

Betreutes Wohnen zwischen Markt und Daseinsvorsorge

Eröffnungsvortrag auf der Tagung der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie am
07.05.2008 in Düsseldorf-Kaiserswerth

1. Vorbemerkung

Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen findet in unterschiedlichen Settings statt: in der Wohnung des Klienten, in Wohngemeinschaften, in stationären Einrichtungen, neuerdings auch wieder in Pflegefamilien. Überall soll Hilfe zu einem selbstbestimmten, menschenwürdigen Leben geleistet und der allgegenwärtigen Tendenz zu sozialer Exklusion entgegengewirkt werden: durch Beratung und Unterstützung bei der Alltags- und Krisenbewältigung, bei der Entwicklung der Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Nachbarn, bei der Freizeitgestaltung und Teilhabe am kulturellen Leben der Gemeinde, bei der Nutzung medizinischer und psychosozialer Hilfen, bei der Beteiligung an Initiativen zusammen mit anderen Betroffenen und bei der Entwicklung und Umsetzung weiterführender Lebensperspektiven. Voraussetzung dafür ist, dass es gelingt, das Vertrauen des Klienten zu gewinnen und eine tragfähige Beziehung zu ihm aufzubauen. Dennoch kann es jederzeit zu krisenhaften Entwicklungen kommen, in denen, wenn alle Bemühungen um Verständigung scheitern, unter Umständen auch gegen den Willen des Klienten gehandelt werden muss.

Ich habe diese Vorbemerkung gemacht, um zu verdeutlichen, wie anspruchsvoll und komplex die Anforderungen sind, denen sich professionelle Hilfe in diesem Arbeitsbereich stellen muss. Ich habe sie aber auch gemacht, um von vornherein eine häufig zu beobachtende Tendenz zu vermeiden: Ich meine die Verkürzung des Interesses auf den Teil der Betroffenen, bei denen die Fähigkeit zu einem selbständigen Leben noch weitgehend erhalten ist, und die Begrenzung des Blicks auf den Bereich der ambulanten Hilfen, die häufig damit verbunden ist. Diese Tendenzen sind zwar vor dem Hintergrund der unrühmlichen Geschichte stationärer Hilfeformen in der Psychiatrie und Behindertenhilfe verständlich. Andererseits kann man sich aber eine solche Einseitigkeit heute immer weniger leisten, wenn man nicht die Inklusion der einen mit verschärfter Exklusion der anderen erkaufen will.

Bevor ich jedoch dieses Thema weiter verfolge, möchte ich erst einmal einige Bemerkungen zu den sozialpolitischen Rahmenbedingungen generell machen, insbesondere zu der Entwicklung der staatlichen Daseinsvorsorge, da ich glaube, dass das, was sich heute im Betreuten Wohnen vollzieht, nur vor diesem Hintergrund angemessen verstanden werden kann.

2. Zur Entwicklung der staatlichen Daseinsvorsorge

Was ist eigentlich mit dem Begriff der „Daseinsvorsorge“ gemeint? Im Prinzip geht es um die Sicherstellung der für alle Bürger notwendigen Grundversorgung durch den Staat. Dazu gehören sowohl individuelle Unterstützungsleistungen der Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe, als auch die Bereitstellung der nötigen Infrastruktur in Bereichen wie Energie, Wasser, Verkehr, aber auch im Sozial- und Gesundheitswesen. Die Daseinsvorsorge gilt gemeinhin vor allem als Aufgabe der Kommunen. Diese sind z.B nach § 8 der Gemeindeordnung NRW verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit die für die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Betreuung der Bürger erforderlichen öffentlichen Einrichtungen zu schaffen. Manche Autoren beziehen den Begriff auch auf die höheren staatlichen Ebenen. Die Entscheidung darüber, welche Leistungen zur Daseinsvorsorge konkret notwendig sind, wie sie ausgeführt werden und wo die Grenzen der staatlichen bzw. kommunalen Leistungsfähigkeit liegen, bleibt theoretisch der demokratischen Willensbildung, faktisch aber oft nur der Verwaltung überlassen. Dabei geht es beispielweise darum, ob eine bestimmte Leistung in kommunaler Trägerschaft erbracht oder ob sie an privatgewerbliche oder freigemeinnützige Unternehmen delegiert werden soll, wobei dann aber sichergestellt sein muss, dass die Aufgabenerfüllung dadurch nicht gefährdet wird.

Was hat sich nun verändert? Spätestens seit Beginn der 1990er Jahre ist man sich - quer durch die politischen Parteien - weitgehend einig (links etwas weniger als rechts), dass das traditionelle Modell des Sozialstaats an seine Grenzen gestoßen ist, und es nun darum gehe, den Staat wieder auf seine sog. „Kernaufgaben“ zurückzuführen. Dabei ist allerdings umstritten, was alles zu diesen Kernaufgaben gehört. Hintergrund ist die tatsächliche oder vermeintliche Notwendigkeit, die Attraktivität des Wirtschaftsstandorts Deutschland auf dem globalisierten Weltmarkt durch möglichst niedrige Unternehmenssteuern und Lohnnebenkosten zu steigern. Die daraus resultierende Schwäche der öffentlichen Haushalte und sozialen Sicherungssysteme, die durch Arbeitslosigkeit und demografischen Wandel verstärkt wird, führte dazu, dass als Alternative zu dem Sozialstaat früherer Jahre zunächst das Konzept des Minimalstaats angeboten wurde, das die staatliche Verantwortung sowohl für die Gewährleistung als auch für die Durchführung der Daseