förderphase des Bundes (März/April 2011 bis Ende 2014) nehmen im Landkreis Havelland aus Rathenow die Kitas „Jenny Marx“ und „Haus der kleinen Strolche“ teil.

⁹⁹ Einige Einrichtungen haben bereits ihr Interesse bekundet.

¹⁰⁰ Die zweite Förderphase startet im Frühjahr 2012 und endet ebenfalls Ende 2014.

¹⁰¹ Jede Schwerpunkt-Kita erhält ein Budget für zusätzliches Personal in Höhe von jährlich 25.000 EUR. Einrichtungsverbünde werden mit einem Budget von 50.000 EUR p.a. gefördert.

¹⁰² Vgl.: http://www.fruehe-chancen.de/fuer_erzieherinnen_erzieher/kindertagespflege/dok/360.php

¹⁰³ Vgl.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales: „einfach machen“ Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft, Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Kabinettsbeschluss vom 15.06.2011

4.2 Leistungen im Arbeitsbereich

Wie eingangs dieses Kapitels ausgeführt, machen etwa ein Drittel des Leistungs- und Kostenumfangs von Eingliederungshilfeleistungen, Leistungen im Arbeitsbereich aus, weshalb diese Leistungsart im Rahmen des Eingliederungshilfeplans nachfolgend gesondert analysiert wird.

Aus Sicht des Sozialhilfeträgers im Rahmen seiner Zuständigkeit für den Bereich Eingliederungshilfe, sind die zentralen *Leistungen im Arbeitsbereich* vornehmlich:

- Angebote in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen,
- Angebote in einer sonstigen Beschäftigungsstätte nach § 56 SGB XII sowie
- Leistungen im Förder- und Betreuungsbereich angegliedert an eine Werkstatt für behinderte Menschen.

Leistungen im Arbeitsbereich in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten nach § 41 SGB IX Menschen mit Behinderung, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder berufliche Ausbildung wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen und die in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

Die Leistungen im Arbeitsbereich sind gerichtet auf

- Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung des Menschen mit Behinderung entsprechenden Beschäftigung,
- Teilnahme an arbeitsbegleitenden Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der im Berufsbildungsbereich erworbenen Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit sowie
- Förderung des Übergangs geeigneter Menschen mit Behinderung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen.

Der Aufnahme in den Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen geht ein sich in der Regel über drei Monate erstreckendes Eingangsverfahren voraus. Insoweit hier eine Werkstattfähigkeit festgestellt wird, folgt diesem Verfahren eine *regelmäßig* zweijährige Vorbereitung im Berufsbildungsbereich auf die künftige Werkstatttätigkeit; eine andere oder weiterführenden beruflichen Bildungsmaßnahme oder eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (einschließlich Integrationsprojekten). Beide Leistungen (Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich) werden in der Regel von der Bundesagentur für Arbeit getragen.¹⁰⁴

Die Tätigkeit im Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen fällt hingegen grundsätzlich in den Leistungsbereich der Eingliederungshilfe und damit in den Zuständigkeitsbereich des Sozialhilfeträgers.¹⁰⁵

Bei Vorliegen einer Werkstattfähigkeit können alternativ zu der Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen nach § 56 SGB XII auch Angebote in sonstigen Beschäftigungsstätten genutzt werden.¹⁰⁶ Leistungen die hier erbracht werden, fallen ebenfalls grundsätzlich in den leistungsrechtlichen Zuständigkeitsbereich des Sozialhilfeträgers. Darüber hinaus gibt es

¹⁰⁴ Neben der Bundesagentur für Arbeit können nach § 42 SGB IX auch andere Zuständigkeiten bestehen.

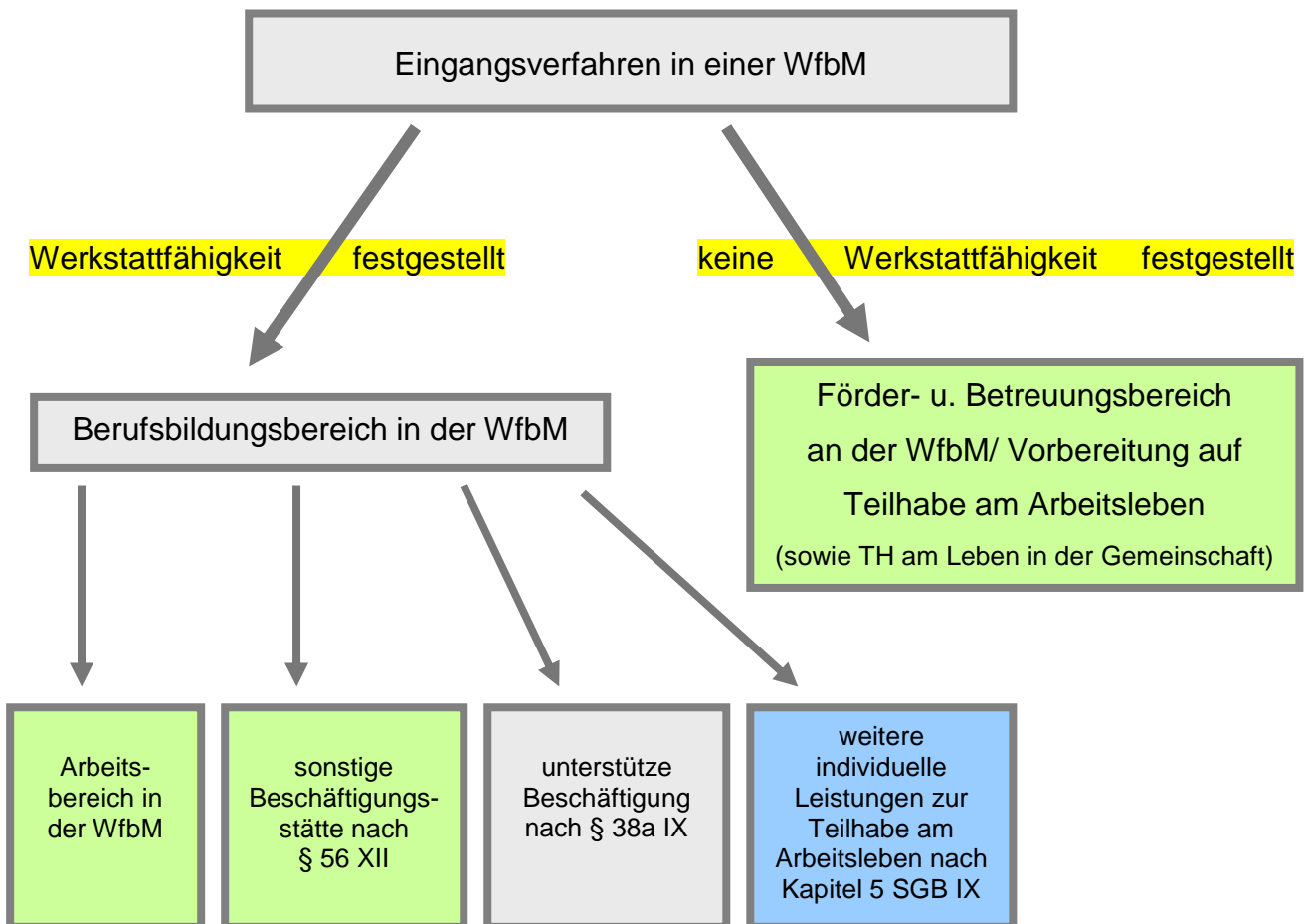
¹⁰⁵ Vereinzelt kann auch die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers bestehen.

¹⁰⁶ Bei sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56 XII handelt es sich um Einrichtungen, die vergleichbar sind mit anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen.

weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Kapitel fünf des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, die je nach Fallspezifität in unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche fallen.

Insoweit im Eingangsverfahren *keine* Werkstattfähigkeit festgestellt werden kann, können die betreffenden Menschen in den Förder- und Betreuungsbereich aufgenommen werden, der an eine Werkstatt angegliedert ist. Menschen mit Behinderung werden hier begleitet, gefördert und betreut.

Die einzelnen beschriebenen Leistungen greifen wie nachfolgend veranschaulicht ineinander bzw. bauen aufeinander auf.¹⁰⁷



Legende



überwiegende Zuständigkeit Sozialhilfeträger/
vereinzelt Rehabilitationsträger



Zuständigkeit überwiegend Bundesagentur für Arbeit/
vereinzelt Renten- und Unfallversicherungsträger



Zuständigkeit abhängig von der Fallspezifität
(verschiedene Träger möglich)

¹⁰⁷ Die Tagesförderstätte der Lebenshilfe Havelland e.V., die Tagesstätte für psychisch Kranke sowie die Tagesstätte für Menschen mit geistiger Behinderung der AWO Betreuungsdienste gGmbH, aber auch das Beschäftigungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung und Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit von Sinalkol e.V. in Kieck fallen nicht in den Bereich „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. Sie sind Angebote zur Gestaltung des Tages und sachgerecht dem Bereich „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zuzuordnen. Der FBB wird aufgrund des Ziels/der Aufgabe „Vorbereitung auf Teilhabe am Arbeitsleben“ unter der Rubrik „Leistungen im Arbeitsbereich“ betrachtet.

Leistungen im Arbeitsbereich werden im Landkreis Havelland grundsätzlich von den beiden nachfolgend benannten Akteuren angeboten:

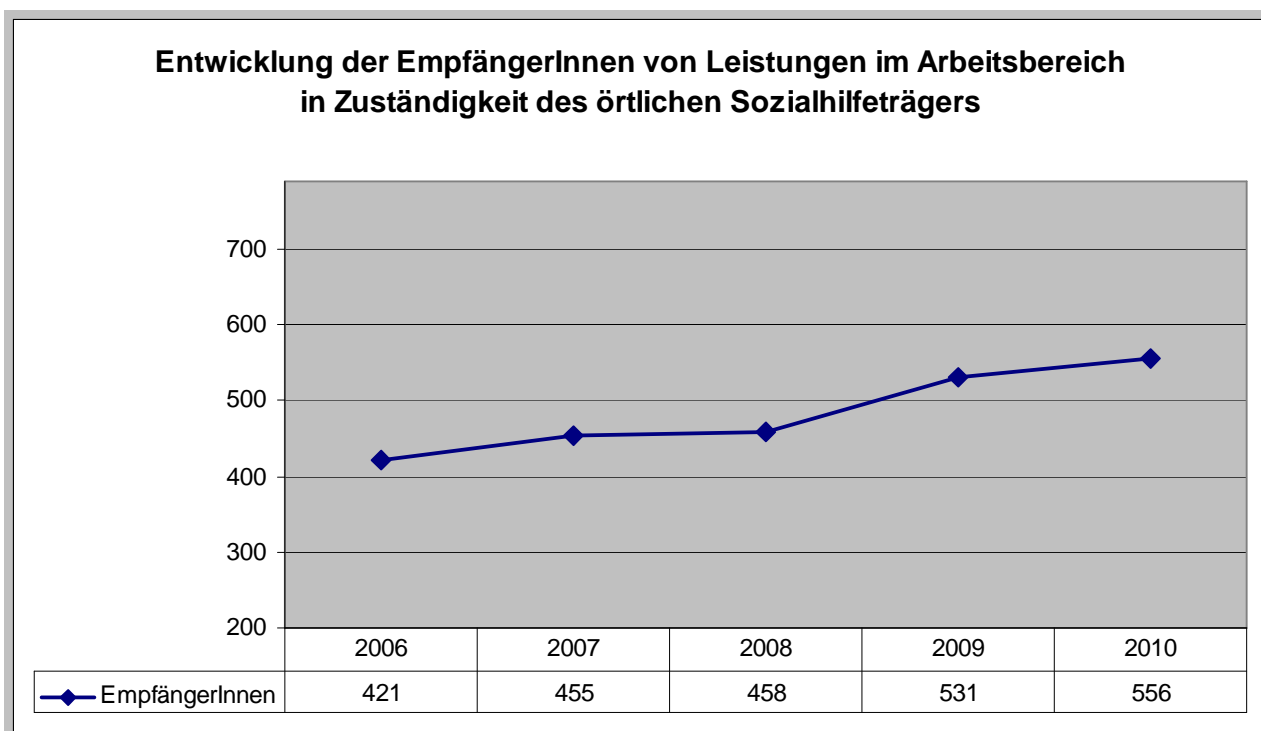
- der Rathenower Werkstätten GmbH,
- der LAFIM¹⁰⁸ – Dienste für Menschen gAG – Fliedners Wohn- und Werkstätten.

Mit der Rathenower Werkstätten GmbH als kreiseigenes Unternehmen engagiert sich der Landkreis Havelland im Rahmen der Sicherstellung der Daseinsvorsorge. Der Träger ist im Westhavelland aktiv.

Die Fliedners Wohn- und Werkstätten des LAFIM haben ihren Hauptsitz in der Stadt Brandenburg und sind im Landkreis Havelland mit Außenstellen von Werkstätten für behinderte Menschen an den Standorten in Nauen und Falkensee - im Osthavelland - vertreten. Aufgrund des Hauptsitzes fallen auch die Außenstellen in den Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers der Stadt Brandenburg,¹⁰⁹ was zu *keiner* Nutzungseinschränkung für EinwohnerInnen des Havellandes führt.

Neben beiden genannten Trägern sei der Vollständigkeit halber das Angebot der Sonstigen Beschäftigungsstätte der AWO Betreuungsdienste gGmbH, als eine Alternative zur Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen erwähnt.¹¹⁰ Das Angebot befindet sich noch im Aufbau und spielt unter allen Leistungsangeboten im Arbeitsbereich bisher keine tragende Rolle.

In den vergangenen Jahren kam es im Landkreis Havelland zu einer kontinuierlichen Erhöhung der Anzahl von Empfängerinnen von Leistungen im Arbeitsbereich.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg sowie Daten des örtlichen Sozialhilfeträgers für das Jahr 2010

¹⁰⁸ Landesausschuss für Innere Mission

¹⁰⁹ gemäß § 77 Abs. 1 SGB XII

¹¹⁰ gemeint ist eine sonstige Beschäftigungsstätte nach § 56 SGB XII

So stieg die Anzahl an EmpfängerInnen von Leistungen im Arbeitsbereich allein über den Zeitraum der Jahre 2006 bis 2010 um 32 Prozent. Die steigenden Empfängerzahlen von Leistungen im Arbeitsbereich gehen dabei nicht allein auf hohe Zugangszahlen in den Arbeitsbereichen der Werkstätten für behinderte Menschen zurück. Sie sind auch Ausdruck steigender Zahlen nicht werkstattfähiger Leistungsberechtigter im Förder- und Betreuungsbereich, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

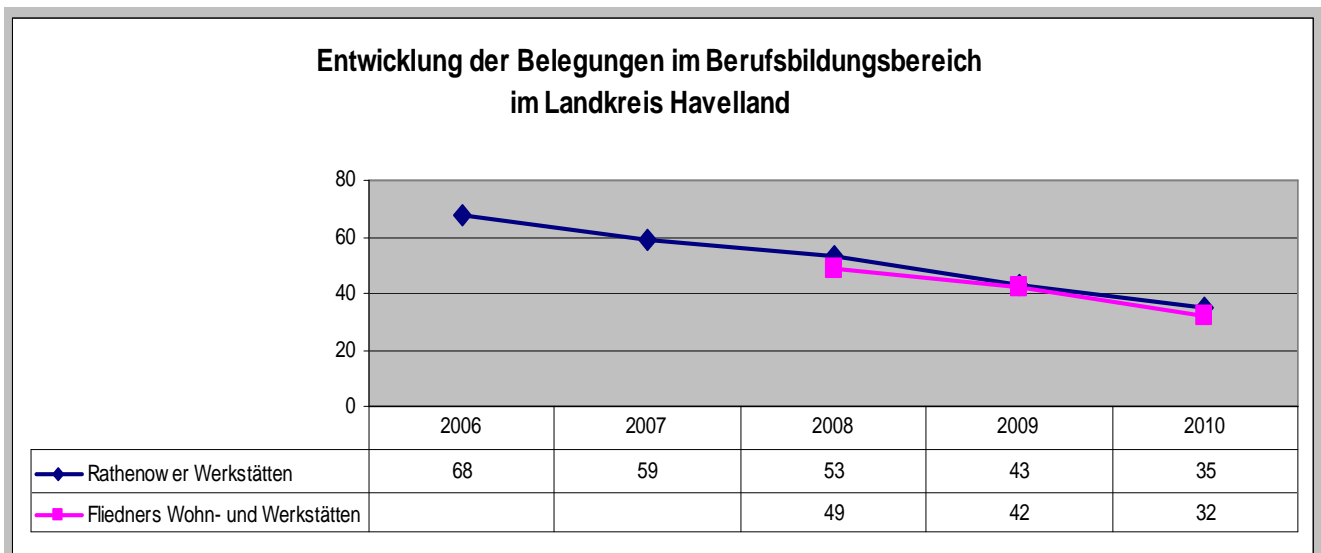
Das eingangs aufgenommene Schaubild zeigt, dass grundsätzlich nach Durchlaufen des Eingangsverfahrens zu entscheiden ist,

- ob aufgrund einer bestehenden Werkstattfähigkeit zunächst über den Berufsbildungsbereich die Vorbereitung auf die spätere Werkstatttätigkeit erfolgen kann,
- ob ein Übergang in den Förder- und Betreuungsbereich angezeigt¹¹¹ oder
- ein Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine differenzierte Betrachtung insbesondere der im Zusammenhang stehenden Leistungsbereiche

- Berufsbildungsbereich,
- Arbeitsbereich in der WfbM und
- Förder- und Betreuungsbereich

interessant. Zur Darstellung liegen *stichtagsbezogene Daten* vor, die entsprechend mit der vorab dargestellten Gesamtzahl an EmpfängerInnen des jeweiligen Jahres nicht identisch sind. Sie ermöglichen jedoch eine tendenzielle Einschätzung der Entwicklung in den einzelnen Bereichen.



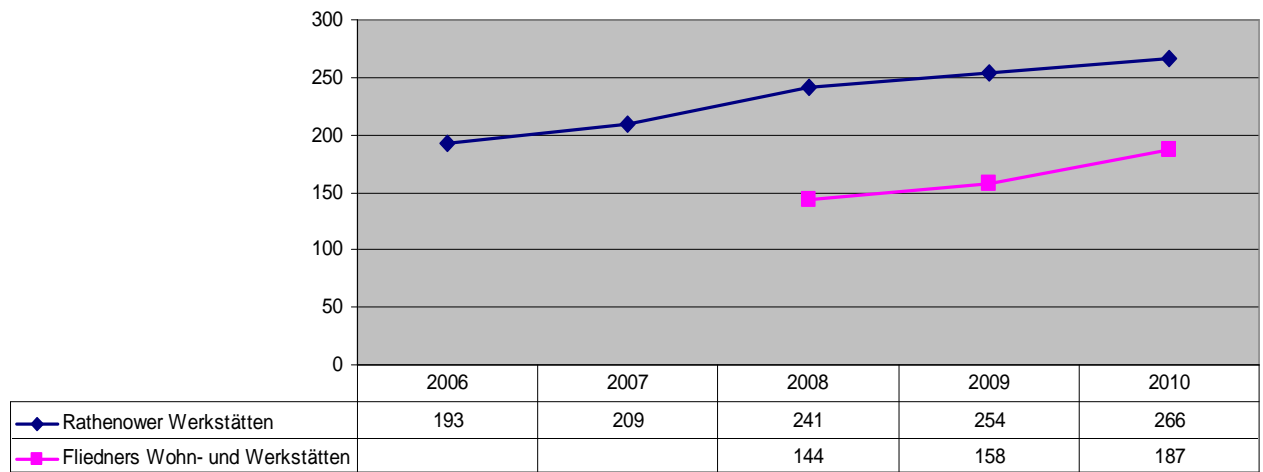
Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten der Serviceeinheit Entgeltwesen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg für die Rathenower Werkstätten GmbH¹¹² sowie eigenen Angaben der Fliedners Wohn- und Werkstätten¹¹³

¹¹¹ Ggf. kämen auch Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage. In der Praxis trifft dies nur für Einzelfälle zu.

¹¹² Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09/ für 2008 zum 30.10.

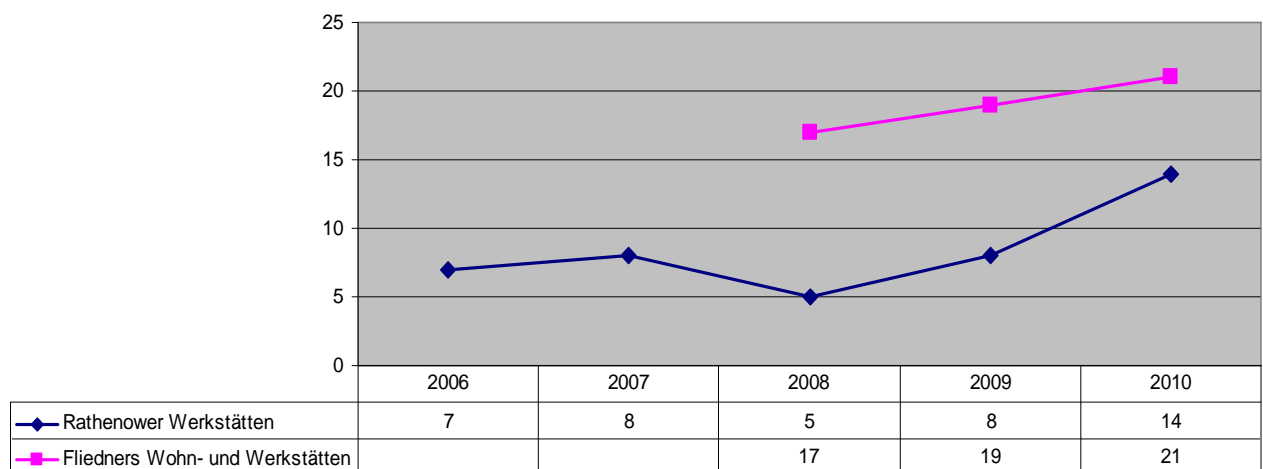
¹¹³ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09 (auch für 2008)

Entwicklung der Belegung im Arbeitsbereich in der WfbM im Landkreis Havelland



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten der Serviceeinheit Entgeltwesen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg für die Rathenower Werkstätten GmbH¹¹⁴ sowie eigenen Angaben der Fliegners Wohn- und Werkstätten¹¹⁵

Entwicklung der Belegungen im Förder- und Betreuungsbereich im Landkreis Havelland



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten der Serviceeinheit Entgeltwesen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg für die Rathenower Werkstätten GmbH¹¹⁶ sowie eigenen Angaben der Fliegners Wohn- und Werkstätten¹¹⁷

Die Grafiken zeigen zunächst einen deutlichen Rückgang der Belegungen im Berufsbildungsbereich, was darauf schließen lässt, dass die Dynamik der Zuwächse von Menschen mit Behinderung im Arbeitsbereich der WfbM in den kommenden Jahren etwas abflachen wird.

¹¹⁴ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09/ für 2008 zum 30.10.

¹¹⁵ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09 (auch für 2008)

¹¹⁶ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09/ für 2008 zum 30.10.

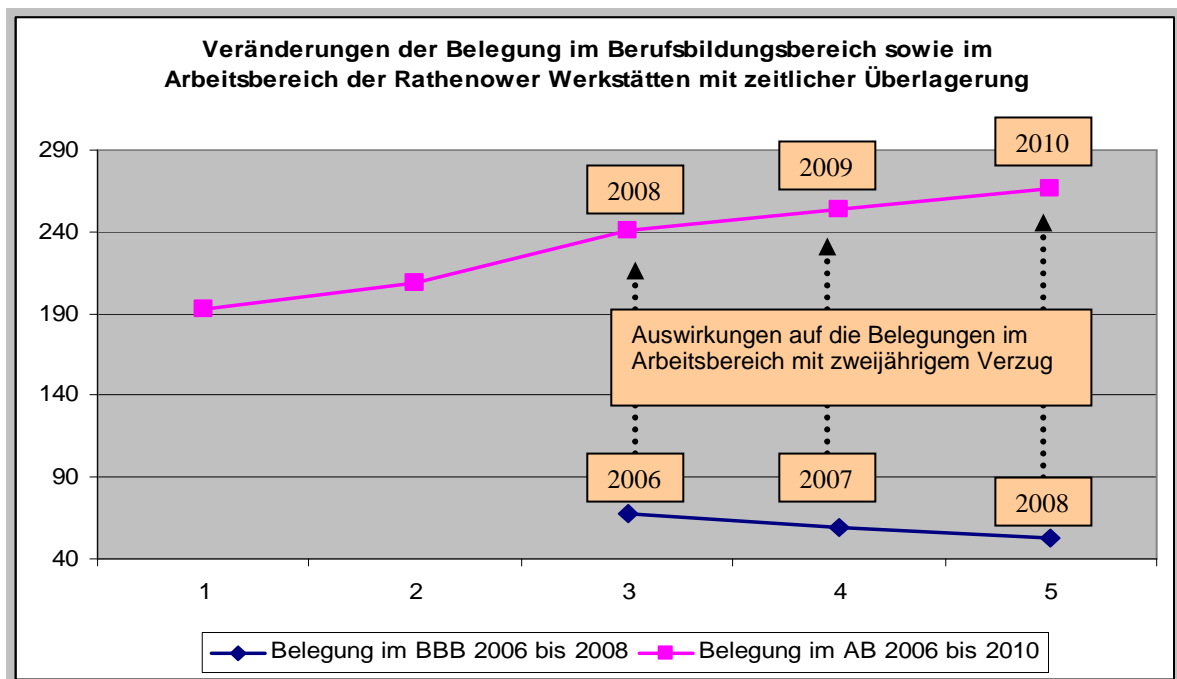
¹¹⁷ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09 (auch für 2008)

Für Leistungen im Arbeitsbereich (ausgelagerte Plätze sind von den Darstellungen umfasst), wird weiterhin ein Anstieg an Belegungen deutlich. Bei der Rathenower Werkstätten GmbH ist diesbezüglich eine abgeflachte Dynamik des Anstiegs zu erkennen. Die Grafiken zeigen weiterhin einen Anstieg der Belegungszahlen im Förder- und Betreuungsbereich beider Träger, wobei hier ein stärkerer Zuwachs im Wirkungsbereich der Rathenower Werkstätten GmbH zu verzeichnen ist.

Bei der Betrachtung der Entwicklungen im Arbeitsbereich gilt es den zeitlichen Verzug zu berücksichtigen, mit dem sich die Belegungen aus dem Berufsbildungsbereich niederschlagen. Das Durchlaufen des Berufsbildungsbereiches dauert *in der Regel* zwei Jahre. Insofern können diese Belegungen auch erst mit entsprechendem zeitlichem Verzug in der aufgezeigten rückläufigen Entwicklung in den Arbeitsbereich einfließen. Der Übergang in den Förder- und Betreuungsbereich erfolgt hingegen in der Regel bereits nach dem Eingangsverfahren ohne Durchlaufen des Berufsbildungsbereiches.

Nachfolgende Grafik versucht den zeitlichen Verzug zwischen Belegung des Berufsbildungsbereiches und des Arbeitsbereiches in der WfbM auszublenzen, indem die Zeitabläufe dem *Sachzusammenhang* nach überlagert werden. Ziel ist es zu veranschaulichen, wie sich die Entwicklungen aus dem Berufsbildungsbereich im zeitlichen Verlauf im Arbeitsbereich niederschlagen.

Darüber hinaus soll in *einem* grafischen Kontext gezeigt werden, ob die Entwicklung im Förder- und Betreuungsbereich gleich oder entgegengesetzt der Entwicklung im Berufsbildungsbereich verläuft. Eine zeitliche Überlagerung ist hier nicht erforderlich. Die Darstellungen gelingen nur für die Rathenower Werkstätten GmbH. Für den Träger Fliedners Wohn- und Werkstätten fehlt es an Daten aus den Jahren vor 2008.

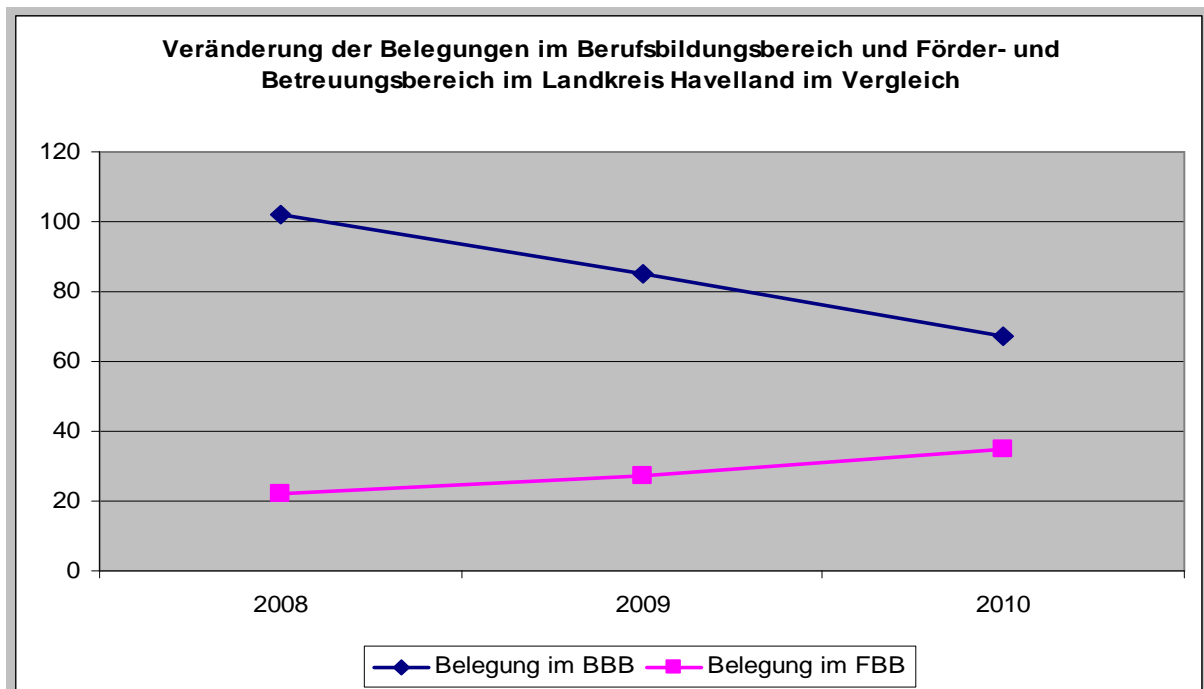


Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten der Serviceeinheit Entgeltwesen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg¹¹⁸

¹¹⁸ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09/ für 2008 zum 30.10.

Der Grafik zu entnehmen ist, dass der Rückgang im Berufsbildungsbereich zeitlich mit einer leicht abgeflachten Dynamik im Arbeitsbereich der WfbM zusammenfällt. Zwar steigt die Belegung im Arbeitsbereich der Werkstatt aufgrund der zwar geringeren aber dennoch gegebenen Neuzugänge aus dem Berufsbildungsbereich und den altersbedingt *noch* fehlenden Abgängen weiter, jedoch nicht mehr so massiv wie in den Jahren zuvor.

Der insgesamt bestehende kontinuierliche Anstieg im Arbeitsbereich hängt zudem auch damit zusammen, dass (wie später noch gezeigt wird) die etwa ab dem Jahr 2020 beginnende Welle des Eintretens vieler LeistungsempfängerInnen in das Rentenalter noch nicht begonnen hat und sich die Abgänge und Neuzugänge entsprechend nicht aufwiegen. Dass erst in einigen Jahren eine größere Anzahl an LeistungsempfängerInnen das Rentenalter erreichen wird, ist im Wesentlichen auf zwei Aspekte zurückzuführen. So führten die Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus und die insgesamt geburtschwachen Jahrgänge der Nachkriegszeit zu geringen Hilfeempfangszahlen der Jahrgänge vor 1960.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten der Serviceeinheit Entgeltwesen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg für die Rathenower Werkstätten GmbH¹¹⁹ sowie eigenen Angaben der Fließners Wohn- und Werkstätten¹²⁰

Betrachtet man den Verlauf der Belegung im Berufsbildungsbereich und im Förder- und Betreuungsbereich im Vergleich, ist festzustellen, dass sich beide Belegungen zeitgleich annähern. Daraus lässt sich schließen, dass im Rahmen des Eingangsverfahrens bei zunehmend mehr Menschen mit Behinderung eine fehlende Werkstattfähigkeit festgestellt wird, weshalb der Förder- und Betreuungsbereich an Bedeutung gewinnt. Der Berufsbildungsbereich, als Voraussetzung für eine spätere Werkstatttätigkeit und gegebenenfalls auch Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt entwickelt sich hingegen rückläufig.

¹¹⁹ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09/ für 2008 zum 30.10.

¹²⁰ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09 (auch für 2008)

Der Anstieg im Förder- und Betreuungsbereich liegt daneben - wenn aktuell auch noch geringfügig - in strukturellen Veränderungen, bedingt durch die Umsetzung des Zwei-Milieu-Prinzips¹²¹, begründet. So vollzieht sich bereits jetzt, wenn auch *zunächst nur vereinzelt*, eine Umwandlung heiminterner Tagesstrukturen in teilstationäre Angebote, wie den Förder- und Betreuungsbereich.

Mit Blick auf die im Zuge der Umsetzung des Zwei-Milieu-Prinzips avisierten konkreten Veränderungen¹²² ist davon auszugehen, dass sich die Belegungszahlen im kostenintensiven Förder- und Betreuungsbereich weiter erhöhen.

Nimmt man alle Auswertungen zusammen, ist für die Zukunft *insgesamt* zwar keine Reduzierung der Gesamtzahl an EmpfängerInnen von Leistungen im Arbeitsbereich zu erwarten, wird es innerhalb der Leistungspalette jedoch zu Verschiebungen kommen. So ist davon auszugehen, dass aufgrund:

- der *insgesamt* negativen Bevölkerungsentwicklung im Landkreis, bedingt durch sinkende Geburtenraten und Wanderungsverluste,¹²³
- der Einführung des Zwei-Milieu-Prinzips,¹²⁴
- der beginnenden Welle des Renteneintrittsalters vieler LeistungsempfängerInnen aus dem Arbeitsbereich in einer WfbM sowie
- der verstärkt festgestellten fehlenden Werkstattfähigkeit im Eingangsverfahren

der Förder- und Betreuungsbereich an Bedeutung gewinnen wird, während sich für Leistungen im Arbeitsbereich der WfbM zunächst eine gedämpfte Nachfrage abzeichnet. Die Bedarfsprognose am Ende dieses Kapitels wird zeigen, wie sich die Anzahl an LeistungsempfängerInnen unter den getroffenen Annahmen in den Folgejahren entwickeln wird.

Im Vergleich zum Anstieg der Empfängerzahlen von Leistungen im Arbeitsbereich *insgesamt* (+32% zwischen 2006 und 2010) wuchsen die Gesamtausgaben der Leistungen im Arbeitsbereich innerhalb der Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers in den vergangenen Jahren in entsprechendem Maße an (+30% zwischen 2006 und 2010).

In dem betrachteten Zeitraum 2006 bis 2010 stiegen die Ausgaben um knapp 1,5 Mio. EUR. Seit dem Jahr 2009 sind dynamischere Kostenaufwüchse zu verzeichnen. Ursächlich für diese Entwicklung sind neben der Fallzahlsteigerung auch eine Vergütungserhöhung, eine

¹²¹ Das Zwei-Milieu-Prinzip setzt auf dem Normalisierungsansatz auf und zielt auf eine Trennung der Lebensbereiche „Wohnen“ und „Tagesstruktur“ für Menschen mit Behinderung ab.

¹²² Geplant ist, den aktuell bestehenden Leistungstyp 5 „Wohnen mit Tagesstruktur“ dem Zwei-Milieu-Prinzip folgend, aufzulösen. Personen, die den Leistungstyp 5 aktuell nutzen, würden dann bezüglich des Lebensbereiches „Wohnen“ in den Leistungstyp 6 „Wohnen ohne Tagesstruktur“ fallen und bezüglich des Lebensbereiches „Tagesgestaltung“ entweder:

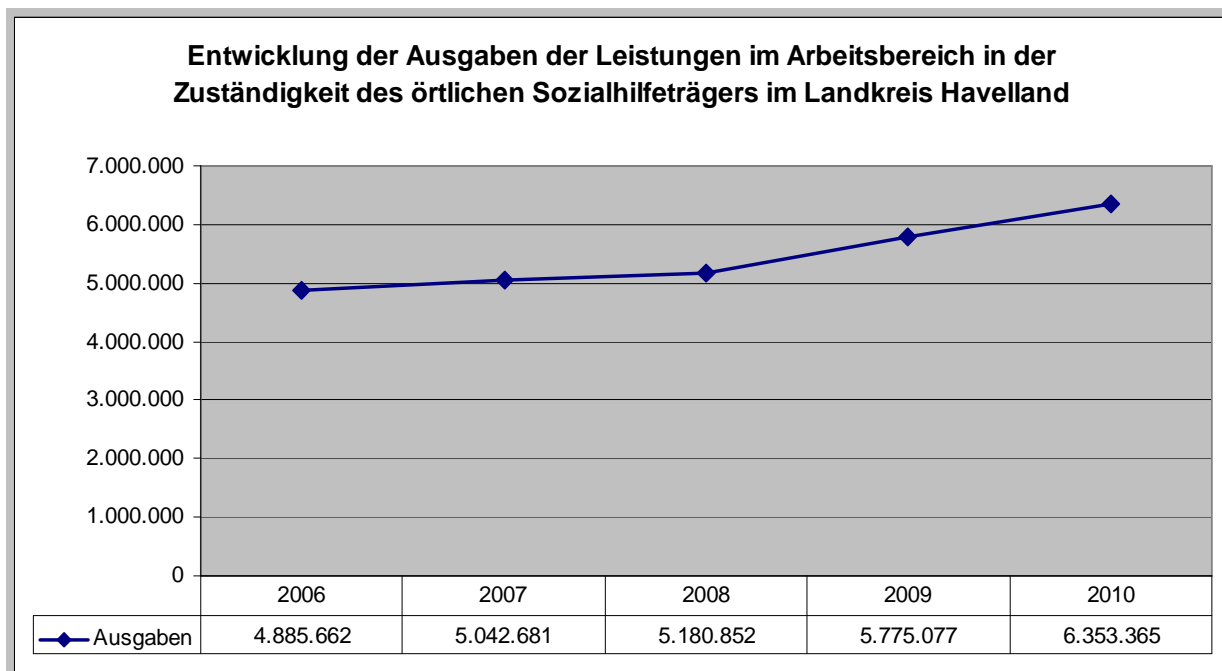
- den neuen Leistungstyp 11 (Gestaltung des Tages für *erwachsene* Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder mehrfacher Behinderung regelhaft bis zum Eintritt ins Rentenalter);
- den Leistungstyp 12 (Gestaltung des Tages für *ältere* Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder mehrfacher Behinderung) oder
- den Förder- und Betreuungsbereich

nutzen können. Es ist davon auszugehen, dass dies die Zahlen im Förder- und Betreuungsbereich weiter erhöht.

¹²³ Folglich zu erwarten sind weniger Neuzugänge im Arbeitsbereich der WfbM.

¹²⁴ Dies führt voraussichtlich zu einer stärkeren Nutzung des Förder- und Betreuungsbereiches als eine Alternative für den Lebensbereich „Tagesgestaltung“.

tendenziell zunehmende Belegung des kostenintensiveren Förder- und Betreuungsbereiches sowie zunehmende Mehrbedarfe vornehmlich im Förder- und Betreuungsbereich¹²⁵.



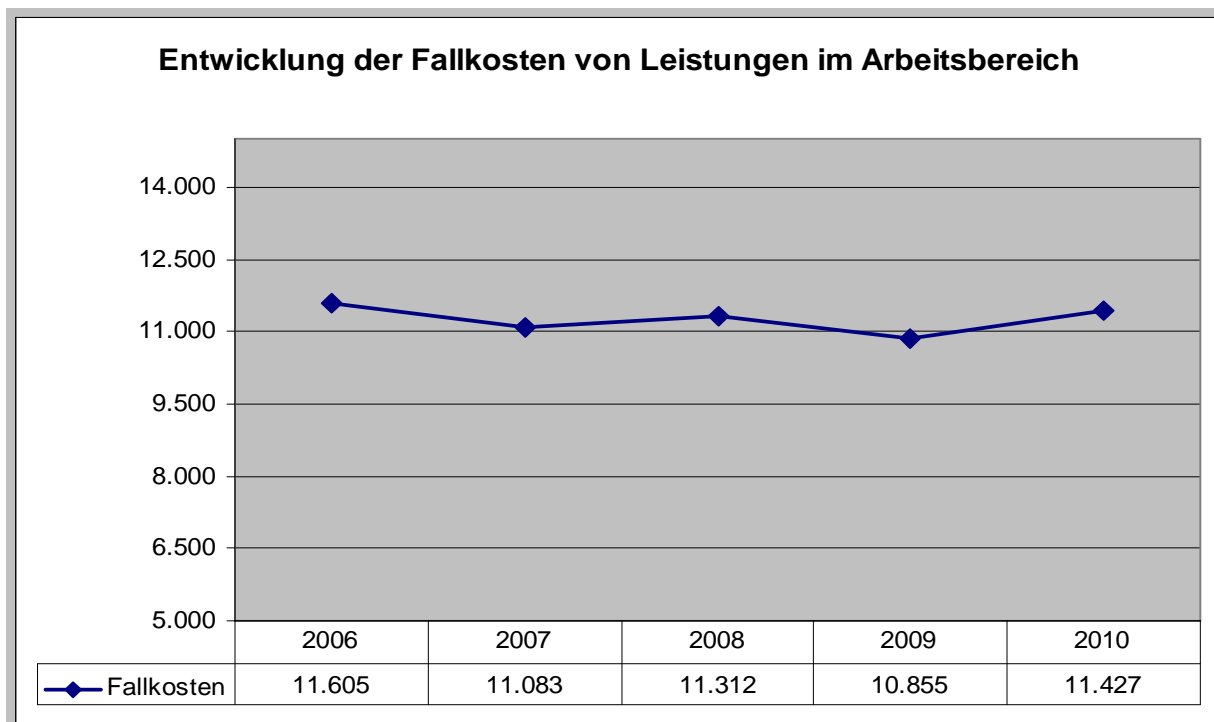
Quelle: eigene Darstellung für 2006 bis 2008 auf Basis der Daten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg und 2009 und 2010 auf Basis der Daten der Landabrechnung

Die Fallkosten bewegen sich innerhalb leichter Schwankungen seit Jahren auf einem annähernd gleichen Niveau. Dies ist trotz steigender Fallzahlen und zunehmender Komplexität der Einzelfälle auch Ergebnis einer professionellen Fallbearbeitung, die über einen Dialog zwischen Leistungsempfänger, -erbringer und Kostenträger nach individuellen aber gleichsam wirtschaftlichen Leistungsangeboten sucht.

Für die Zukunft sind steigende Fallkosten zu erwarten. So ist aktuell zu beobachten, dass die Fallzahlen im *kostenintensiveren* Förder- und Betreuungsbereich aus den bereits beschriebenen Gründen heraus¹²⁶ wieder stärker steigen. Diese Tendenz wird voraussichtlich auch in den Folgejahren anhalten und Einfluss auf die Fallkosten nehmen.

¹²⁵ Mehrbedarfe zeigen an, dass aufgrund der individuellen Gegebenheiten einiger Menschen mit Behinderung, die laut Vereinbarung vergüteten Leistungsinhalte nicht ausreichen und folglich angepasst und ergänzt werden müssen. Es wird entsprechend der neu vereinbarten Leistungen ein höherer Vergütungssatz gezahlt.

¹²⁶ negative Bevölkerungsentwicklung, Einführung Zwei-Milieu-Prinzip, beginnende Welle des Renteneintrittsalter der LeistungsempfängerInnen im Arbeitsbereich der WfbM, zunehmende Feststellung einer fehlenden Werkstattfähigkeit im Eingangsverfahren

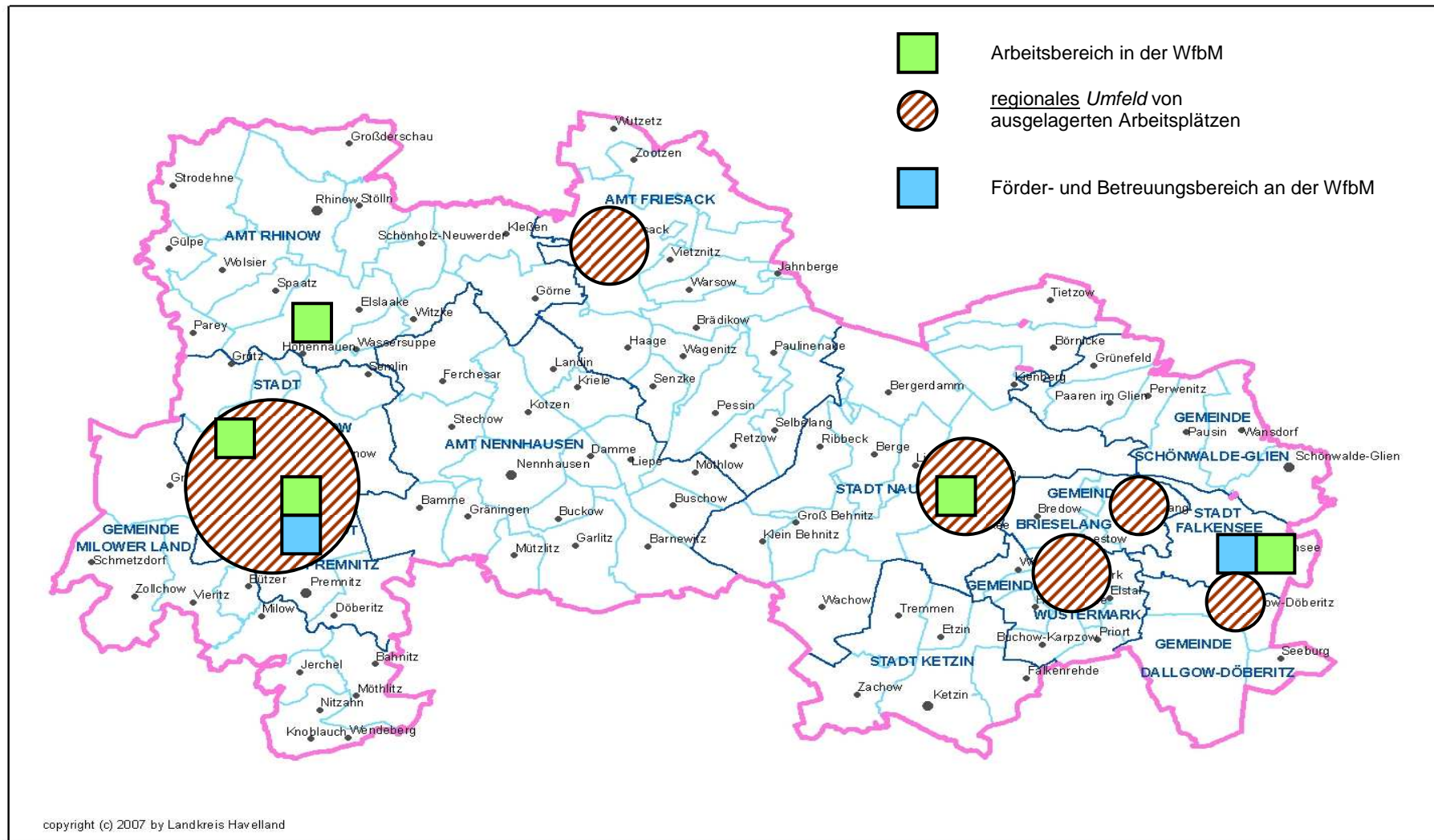


Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen

Die eingangs aufgezeigte Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen spiegelt sich auch in der Entwicklung der Platzkapazitäten der im Landkreis Havelland aktiven Träger wieder, die in den vergangenen Jahren kontinuierlich hohe Auslastungsquoten verzeichnen und fortwährend erweitert wurden.

Nachfolgende Karte zeigt zunächst die *aktuelle*¹²⁷ regionale Verankerung der Leistungsangebote im Arbeitsbereich für Menschen mit Behinderung im Landkreis Havelland im Rahmen des Zuständigkeitsbereiches des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch.

¹²⁷ Stichtag, 01.02.2011



Leistungsangebote im Arbeitsbereich für Menschen mit Behinderung im Landkreis Havelland im Rahmen des überwiegenden Zuständigkeitsbereiches des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (> das Angebot der Sonstigen Beschäftigungsstätte nach § 56 SGB XII der AWO Betreuungsdienste gGmbH wird im gesamten Landkreis angeboten)

Das Alternativangebot zur Werkstatttätigkeit der AWO Betreuungsdienste gGmbH wird in der nachfolgenden Tabelle nicht berücksichtigt. Hintergrund ist, dass das Leistungsangebot der sonstigen Beschäftigungsstätte der AWO vertraglich vereinbart wurde und getestet werden soll, dieses Angebot bisher jedoch keine tragende Rolle spielt. Zum Stichtag 30.09.2011 wurde das Angebot von *keiner* Person genutzt.

Auslastung der Angebote im Arbeitsbereich zum Stichtag 30.09.2010		
	Rathenower Werkstätten	Fliedners Wohn- und Werkstätten¹²⁸
Arbeitsbereich - Leistungstyp 9 -		
Maximalkapazität	194	180 Plätze
Belegung	266 Plätze → 248 davon belegt durch den öSHTr LK HVL	187 Plätze → 166 davon belegt durch den öSHTr LK HVL
Auslastung	137% → Überschreitung um 72 Plätze	104% → Überschreitung um 7 Plätze
festе Arbeitsgruppen und ausgelagerte Arbeitsplätze ¹²⁹	58 Plätze	28 Plätze
Überschreitung/Unterschreitung der vereinbarten Plätze (unter Berücksichtigung der 10%-Regelung und abzüglich der festen Arbeitsgruppen und ausgelagerten Arbeitsplätze)	+7% (14 Plätze) → Überschreitung	-12% (-21 Plätze) → Unterschreitung
Fremdbelegung ¹³⁰	18 Plätze	21 Plätze
Förder- und Betreuungsbereich (FBB) - Leistungstyp 10 -		
Plätze lt. Vereinbarung	10 ¹³¹	22
Belegung	14 → 12 davon belegt durch den öSHTr LK HVL	21 → 19 davon belegt durch den öSHTr LK HVL
Auslastung	140% → Überschreitung um 4 Plätze	95% → Unterschreitung um 1 Platz
Fremdbelegung ¹³²	2 Plätze	2 Plätze

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten der Serviceeinheit Entgeltwesen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg;¹³³ Daten der Fliedners Wohn- und Werkstätten > Meldung durch Träger¹³⁴

Festzustellen ist zunächst eine Überschreitung der vereinbarten Maximalkapazitäten im Arbeitsbereich, die bei der Rathenower Werkstätten GmbH auch bestehen bleibt, wenn die zum Stichtag bestehenden Außenarbeitsplätze keine Berücksichtigung finden. Laut Vereinbarung wird im Arbeitsbereich jedoch eine Unter- aber auch Überschreitung der

¹²⁸ Für den Träger Fliedners- Wohn- und Werkstätten werden Angaben zu den im Landkreis Havelland tatsächlich vorgehaltenen Kapazitäten gemacht.

¹²⁹ Diese Plätze werden nicht auf die vereinbarte Kapazität angerechnet.

¹³⁰ Belegung durch andere Sozialhilfeträger.

¹³¹ Die Bundesagentur für Arbeit hatte für den FBB der Rathenower Werkstätten ursprünglich eine Maximalkapazität von 33 Plätzen bestimmt. Im Verlauf der Zeit wurden diese Plätze dem jeweils aktuellen Bedarf entsprechend angepasst. Zum Stichtag 30.09.2010 bestand laut Vereinbarung eine Kapazität von 10 Plätzen.

¹³² Belegung durch andere nicht zuständige Sozialhilfeträger.

¹³³ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09/ für 2008 zum 30.10.

¹³⁴ Belegungsmeldung jeweils zum Stichtag 30.09 (auch für 2008)

vereinbarten Plätze um 10%, angepasst an die Nachfragesituation akzeptiert. Die Rathenower Werkstätten bewegen sich in diesem Rahmen. Die Fliedners Wohn- und Werkstätten *unterschreiten* die Schwelle um zwei Prozent.¹³⁵

Für den Förder- und Betreuungsbereich gibt es keine analoge 10%-Regelung, wie etwa im Arbeitsbereich der WfbM. Die dargestellte Überschreitung der vereinbarten Kapazitäten im Förder- und Betreuungsbereich der Rathenower Werkstätten GmbH zum Stichtag 30.09.2010 führte folglich zu einer bedarfsgerechten Anpassung/Erweiterung der Kapazitäten, die nachfolgend auch für die Fliedners Wohn- und Werkstätten aufgrund steigender Inanspruchnahmen notwendig wurde. Die Kapazitäten stellen sich aktuell wie folgt dar:

- für den Standort Falkensee der Fliedners Wohn- und Werkstätten 22 Plätze und
- für den Träger Rathenower Werkstätten insgesamt 18 Plätze (aufgeteilt auf die Standorte Mögeln > 12 Plätze und Rathenow, Heidefeldstraße > 6 Plätze).

Die insbesondere auch im Vergleich zu anderen Trägern hohen Auslastungsquoten sind Spiegelbild der eingangs skizzierten insgesamt steigenden Empfängerzahlen. Sie sind aber auch Ausdruck der Angebotsdichte, die im Landkreis Havelland, gemessen an der erwerbsfähigen Bevölkerung und im Vergleich zu anderen Landkreisen unterdurchschnittlich ist.

Plätze je 10.000 EinwohnerInnen im erwerbsfähigen Alter von 18 – 65 Jahren		
	Landkreis Havelland	Durchschnitt Land Brandenburg
AB-Plätze nach Zuständigkeit des öSHTr (hier fließen für den LK HVL nur die Angebote der Rathenower Werkstätten ein)	27,0	51,9
AB-Plätze nach regionaler Verankerung der Angebote (hier fließen sowohl die Angebote der Fliedners Wohn- und Werkstätten sowie der Rathenower Werkstätten ein → <i>tatsächliche</i> Plätze im LK)	45,4	
FBB-Plätze nach Zuständigkeit des öSHTr (hier fließen für den LK HVL nur die Angebote der Rathenower Werkstätten ein)	1,4	4,1
FBB-Plätze nach regionaler Verankerung der Angebote (hier fließen sowohl die Angebote der Fliedners Wohn- und Werkstätten sowie der Rathenower Werkstätten ein → <i>tatsächliche</i> Plätze im LK)	3,6	

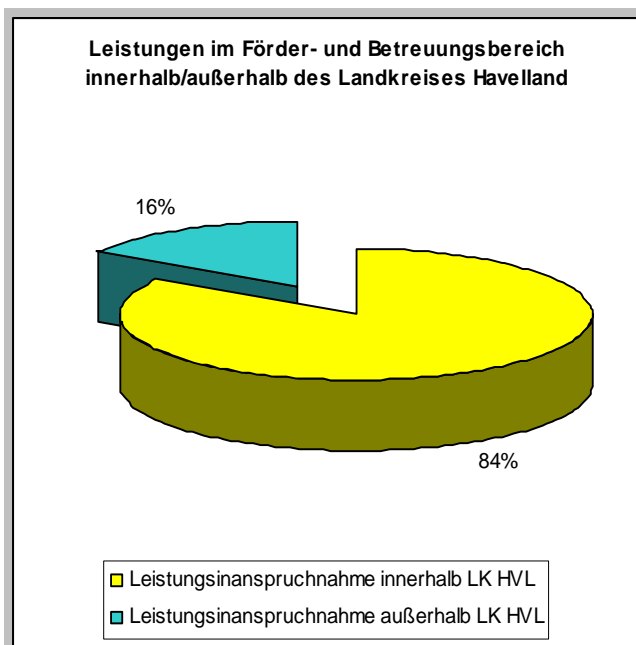
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Bevölkerungszahlen des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg zum Gebietsstand 31.12.2010, sowie der Auswertungen der Serviceeinheit Entgeltwesen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg. Die Angaben sind gerundet auf eine Dezimalstelle nach dem Komma.

¹³⁵ Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass für die Fliedners Wohn- und Werkstätten die Gesamtkapazitäten für alle Einrichtungen im Land Brandenburg mit dem zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger - Stadt Brandenburg - vertraglich vereinbart wurden. Insofern ist die regional dargestellte Auslastung nur bedingt entscheidend. Die Gesamtauslastung ist den vertraglichen Regelungen nach grundsätzlich an der Gesamtkapazität aller im Land Brandenburg für die Fliedners Wohn- und Werkstätten vereinbarten Plätze zu bewerten.

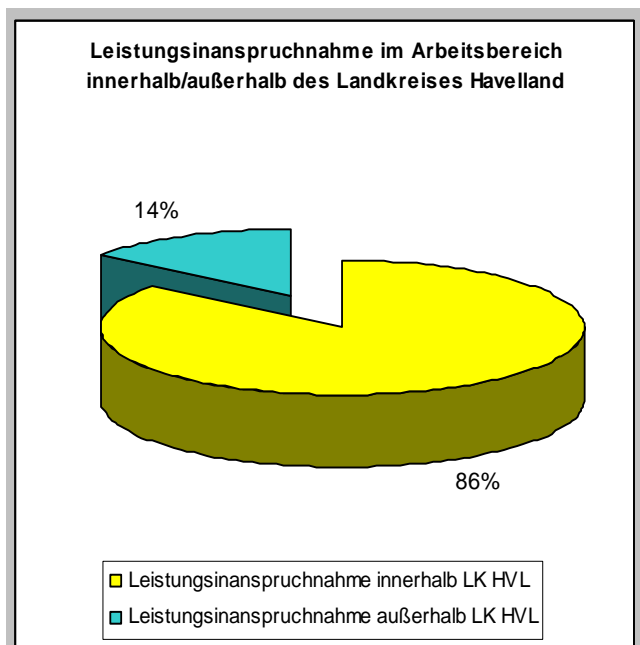
In der vergleichsweise geringen Angebotsdichte ist auch ein Erklärungsansatz für den Anteil an Fremdbelegungen *in* den havelländischen Werkstätten zu sehen.

- In den regionalen Arbeitsbereichen besteht mit 8,6% der mit Abstand geringste Anteil an Fremdbelegungen im Vergleich zu den übrigen Werkstätten im Land Brandenburg.¹³⁶
- In den regionalen Förder- und Betreuungsbereichen liegt die Fremdbelegungsquote bei 11,4% und ist damit im Vergleich zu den übrigen Förder- und Betreuungsbereichen im Land Brandenburg ebenfalls unterdurchschnittlich.¹³⁷

Betrachtet man neben der Fremdbelegungsquote in den havelländischen Einrichtungen, darüber hinaus den Anteil an Belegungen, die der örtlich zuständige Sozialhilfeträger des Landkreises Havelland außerhalb des eigenen Landkreises „selbst fremdbelegt“, *könnte* dies ein weiteres Indiz für eine geringe Versorgungsdichte im Landkreis sein. Die Belegungsquote außerhalb des Landkreises stellt sich wie folgt dar:¹³⁸



Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen



Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen

Bei der Bewertung der Belegungsquoten außerhalb des Landkreises müssen jedoch zwingend die vielen Personen berücksichtigt werden, die außerhalb des Landkreises in Wohneinrichtungen leben¹³⁹ und aufgrund der Wohnortnähe entsprechend auch Werkstätten vor Ort besuchen, jedoch z. T. historisch bedingt in den Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers im Landkreis Havelland fallen. Berücksichtigt man dies *nicht*, führt dies zu Verzerrungen und falschen Schlussfolgerungen.

¹³⁶ Der Landesdurchschnitt der Fremdbelegungsquote im Arbeitsbereich beträgt 26,95%, berechnet auf Basis der Fremdbelegungsquoten der Landkreise und kreisfreien Städte ohne Barnim, nach den Angaben der Serviceeinheit Entgeltwesen zum Stichtag 30.09.2010.

¹³⁷ Der Landesdurchschnitt der Fremdbelegungsquote im FBB beträgt 29,10%, berechnet auf Basis der Fremdbelegungsquoten der Landkreise und kreisfreien Städte ohne Barnim, nach den Angaben der Serviceeinheit Entgeltwesen zum Stichtag 30.09.2010.

¹³⁸ Die Angebote der Fliedners Werkstätten innerhalb des Landkreises Havelland, für die eine Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers Stadt Brandenburg gegeben ist, werden den Angeboten „innerhalb des Landkreises“ zugerechnet und im Rahmen der Darstellung nicht als „Fremdbelegung“ gewertet.

¹³⁹ Vgl. Seite 26 dieses Plans

Auf Basis des Wunsch- und Wahlrechtes bezüglich des Werkstattangebotes, nutzen zudem einige Menschen mit Behinderung auch Werkstattangebote z. B. in Berlin oder der Stadt Brandenburg, was die Quote „Leistungsanspruchnahme außerhalb des Landkreises“ weiter erhöht, jedoch ursächlich nicht in einer vermeintlich geringen Versorgungsdichte innerhalb des Landkreises begründet liegt.

Zieht man alle betrachteten Aspekte zusammen, ist die Angebotslandschaft von Leistungen im Arbeitsbereich im Landkreis Havelland als bedarfsgerecht und vor allem effizient zu bewerten. Die Werkstätten sind insgesamt durch hohe Auslastungsquoten gekennzeichnet, die sich im vertraglich zulässigen Bereich an der oberen Grenze bewegen. Uneffiziente Leerkapazitäten, die in anderen Werkstätten des Landes Brandenburg keine Seltenheit sind, werden vermieden.

Wie im vorderen Analyseteil bereits aufgezeigt, kommt es innerhalb des Leistungskomplexes der „Leistungen im Arbeitsbereich“ jedoch zunehmend zu Verschiebungen, die dazu führen, dass der Förder- und Betreuungsbereich an Bedeutung gewinnt. Dies ist aktuell bereits zu beobachten. Die angesprochenen Veränderungen werden sich in großem Umfang nicht ad hoc einstellen, erfordern in den Folgejahren jedoch eine schrittweise und flexible Anpassung der Angebotsstruktur, welche die tendenziell rückläufigen Entwicklungen in einzelnen Teilbereichen aufgreift. Die Bedarfsprognose wird differenzierter zeigen, welche Entwicklungsverläufe insgesamt zu erwarten sind.

Hinsichtlich der Angebotsvielfalt ist festzuhalten, dass die beschriebenen Leistungen im Arbeitsbereich vereinzelt auch von Menschen mit körperlicher und seelischer Behinderung genutzt werden. Menschen mit seelischer Behinderung nutzen unter anderem auch nahegelegene spezifische Angebote angrenzender Landkreise, z. B. der Hoffnungstaler Stiftung Lobetal in Dreibrück (Landkreis Ostprignitz-Ruppin). Menschen mit körperlicher Behinderung nehmen seltener Werkstattangebote in Anspruch. Hier gelingt es häufiger diese Personen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Arbeit zu bringen. Vorstellbar ist, dass das Angebot der „Sonstigen Beschäftigungsstätte“ der AWO in Friesack als Alternative zur Werkstatttätigkeit für Menschen im Landkreis Havelland mit seelischer oder körperlicher Behinderung stärker zum Tragen kommen könnte. Das Angebot befindet sich noch im Aufbau und ist für die Zukunft neben anderen Modellen weiter zu entwickeln.

Bedarfsprognose „Leistungen im Arbeitsbereich“

• Leistungsempfängerzahlen

Wie sich die Bedarfslagen in den kommenden Jahren im Bereich der „Leistungen im Arbeitsbereich“¹⁴⁰ *tendenziell* entwickeln werden, zeigt die nachfolgende Bedarfsprognose. Aufgrund der zahlreichen Faktoren, deren individuelles Ausmaß der Einflussnahme auf das Gesamtergebnis (Entwicklung der Anzahl an EmpfängerInnen) nicht zielgenau vorausberechnet werden kann, gestaltet es sich schwierig den prospektiven Entwicklungsverlauf abzubilden. Folglich werden zwei Szenarien erstellt, die unterschiedliche Entwicklungsverläufe aufzeigen. Die beiden abgebildeten Szenarien gilt es über den tatsächlichen Entwicklungsverlauf in den Folgejahren zu verifizieren bzw. zu falsifizieren.

Die Erstellung der Prognose wird zudem durch eine eingeschränkte Datengrundlage erschwert. Das entwickelte Rechenmodell ist so auch Ergebnis der vorliegenden Daten.

¹⁴⁰ Leistungen im Arbeitsbereich schließen in diesem Zusammenhang sowohl den Förder- und Betreuungsbereich, Werkstätten sowie die sonstige Beschäftigungsstätte ein.

Insbesondere der Umstand, dass viele Daten nur in Form von Clustern, wie z.B. vorgegebenen Altersgruppen vorliegen, war im Rahmen der Bildung des Rechenmodells in besonderem Maße entscheidend. So gelingt aufgrund der vorliegenden Daten eine *vollumfängliche* Bedarfsprognose nur bis zum Jahr 2019 (für *ausgewählte* Altersgruppen bis zum Jahr 2059). Da nicht alle Daten 1:1 gegenüber gestellt werden können bzw. einzelne Datensätze für weitere Berechnungen hochgerechnet werden müssen, können leichte Verzerrungen aufgrund der mathematischen Berechnungsweise nicht ausgeschlossen werden. Teilweise werden als Kontrollmechanismus Vergleichsrechnungen herangezogen.

Annahmen der Bedarfsprognose und Erklärung des Rechenmodells:

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bleiben unverändert.
- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg bis zum Jahr 2019 auf Basis des Jahres 2008 trifft ein. Die Bevölkerungsvorausberechnung dient als Basis für die Prognose der Empfängerzahlen.
- Daten der LeistungsempfängerInnen liegen für nachfolgend benannte Altersgruppen vor, die mit Ausnahme einer geringfügigen Abweichung in der erstgenannten Gruppe sonst immer 10 Lebensjahre umfassen:
 - 18 bis unter 30 Jährige
 - 30 bis unter 40 Jährige
 - 40 bis unter 50 Jährige
 - 50 bis unter 60 Jährige
 - 60 bis unter 70 Jährige.

Die Prognose geht zunächst vereinfacht davon aus, dass sich jeweils in einem zeitlichen Intervall von 10 Jahren (Ausgangsjahr 2009) die Anzahl von EmpfängerInnen aus einer Altersgruppe 1:1 in das Fenster des nächst folgenden Altersclusters verschiebt.¹⁴¹ In der Altersgruppe der 60 bis 70 Jährigen werden nur 17 Prozent der vorausgehenden Altersgruppe berücksichtigt. Hintergrund ist, dass für Menschen mit Schwerbehinderung das Renteneintrittsalter bei Vollendung des 60. Lebensjahres liegt und zudem einige Menschen mit Behinderung¹⁴² aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. 67. Lebensjahres tätig werden können. Dennoch gehen mit Blick auf die vergangenen Jahre einige ältere Menschen mit Behinderung auf eigenen Wunsch weiterhin einer zeitlich reduzierten Tätigkeit nach bzw. weil sie gesundheitlich dazu in der Lage sind. Dies entsprach in den Jahren 2006/2008 rund 17 Prozent der vorausgegangenen Altersgruppe der 50 bis 60 jährigen LeistungsempfängerInnen. Dies wird auch für die Folgejahre angenommen.

Über die Alterskohorte der 60 bis 70 Jährigen hinaus wird dann - aufgrund des Eintretens in den Altersruhestand und auch mit Blick auf die vergangenen Jahre - der hier betrachtete Leistungsbereich verlassen. Aus diesen Sachgründen erfolgt keine weiterführende Berücksichtigung von Personen über 70 Jahre in diesen Analysen.

Weiter wird vereinfacht angenommen, dass es zu Neuzugängen allein in der Altersgruppe der 18 – 30 Jährigen nach Absolvieren des Schulbesuchs kommt.¹⁴³ Die Neuzugänge werden auf folgendem Weg ermittelt:

¹⁴¹ Dies wird vereinfacht so auch für die Gruppe der 18 bis 30 Jährigen durchgeführt, auch wenn diese Gruppe zwölf Lebensjahre umfasst.

¹⁴² die z. T. keinen schweren Grad der Behinderung haben

¹⁴³ Neuzugänge gibt es grundsätzlich (jedoch *nicht überwiegend*) auch in den anderen Altersgruppen (Quereinsteiger). Die gewählte vereinfachte Form der Berechnung mag zu geringfügigen Verzerrungen führen. Da jedoch die Leistungsempfängerzahlen im 10-Jahres-Intervall ebenfalls vereinfacht „fortgeschrieben“ werden und auch hier keine

Für die Jahre 2006 bis 2009 wurde zunächst ermittelt, wie groß der Anteil der 21-25 jährigen LeistungsempfängerInnen an dem betrachteten Alterscluster der 18-30 jährigen LeistungsempfängerInnen ist.¹⁴⁴ Über den Vergleichszeitraum ergibt sich eine *Durchschnittsquote* von 42 Prozent. Der Prognose der Neuzugänge im Jahr 2019 liegt darauf aufbauend die Annahme zugrunde, dass dieser Anteil konstant bleibt.

Ergänzend wurde berechnet, wie hoch der Anteil der 21-25 jährigen *LeistungsempfängerInnen* an der zugehörigen Altersgruppe im Landkreis Havelland ist.¹⁴⁵ Der Prognose der Neuzugänge im Jahr 2019 wird im **Szenario I** erneut die Annahme zugrunde gelegt, dass dieser Anteil¹⁴⁶ auf dem Niveau des Jahres 2009 von 1,32% verbleibt und im **Szenario II** im Jahr 2019 bei 2,0 liegt.¹⁴⁷

Diese Annahmen führen zu der Hypothese, dass 1,32 Prozent (**Szenario I**) bzw. 2,0 Prozent (**Szenario II**)¹⁴⁸ der EinwohnerInnen des Landkreises Havelland in der Altersgruppe der 21-25 Jährigen im Jahr 2019 Leistungen im Arbeitsbereich beziehen und in diesem Rahmen insgesamt 42 Prozent der LeistungsempfängerInnen im Alterscluster 18 bis 30 Jährige ausmachen. Über die mathematische Vervollständigung des Vmhundertsatzes (auf 100 Prozent) wird abschließend die Gesamtzahl an prognostizierten Neuzugängen im Jahr 2019 ermittelt.

grundsätzlich vorkommenden Abgänge außerhalb des Eintretens in den Ruhestand berücksichtigt werden, ist davon auszugehen, dass sich beide Effekte annähernd egalisieren und zumindest keine größeren Verzerrungen bewirken.

¹⁴⁴ Dieser Zwischenschritt ist notwendig, weil keine differenzierten Datensätze (insbesondere auch Prognosen) zu Bevölkerungszahlen der Gruppe der 18 – 30 jährigen EinwohnerInnen im Havelland vorliegen, wohl aber für die Gruppe der 21 – 25 Jährigen.

¹⁴⁵ Dies ermöglicht es auf Basis der Prognosedaten des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg die Bevölkerungszahlen bis zum Jahr 2019 abzubilden. Es wurden Daten zum Gebietsstand 31.12.2009 herangezogen.

¹⁴⁶ Gemeint ist der Anteil der EmpfängerInnen von „Leistungen im Arbeitsbereich“ an der zugehörigen Altersgruppe der 21-25 Jährigen.

¹⁴⁷ Als Kontrollmechanismus für die Hochrechnung der Neuzugänge wurde zudem eine vereinfachte Vergleichsrechnung angestellt. Diese geht davon aus, dass im Durchschnitt der letzten Schuljahre (betrachtet wurden die Schuljahre 2007/08; 2008/09; 2009/10 → Quelle: Angaben des Schulverwaltungsamtes der Landkreises Havelland) jährlich 14 SchülerInnen die Förderschulen für Menschen mit geistiger Behinderung im Landkreis Havelland absolviert haben. Angenommen - weil der Realität häufig entsprechend - wird, dass all diese SchülerInnen anschließend Leistungen im Arbeitsbereich empfangen. Bestätigt wird diese gesetzte Annahme u.a. auch durch Ausführungen im „Durchführungskonzept der Rathenower Werkstätten GmbH“ zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich (S. 4 → gültig ab dem 23.08.2010). Auch hier wird beschrieben, dass es sich in der Regel um Jugendliche handelt, welche die Förderschule für geistig Behinderte absolviert haben. Auch wenn hier explizit das Eingangsverfahren und der Berufsbildungsbereich betrachtet werden, besteht ein zwingender Sachzusammenhang dahingehend, dass diese Leistungen regelhaft in den Komplex „Leistungen im Arbeitsbereich“ übergehen. Zwischen den Jahren 2009 und 2019 ergäben sich der Kontrollrechnung nach 140 Neuzugänge. Dies entspricht dem Wert in Höhe von 141 Neuzugängen im Jahr 2019, der auf dem Weg der vorab aufgezeigten Hypothese (nach Szenario I) ermittelt wurde.

¹⁴⁸ Die Erhöhung des Anteils wurde insbesondere vor dem Hintergrund der im vorangestellten Kapitel ermittelten steigenden heilpädagogischen Förderbedarfe bei Kindern angenommen. Berücksichtigt wurde auch, dass es aufgrund der Fortschritte in der pränatalen und frühgeburtlichen Medizin zu einer starken Erhöhung der Überlebensrate von Frühgeborenen mit einem geringen Geburtsgewicht gekommen ist. Häufig leiden Frühgeborenen mit einem geringen Geburtsgewicht an Hirnschäden, Hirnblutungen, Fehlbildungen des Organsystems und verminderten kognitiven Fähigkeiten. > Quelle: <http://www.faz.net/artikel/C31315/medizinischer-fortschritt-diagnose-bedingt-lebensfaehig-30303928.html>

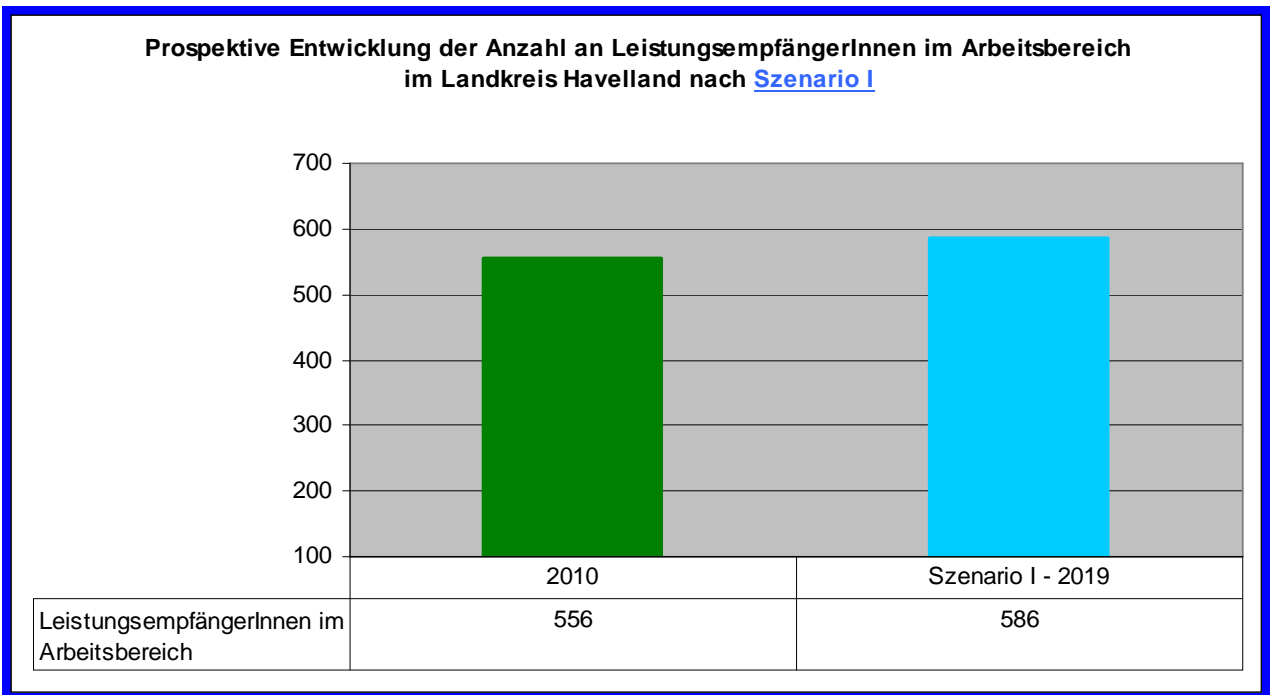
**Hochrechnung der EmpfängerInnen von Leistungen im Arbeitsbereich
in der Altersgruppe 18 bis 30 Jahre (als Ausgangsbasis der Prognoseberechnung)**

	IST 2009	Szenario I - 2019	Szenario II - 2019
Entwicklung der 21 bis 25-Jährigen im LK-HVL	6.940	4.494	4.494
Anteil LeistungsempfängerInnen an der Altersgruppe der 21 bis 25- Jährigen	1,32%	1,32%	2,00%
EmpfängerInnen 21 bis 25 Jahre (Annahme der Prognose → 21 bis 25-jährige EmpfängerInnen = 42% der 18 - 30-jährigen EmpfängerInnen) ¹⁴⁹	92	59	90
Anzahl EmpfängerInnen 18 bis 30 Jahre	184	141	214

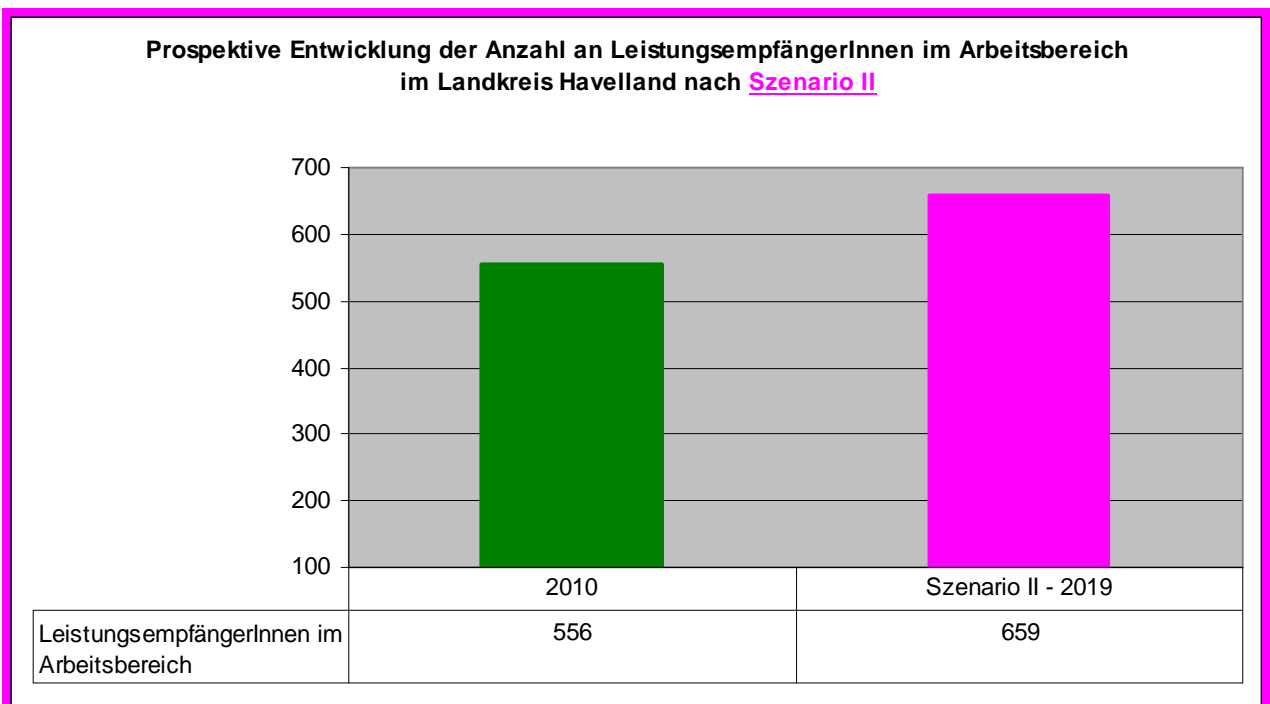
Bedarfsprognose der Gesamtzahl an LeistungsempfängerInnen im Jahr 2019

Lebensjahre	IST 2009	Szenario I - 2019	Szenario II - 2019
18 bis 30	184	141	214
30 bis 40	109	184	184
40 bis 50	137	109	109
50 bis 60	89	137	137
60 bis 70	12	15	15
gesamt 18 bis 70 Jährige	531	586	659

¹⁴⁹ Im Jahr 2009 ergibt sich den IST-Zahlen nach keine 42%-Quote. Der Anteil der 21 bis 25 jährigen LeistungsempfängerInnen an der Gruppe der 18 bis 30 jährigen EmpfängerInnen beträgt hier 50 Prozent. Um Schwankungen auszugleichen, wurde für die Hochrechnung jedoch der Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2009 herangezogen, welcher 42 Prozent beträgt.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen



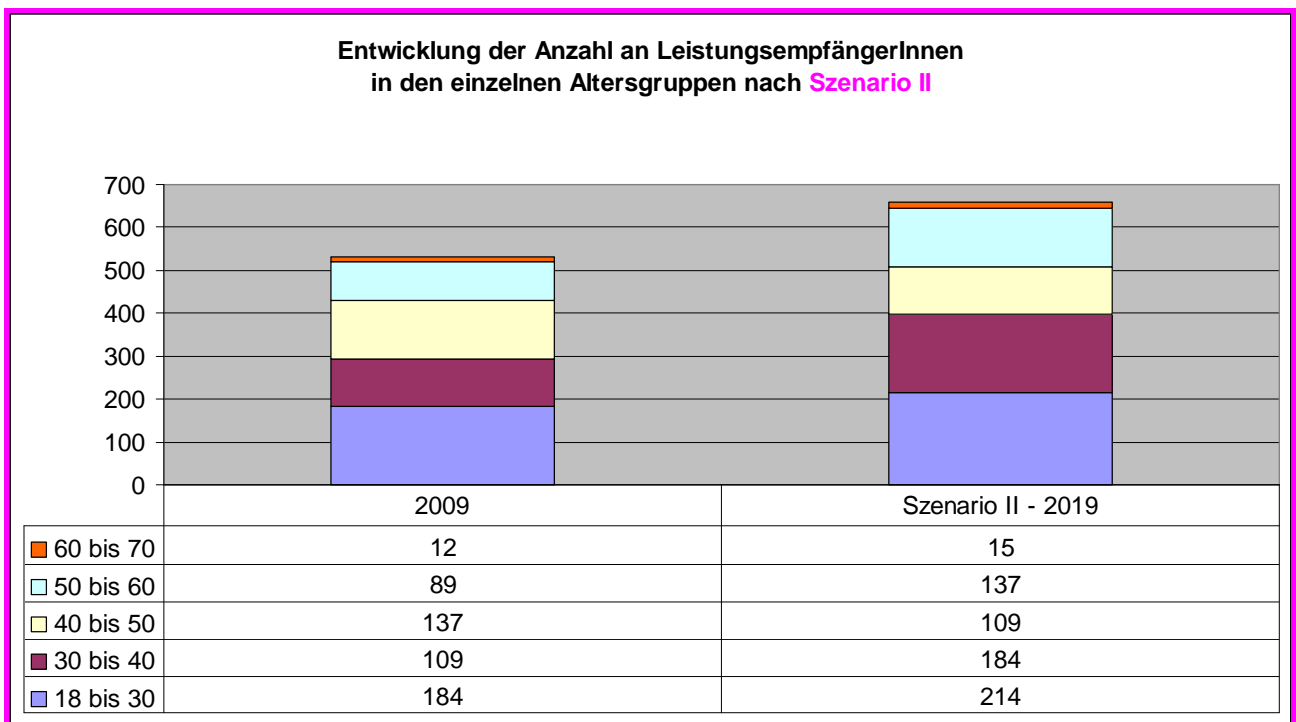
Quelle: eigene Darstellung auf Basis eigener Berechnungen

Beide Szenarien zeigen für die kommenden Jahre weiterhin einen Anstieg der Anzahl an EmpfängerInnen von Leistungen im Arbeitsbereich.

Der insgesamt zu erkennende mäßige Anstieg im **Szenario I** ist über den beginnenden Eintritt vieler LeistungsempfängerInnen ins Rentenalter zu begründen, aber auch über die negative Bevölkerungsentwicklung (insbesondere in den jüngeren Bevölkerungsgruppen). So ist in diesem Szenario davon auszugehen, dass der demografische Effekt aus den geringen Geburtenraten, aber auch die Wanderungsverluste sich auf die Anzahl der Neuzugänge zwar reduzierend auswirken werden, der grundsätzliche Trend dadurch jedoch nicht aufgehoben wird.

Das Eintreten von **Szenario II** kann mit Blick auf den im Rahmen des Plans herausgearbeiteten steigenden heilpädagogischen Förderbedarf bei Kindern mit einer höheren Wahrscheinlichkeit bewertet werden. Dies ist auch im Zusammenhang mit den Fortschritten der pränatalen und frühgeburtlichen Medizin zu sehen, welche die Überlebenschancen von extrem Frühgeborenen in den letzten Jahren enorm steigern konnten, wobei viele dieser Kinder im Laufe der Zeit zum Teil schwere Behinderungen erwerben.¹⁵⁰

Die nachfolgenden Diagramme zeigen, dass der Anteil der älteren LeistungsempfängerInnen immer größer wird und zunehmend mehr LeistungsempfängerInnen das Rentenalter erreichen.



Quelle: eigene Darstellung

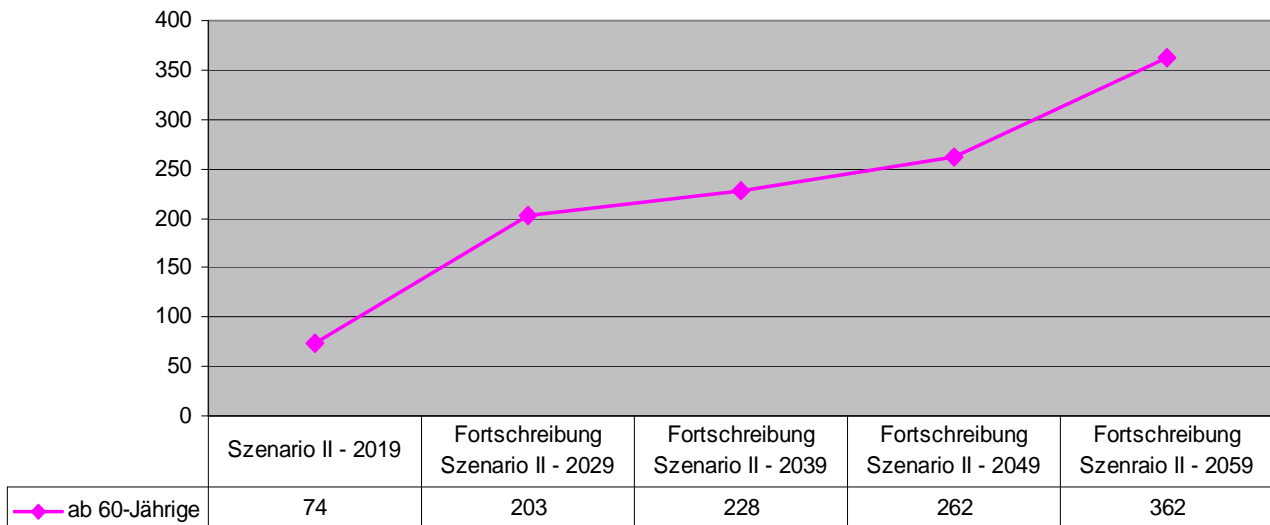
Aufbauend auf den Annahmen der Bedarfsprognose wird im folgenden Diagramm die Prognose für die Folgejahre allein für die Altersgruppe der ab 60-Jährigen fortgeschrieben, wobei der Anteil derjenigen (durchschnittlich 17%), die nach Erreichen des Renteneintrittsalters von 60 Jahren auf eigenen Wunsch weiterhin im Arbeitsbereich tätig werden möchten, entsprechend ausgeklammert wird. Zudem wird die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland von rund 80 Jahren im Jahr 2009¹⁵¹ zugrunde gelegt.¹⁵² Die Darstellungen sind sehr *hypothetisch*, da ein so weitreichender Blick auch viele Unbekannte ausklammert. Dennoch soll die Grafik die anstehenden Herausforderungen optisch verdeutlichen.

¹⁵⁰ Heute überleben aufgrund der Fortschritte in der pränatalen und frühgeburtlichen Medizin etwa 85 Prozent der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm. Jedes vierte Kind mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm entwickelt einen kindlichen Hirnschaden. Viele der Kinder mit einem noch geringeren Geburtsgewicht leiden häufig an Fehlbildungen des Herz-, Lungen- und Bronchialsystems, an Hirnblutungen oder Augenerkrankungen oder zeigen später verminderte kognitive Fähigkeiten, Lern- und Schulschwierigkeiten. > Quelle: <http://www.faz.net/artikel/C31315/medizinischer-fortschritt-diagnose-bedingt-lebensfaehiq-30303928.html>

¹⁵¹ Vgl.: http://www.google.com/publicdata?ds=wb-wdi&met_y=sp_dyn_le00_in&idim=country:DEU&dl=de&hl=de&q=durchschnittliche+lebenserwartung → Lebenserwartung 2009: 79,9 Jahre

¹⁵² Neuesten Studien nach weicht die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen nicht mehr von der Lebenserwartung nicht behinderter Menschen ab. vgl.: GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP „Dokumentation der Modellrechnungen und Analysen zum Masterplan Daseinsvorsorge des Kreises Nordfriesland im Themenfeld“, Hamburg, Januar 2011

Entwicklung der Anzahl von Menschen mit Behinderung im altersbedingten Ruhestand nach Übergang aus dem Arbeitsbereich (nach Szenario II)



Quelle: eigene Darstellung

Über eine Fortschreibung der Szenarien (→ hier abgebildet **Szenario II**) wird deutlich, dass beginnend zwischen den Jahren 2020 und 2030 zahlreiche EmpfängerInnen von Leistungen im Arbeitsbereich das Rentenalter erreichen werden. Gleichsam zeigen beide Szenarien, dass auch künftig Neuzugänge in das System drängen werden, nach **Szenario I** jedoch mit deutlich abgeschwächter Dynamik.

Die Entwicklungen erfordern eine *schrittweise und bedarfsgerechte* Ausrichtung der Leistungspalette im *Arbeitsbereich* in den Folgejahren. Themenfelder, wie Teilzeitmöglichkeiten für ältere ArbeitnehmerInnen, Vorbereitung auf den Ruhestand und Zukunftsplanung¹⁵³ im Allgemeinen werden zu Schwerpunkten in der Arbeit von Werkstattträgern aufrücken müssen. Darüber hinaus muss es gelingen, bestehende Automatismen zu durchbrechen. An dieser Stelle sei etwa die Bedeutung von Modellvorhaben, die den Übergang „(Förder-)Schule – Beruf“ fokussieren, hervorgehoben.

Deutlich wird insgesamt auch, welche wachsende Bedeutung den Strukturen für Menschen mit Behinderung nach dem Eintritt ins Rentenalter zukommt.

¹⁵³ LWL-Behindertenhilfe Westfalen: Arbeitsmaterial, Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter, Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen, März 2011, S. 32

- **Gesamtausgaben**

Nachfolgend wird auf Basis der vorab skizzierten Entwicklungsverläufe aufgezeigt, wie sich die Gesamtausgaben der Leistungen im Arbeitsbereich unter den getroffenen Annahmen bis zum Jahr 2019 entwickeln werden.

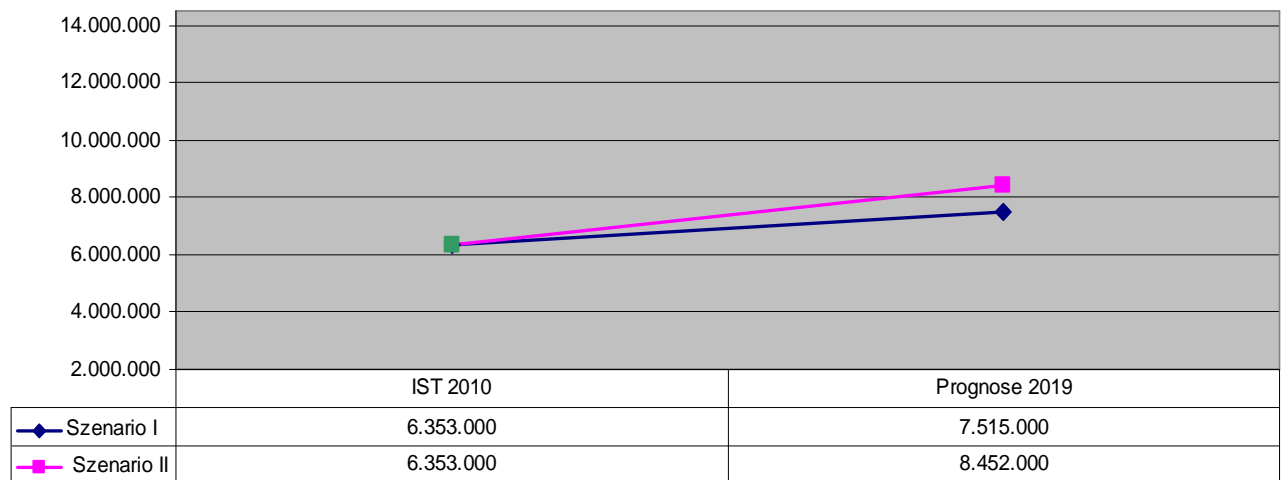
Annahmen der Bedarfsprognose sowie Basis des Rechenmodells:

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen bleiben unverändert.
- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg bis zum Jahr 2019 auf Basis des Jahres 2008 trifft ein.
- Die vorab prognostizierte Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen bis zum Jahr 2019 trifft ein.
- Das Rechenmodell basiert auf folgenden Bedingungen:
 - Die Hochrechnung basiert auf den zuvor prognostizierten Empfängerzahlen für die jeweils betrachteten Jahre. Als Ausgangswert werden die durchschnittlichen Kosten je LeistungsempfängerIn aus dem arithmetischen Mittel der Jahre 2006 bis 2010 herangezogen.¹⁵⁴
 - Die durchschnittlichen Ausgaben je EmpfängerIn steigen aufgrund einer angenommenen Erhöhung der Kostensätze um 1,46 Prozent *jährlich*. Dabei erfolgt mit Blick auf die Vergleichshistorie der Erhöhung der Kostensätze für den teilstationären Bereich, eine Anlehnung an die durchschnittliche Gesamtkostensteigerung der vergangenen 10 Jahre, um jährlich durchschnittlich 1,46 Prozent.

Bedarfsprognose der Gesamtausgaben des örtlichen Sozialhilfeträgers von Leistungen im Arbeitsbereich bis zum Jahr 2019		
Zeitraum	Kosten je EmpfängerIn	Gesamtausgaben
durchschnittliche Kosten je EmpfängerIn der Jahre 2006 bis 2010	11.256	
Prognose 2011	11.421	Die vorausgegangene Prognose der Empfängerzahlen ermöglichte eine prospektive Abbildung des Jahres 2019, jedoch nicht der Zwischenjahre. Insofern können für diese Zwischenjahre auch keine Gesamtkosten abgebildet werden.
Prognose 2012	11.588	
Prognose 2013	11.757	
Prognose 2014	11.928	
Prognose 2015	12.103	
Prognose 2016	12.279	
Prognose 2017	12.459	
Prognose 2018	12.640	
Prognose 2019 Szenario I	12.825	
Prognose 2019 Szenario II	12.825	8.451.643

¹⁵⁴ Im Rahmen dieser Berechnungen wurden den Gesamtausgaben die durchschnittlichen Fallbearbeitungszahlen gegenüber gestellt.

Prognostizierte Entwicklung der Gesamtausgaben der Leistungen im Arbeitsbereich bis 2019



Quelle: eigene Darstellung und Berechnungen / Werte gerundet auf volle Tausend

Unter den getroffenen Annahmen werden die Gesamtausgaben im zeitlichen Verlauf insgesamt steigen. Dies ist zum einen auf die prognostizierten steigenden Empfängerzahlen zurückzuführen, aber auch auf die voraussichtlich steigenden Fallkosten.

Nach **Szenario I** ist ausgehend vom Jahr 2010 mit einer Steigerung in Höhe von rund 1,2 Mio. Euro (+ 18%) bis zum Jahr 2019 zu rechnen. **Szenario II** zeichnet einen noch größeren Anstieg der Kosten voraus. Ausgehend vom Jahr 2010 ergibt sich diesem Szenario nach in den folgenden neun Jahren ein Kostenaufwuchs um rund 2,1 Mio. EUR (+ 33%).

Dabei ist zu beachten, dass der örtlichen Sozialhilfeträger den aktuellen Finanzierungsregularien des AG-SGB XII nach, grundsätzlich nur die ambulanten Nettoaufwendungen (kommunaler Anteil) zu tragen hätte. Dieser „Kreisanteil“ soll den Regelungen nach in den Folgejahren (quasi unabhängig von der ambulanten Quote) in allen Landkreisen 15 Prozent erreichen bzw. in letzter Konsequenz darauf festgesetzt werden. **Insofern würden sich die für die Landkreisverwaltung unmittelbaren Ausgaben („15%-Regelung“) im dargestellten Szenario auf 1,1 Mio. EUR nach Szenario I bzw. auf 1,3 Mio. EUR nach Szenario II belaufen.**¹⁵⁵

Wie bereits eingangs des Abschnitts erläutert, wirkt eine Vielzahl an Faktoren auf die Entwicklung der Empfängerzahlen und in entsprechendem Maße auf die Gesamtkosten ein. Das jeweilige Ausmaß der Einflussnahme lässt sich nicht in Gänze vorausberechnen. Tendenziell ist jedoch einzuschätzen, dass die Einflussfaktoren für die nahe Zukunft bis 2019 eher einen Anstieg der Empfänger- und Kostenzahlen erwarten lassen. Eine Verifizierung/Falsifizierung der Szenarien wird über die Auswertung des tatsächlichen Entwicklungsverlaufs in den Folgejahren gelingen.

¹⁵⁵ Hierbei ist zu beachten, dass dies nur als ungefährender Wert herangezogen werden kann, da der kommunale Anteil letztlich an den Gesamtnettoaufwendungen aller Eingliederungshilfeleistungen gemessen wird und nicht an einzelnen Leistungskomplexen, die aber wiederum mit entsprechender Gewichtung in die Gesamtbetrachtung einfließen.

Wie bereits in der Präambel ausgeführt, besteht eine per Rechtsverordnung vom Land übertragene *sachliche* Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers für die Eingliederungshilfe. Zum Ausgleich der Kosten, die den örtlichen Sozialhilfeträgern für die Übertragung der sachlichen Zuständigkeit entstehen, erstattet das Land die Gesamtnettoaufwendungen unter Abzug des kommunalen Anteils, der sich aus den Aufwendungen für ambulante Leistungen ergibt.¹⁵⁶ Nach AG SGB XII ist vorgesehen, dass alle Landkreise schrittweise einen kommunalen Anteil von mindestens 15 Prozent erreichen sollen. Hierzu sollen in den Landkreisen mit einem geringeren kommunalen Anteil ab dem Jahr 2012 Zielvereinbarungen mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe geschlossen werden, die eine schrittweise Anhebung des kommunalen Anteils über einen Zeitraum von maximal sechs Jahren ermöglichen. Kommt eine Zielvereinbarung nicht innerhalb von sechs Monaten zustande, kann dies dazu führen, dass der kommunale Anteil auf 15 Prozent festgesetzt wird, auch wenn er darunter liegt.

Der kommunale Anteil des Landkreises Havelland, der sich aus den Ausgaben für *ambulante* Leistungen ergibt, liegt aktuell bei 11,7 Prozent. Zieht man nun jedoch die prognostizierten Entwicklungsverläufe der Leistungen im Arbeitsbereich heran, welche sich als *teilstationäre* Leistungen in der Gesamtbetrachtung *negativ* auf eine Erhöhung des kommunalen Anteils auswirken, wird deutlich, welche Tragweite diese Entwicklungen entfalten können. Zu unterstreichen ist dies zudem, wenn man sich vor Augen führt, dass Eingliederungshilfeleistungen knapp Zwei Drittel der Ausgaben aller Sozialleistungen ausmachen (wovon wiederum etwa 32 Prozent auf die hier betrachteten Leistungen im Arbeitsbereich zurückgehen).

Als problematisch im Hinblick auf die bis zum Jahr 2019 aufgezeigten prospektiven Entwicklungsverläufe und Finanzierungsregularien nach AG SGB XII ist die *beschränkte* Einflussnahme des örtlich zuständigen Sozialhilfeträgers auf diesen Prozess zu bewerten.

So entfalten viele der nachfolgend benannten Einflussfaktoren ihre Wirkung erst aufgrund des gesamtgesellschaftlichen Gefüges, welches letztlich auch durch politische Entscheidungsprozesse bestimmt wurde und durch den örtlichen Sozialhilfeträger im Rahmen seiner Zuständigkeiten nicht beeinflussbar ist.

Die prognostizierte zunehmende Zahl der EmpfängerInnen von Leistungen im Arbeitsbereich ist so zum einen, jedoch *nicht allein*, Ausdruck einer insgesamt angespannten Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Vielmehr wirken sich darüber hinaus weitere Faktoren insbesondere auf die Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen aus, unter anderem die nachfolgend benannten Punkte.¹⁵⁷

- Die Schere zwischen den Leistungsgrenzen von Menschen mit Behinderung und der ohnehin bereits geringen Anzahl an „Einfach-Arbeitsplätzen“ vergrößert sich, bedingt durch Bildungsexpansion und die damit steigenden Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt, zunehmend.
- Nach wie vor bestehen Vorbehalte auf Seiten der Arbeitgeber und potenziellen Arbeitskollegen gegenüber Menschen mit Behinderung und deren Leistungsfähigkeit.
- Die Schwächen von Menschen mit Behinderung in der räumlichen Orientierung und Mobilität werden durch einen zunehmend schwächer ausgebauten ÖPNV in der

¹⁵⁶ Nach § 11 AG-SGB XII stellt der kommunale Anteil den prozentualen Anteil der ambulanten Nettoaufwendungen an den Gesamtnettoaufwendungen dar (gerundet auf eine Stelle nach dem Komma).

¹⁵⁷ vgl.: ISB – Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik gGmbH, Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen, Berlin, Oktober 2008

ländlichen Peripherie negativ beeinflusst und die Möglichkeiten der Arbeitsaufnahme damit eingeschränkt.

- Gerade für Menschen mit seelischer Behinderung besteht ein Mangel an Arbeitsalternativen. Zumindest für den Landkreis Havelland gilt dies insbesondere auch für suchterkrankte Menschen.
- Einige Träger beruflicher Rehabilitation sind traditionell nach wie vor stark auf den Zugang in die WfbM und den Verbleib darin fokussiert.
- Auch der bestehende Zielkonflikt¹⁵⁸ der Werkstätten ist als ein weiterer Einflussfaktor auf die ungebrochen hohen Zahlen an Werkstattempfängern/innen nicht von der Hand zu weisen.
- Der besondere Kündigungsschutz von Menschen mit Schwerbehinderung verringert bei zahlreichen Arbeitgebern die Bereitschaft Menschen mit Behinderung an das Unternehmen zu binden.
- Insbesondere für Quereinsteiger wirkt sich zudem die tendenziell abnehmende durchschnittliche Größe von Betrieben ungünstig auf ihre Einsatzmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus.
- Darüber hinaus schlagen sich auch die hohen Arbeitslosenquoten wirtschaftlich strukturschwacher Regionen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entsprechend nieder.

¹⁵⁸ Eine WfbM hat u.a. eine Förderung des Übergangs geeigneter Menschen mit Behinderung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sicherzustellen. Ermöglicht sie diesen Übergang, schmälert sie gleichsam jedoch ihr eigenes Klientel (meist „Leistungsträger/innen in der WfbM“) und damit ihre Arbeitsgrundlage. Hinzu kommt, dass Werkstätten je nach gewählter Organisationsform berechtigt sind, finanzielle Gewinne über die Werkstatteleistungen zu erwirtschaften, was mit einem leistungsfähigeren Personenkreis in der Regel besser gelingt.

Handlungsempfehlungen für „Leistungen im Arbeitsbereich“

- Bedarfsprognose und vorangestellte Analysen zeigen, dass es in den kommenden Jahren zu Verschiebungen zwischen den Leistungen im Arbeitsbereich kommen wird. Der Förder- und Betreuungsbereich wird demnach an Bedeutung gewinnen, im Werkstattbereich wird es mit Blick auf die sinkenden Zahlen im Berufsbildungsbereich voraussichtlich zwar weniger Neuzugänge geben, wobei insgesamt dennoch keine rückläufige Entwicklung zu erwarten ist.

Auf die angesprochenen Verschiebungen innerhalb der Leistungen im Arbeitsbereich werden sich die aktuell bestehenden Leistungsstrukturen einstellen müssen. In die entsprechenden Planungsprozesse sollten dabei zwingend auch regionale Gegebenheiten einfließen. So verzeichnet der Landkreis insgesamt zwar eine leicht negative Bevölkerungsentwicklung. Dies fällt für den berlinnahen Raum auch mit Blick in die Zukunft, aufgrund von Wanderungsgewinnen jedoch deutlich anders aus. So ergeben sich Neuzugänge hier partiell nicht nur aus dem Übergang von Förderschulabgängern in den Arbeitsbereich, sondern *vereinzelt* auch durch zugezogene Personen. Für das Westhavelland ist zwar insgesamt ein deutlicher Rückgang der Bevölkerung zu erwarten, jedoch zeigen beispielsweise die Ergebnisse der Kindergesundheitsberichterstattung, dass ein grundsätzlich höherer Förderbedarf von Kindern im Westhavelland gegeben ist, was im zeitlichen Verlauf aus den Erfahrungen heraus ebenfalls Einfluss auf die Neuzugänge im Arbeitsbereich nehmen wird.

Entscheidend ist, dass erforderliche Anpassungsmaßnahmen in der Leistungsstruktur nicht ad hoc und nach dem „Gießkannenprinzip“, sondern mit Bedacht, schrittweise und bedarfsgerecht, ausgerichtet an den individuellen Gegebenheiten vorgenommen werden. Dabei sind *flexible* Handlungskonzepte zu begrüßen. So ist vorstellbar, den Förder- und Betreuungsbereich mit der Option auszuweiten, dass eine Prüfung der Umwidmung in eine Tagesförderstätte mit Einführung der neuen Leistungstypen 11 und 12 zu erfolgen hat, sofern diese Einführung kommt. Vorstellbar ist auch, dass Werkstattkapazitäten in Plätze eines Förder- und Betreuungsbereichs umgewandelt werden, sollte sich die Zahl der Neuzugänge in Werkstätten reduzieren.

- Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in den kommenden Jahren vermehrt ältere LeistungsempfängerInnen das Rentenalter erreichen, sollte bereits jetzt klar werden, wie dieser Situation begegnet werden soll. Im Zuge der Umsetzung des Zwei-Milieu-Prinzips wird aktuell darüber nachgedacht unter anderem einen neuen Leistungstyp (LT 12) einzuführen, der eine Gestaltung des Tages für ältere Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder mehrfacher Behinderung außerhalb des Wohnbereiches ermöglicht. Dieser Leistungstyp gewinnt aus Sicht des Fachamtes dabei insbesondere im Rahmen der *vollstationären* Betreuung an Bedeutung. Für beeinträchtigte Senioren/innen die in der eigenen Häuslichkeit wohnen, sollten den Inklusionsgedanken folgend, lokale Angebote für Senioren/innen des Landkreises Havelland genutzt werden. Hier bietet sich von Seniorenbegegnungsstätten, über Kultur-, Musik- und Kunstangeboten bis hin zu Kontaktcafés bereits eine breite Palette für havelländische Senioren/innen.
- Neben all diesen Ansätzen ist es von besonderer Bedeutung, dass die Träger von Werkstätten für behinderte Menschen ihrem Auftrag - „die Förderung des Übergangs geeigneter Menschen mit Behinderung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen“ - nachkommen und in Zusammenarbeit mit dem Integrationsfachdienst, den Arbeitsagenturen, aber auch den Sozialhilfeträgern und anderen lokalen Partnern innovative und individuelle Handlungskonzepte entwickeln und zulassen, um auch in diesem Teilaufgabengebiet vermehrt zum Erfolg zu kommen.

Die Arbeitsgruppe „Begleitprojekt Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“, die im Auftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ agiert, hat die Überlegung hervorgebracht, eine neue Leistung zur Förderung der Beschäftigung in Angebotsformen bei anderen Leistungserbringern, die nicht Träger einer Werkstatt für behinderte Menschen sind, zu schaffen.¹⁵⁹ Es bleibt abzuwarten, wie diese Vorschläge umgesetzt werden und welchen Beitrag sie leisten können.

- Das Dezernat Jugend, Gesundheit und Soziales der Landkreisverwaltung Havelland wird im kommenden Jahr 2012 die Themen *Inklusion* und *Arbeitsangebote für Menschen mit Behinderung* als Arbeitsschwerpunkte aufgreifen und auf diese Weise dem behindertenpolitischen Maßnahmenpaket für das Land Brandenburg 2011 – 2014 „Alle inklusive in Brandenburg“ entsprechen.

In diesem Rahmen sollen Modellvorhaben nach § 10 Abs. 12 AG-SGB XII initiiert und auf den Weg gebracht werden. Unabhängig von etwaigen Modellvorhaben soll das Angebot der Sonstigen Beschäftigungsstätte nach § 56 SGB XII zudem stärker zum Tragen kommen. Das Angebot ist für die Zukunft weiter zu entwickeln.

- Einer der Gründe warum der Übergang geeigneter Menschen mit Behinderung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt so selten gelingt, ist sicher auch darin zu finden, dass auf Seiten der ArbeitgeberInnen und potenziellen Arbeitskollegen/innen nach wie vor Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderung und deren Leistungsfähigkeit bestehen. Um diese Vorbehalte auszuräumen bedarf es einer fortwährenden, intensiven Aufklärungsarbeit auf allen gesellschaftlichen Ebenen.

Die Landkreisverwaltung kommt dieser Verpflichtung unter anderem über die Tätigkeit der Integrationsbeauftragten des Landkreis Havelland nach. Zudem erfüllt der Landkreis Havelland die gesetzliche Schwerbehindertenquote, wonach ArbeitgeberInnen mit 20 oder mehr Beschäftigten auf mindestens fünf Prozent der Arbeitsplätze Menschen mit einer schweren Behinderung beschäftigen müssen.¹⁶⁰

Der Landkreis Havelland hat 20 kreiseigene/-beteiligte Gesellschaften, von denen 13 unter die Regelungen der gesetzlichen Schwerbehindertenquote in Unternehmen fallen. Im Jahr 2010 erfüllten vier der 13 Gesellschaften die Schwerbehindertenquote von fünf Prozent sowie eine weitere Gesellschaft, welche die Quote den gesetzlichen Bestimmungen nach (aufgrund einer geringen Mitarbeiterzahl) nicht erfüllen müsste. Die neun weiteren Gesellschaften, bei denen die gesetzliche Schwerbehindertenquote greift, unterschreiten die Quote überwiegend geringfügig.

Anzuregen ist, die Vorbildwirkung der Landkreisverwaltung bezogen auf die Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung weitestgehend auf alle kreiseigenen/-beteiligten Gesellschaften auszuweiten.

Darüber hinaus wird empfohlen, zu prüfen, inwiefern die Anzahl an Außenarbeitsplätzen und Praktikumsplätzen für Menschen mit Behinderung in den kreiseigenen/-beteiligten Unternehmungen und der Landkreisverwaltung erhöht werden kann. Über entsprechende Aktivitäten kann ein Zeichen gesetzt und ein Beitrag zum Abbau der in der Gesellschaft bestehenden Vorbehalte geleistet werden.

¹⁵⁹ Vgl.: Anlage 1 zum RunSdschreiben-Nr.: 500/2010 des Landkreistages Brandenburg

¹⁶⁰ Wird diese Quote nicht erfüllt, muss eine Ausgleichsabgabe gezahlt werden, die für die berufliche Förderung von Menschen mit Schwerbehinderung herangezogen wird.

- Personen die in Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten, erhalten für ihre Tätigkeit einen Werkstattlohn, der sich aus Grundlohn (in der Regel 75 EUR im Monat) und Arbeitsförderungsgeld (in der Regel 26 EUR im Monat) zusammensetzt.¹⁶¹ Da dieses Einkommen zur Deckung des Regelbedarfs nicht ausreicht, werden vom Sozialhilfeträger Grundsicherungsleistungen gezahlt, die sich schmälern ließen, würde der Werkstattlohn höher ausfallen. Insofern wird angeregt zu prüfen, inwieweit aus erwirtschafteten Gewinnen der Träger von Werkstätten für behinderte Menschen eine Lohnerhöhung möglich scheint. Dies kann sich vor dem Hintergrund der skizzierten abgeflachten Dynamik an Neuzugängen in Werkstätten für behinderte Menschen (über die letztlich die Gewinne erwirtschaftet werden) künftig durchaus als Wettbewerbsvorteil erweisen.
- Themenfelder, wie Teilzeitmöglichkeiten für ältere ArbeitnehmerInnen, Vorbereitung auf den Ruhestand und Zukunftsplanung¹⁶² im Allgemeinen werden mit Blick auf die Veränderungen in der Altersstruktur der Werkstattbeschäftigten zu Schwerpunkten in der Arbeit von Werkstattträgern aufrücken müssen.

¹⁶¹ Eine Differenzierung der Löhne dahingehend, dass „Leistungsträgern“ ein höherer Werkstattlohn gezahlt wird, erfolgt nur in wenigen Einzelfällen.

¹⁶² LWL-Behindertenhilfe Westfalen: Arbeitsmaterial, Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter, Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen, März 2011, S. 32

III. Ausblick

Im vorliegenden Eingliederungshilfeplan wurde dargelegt, wie sich die Entwicklung in den maßgebenden Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe darstellt. Es wurden prospektive Entwicklungsverläufe, deren Einflussfaktoren und die Herausforderungen für die Zukunft aufgezeigt.

Die Prognosen zeichnen ausgehend vom Jahr 2009 eine Entwicklung voraus, die bis zum Jahr 2020 in der Eingliederungshilfe *insgesamt* einen Anstieg der Empfängerzahlen um mindestens 19 Prozent¹⁶³ erwarten lassen. Die Ausgaben würden den optimistischen Szenarien nach von rund 18,0 Mio. Euro im Jahr 2009 auf rund 24,0 Mio. Euro im Jahr 2020 anwachsen, mit einer weiter steigenden Tendenz in den Folgejahren. Den pessimistischen Annahmen nach steigen die Ausgaben deutlich stärker auf 27,7 Mio. Euro (+ 54%) bis zum Jahr 2020.

Aufgrund der neuen Finanzierungsregularien des neuen AG-SGB XII („15% Regelung“ → Kreisanteil) werden sich die unmittelbaren Mehrausgaben für den Landkreis Havelland ausgehend vom Jahr 2009¹⁶⁴ auf 1,1 Mio. EUR (optimistisches Szenario) bzw. 1,7 Mio. EUR (pessimistisches Szenario) bis zum Jahr 2019/2020 belaufen. Das unmittelbare Ausgabenvolumen des Landkreises Havelland für den Bereich der Eingliederungshilfe wird dann entsprechend bei 3,6 Mio. EUR bzw. 4,2 Mio. EUR liegen.

Angesichts der beschränkten Einflussnahmemöglichkeiten des örtlichen Sozialhilfeträgers auf die gegenwärtigen und prognostizierten Entwicklungsverläufe werden nicht zuletzt mit Blick auf

- die Umsetzung der inklusiven Leitgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention,
- der geplanten Reform der Eingliederungshilfe, aber auch
- den neuen Finanzierungsregelungen nach dem AG SGB XII

die Tragweite der angestoßenen Prozesse sowie die großen Herausforderungen für die nächsten Jahre deutlich. Auch die Konsequenz aus dem medizinischen Fortschritt sowie die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung sind in diesem Zusammenhang zu benennen.

So bleibt abzuwarten inwieweit eine Neuausrichtung der Eingliederungshilfe - hin zu personenzentrierten Teilhabeleistungen, die sich stärker am individuellen Bedarf unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes orientieren sollen - dem Anspruch einer inklusiven Gesellschaft genügen und dem Anspruch auf kostenneutrale Umstellung gerecht werden kann. Abzuwarten bleibt auch, inwieweit in diesem Rahmen die Entwicklung eines flexiblen und durchlässigen Hilfesystems gelingt und sozialrechtlich bedingte Strukturbrüche gemindert werden können.

Vor dem Hintergrund der prognostizierten Steigerungsraten insbesondere im teil-/stationären Bereich der Eingliederungshilfe wird deutlich, welche Anstrengungen erforderlich werden, um den Finanzierungsregelungen des neuen AG-SGB XII zu entsprechen. Die wenigen Stellschrauben des örtlichen Sozialhilfeträgers - Fallsteuerung/-management; professionelles Verhandlungsmanagement und konstruktive/partnerschaftliche Trägerarbeit - gilt es zu optimieren. Dies erfordert nicht zuletzt adäquate personelle und organisatorische Kapazitäten. So wirkt sich beispielsweise die steigende Zahl an LeistungsempfängerInnen im Bereich der Sachbearbeitung unmittelbar auf den *quantitativen* Personalbedarf aus. Mit Blick

¹⁶³ Auf Basis der durchschnittlichen Fallbearbeitungszahlen für das Jahr 2009.

¹⁶⁴ kommunaler Anteil des Landkreises Havelland 2009 → 11,7% bzw. rund 2,5 Mio. EUR

auf die Vertiefung hin zum professionellen Fallmanagement steigt zudem der *qualitative* Personalbedarf.

Um auch in den kommenden Jahren eine konstruktive und partnerschaftliche Trägerarbeit zu führen und die aufgezeigten Herausforderungen gemeinsam anzugehen, regt der örtliche Sozialhilfeträger an, neben der bisherigen Zusammenarbeit, künftig einmal jährlich (im Bedarfsfall auch darüber hinaus) aktuelle Themen und Gesprächsbedarfe für einen offenen Dialog zwischen Trägern und Landkreisverwaltung abzufragen und bei Bedarf eine Plattform für einen gemeinsamen Austausch zu bieten.

IV Literatur- und Quellenverzeichnis

- Amt für Statistik Berlin Brandenburg
 - Statistik über die Ausgaben der Sozialhilfe nach dem SGB XII
 - Bevölkerungsvorausberechnung für den Landkreis Havelland bis 2025 auf Basis des Jahre 2008
- Altenhilfeplan des Landkreises Havelland - erfüllt und würdevoll alt werden -, 2010
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales: „einfach machen“ Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft, Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Kabinettsbeschluss vom 15.06.2011
- „Durchführungskonzept der Rathenower Werkstätten GmbH“ zum Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich vom 23.08.2010
- FEUSER, G.: Gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindertagesheim - Ein Zwischenbericht. Bremen: Selbstverlag Diak. Werk e.V. [Slevogtstr. 52, 28209 Bremen] 1987 (3. Aufl.; 1. Aufl. 1984)
- FEUSER, G.: Behinderte Kinder und Jugendliche - zwischen Integration und Aussonderung, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2. Auflage 2005
- GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP: Dokumentation der Modellrechnungen und Analysen zum Masterplan Daseinsvorsorge des Kreises Nordfriesland im Themenfeld, Hamburg, Januar 2011
- Gesetz zur Neuregelung des Ausführungsgesetzes zum Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (AG-SGB XII), vom 03.11.2010
- Gesundheitsamt, Übersichten Fachamt
- Gesundheitsdienstgesetz des Landes Brandenburg vom 23.04.2008
- http://www.behindertenbeauftragte.de/cln_115/nn_1040672/DE/Soziales/RehabilitationundTeilhabe/RehabilitationundTeilhabe
- <http://www.destatis.de>
- http://www.familienratgeber.de/recht/persoенliches_budget.php
- http://www.fruehe-chancen.de/fuer_erzieherinnen_erzieher/kindertagespflege/dok/360.php
- <http://www.faz.net/artikel/C31315/medizinischer-fortschritt-diagnose-bedingt-lebensfaehiq-30303928.html>

- http://www.google.com/publicdata?ds=wb-wdi&met_y=sp_dyn_le00_in&idim=country:DEU&dl=de&hl=de&q=durchschnittliche+lebenserwartung
- ISB – Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik gGmbH, Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen, Berlin, Oktober 2008
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung des Landes Brandenburg vom 18.08.2009
- Landkreistages Brandenburg, Rundschreiben-Nr.: 500/2010, Anlage 1
- Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV), Landesversorgungsamt, Statistik der behinderten und schwerbehinderten Menschen
- LWL-Behindertenhilfe Westfalen: Arbeitsmaterial, Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter, Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen, März 2011
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg: Behindertenpolitisches Maßnahmenpaket für das Land Brandenburg, Dezember 2011
- Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg
- MÜLLER, J.: Elternarbeit in der Frühförderung, Berlin, 2010
- Nachrichten Dienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., (11/2009), Anja Welke, Die Zukunft der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
- Pestel-Institut, Wohnsituation im Alter“, 2010
- Psychiatrieplan des Landkreises Havelland, 2011
- Schulverwaltungsamt, Übersichten Fachamt
- Serviceeinheit Entgeltwesen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg ohne Barnim, Belegungsmeldungen
- Sozialamt, Übersichten Fachamt
- Sozialgesetzbücher I; VIII; IX; X; XII
- Tätigkeitsbericht 2009 der Integrationsbeauftragten des Landkreises für die Belange behinderter Menschen
- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 26.03.2009
- Verordnung zur Übertragung der Zuständigkeiten nach § 5 Abs. 4 des AG-SGB XII (Zuständigkeitsübertragungsverordnung AG-SGB XII-ZustÜV) vom 15.04.2011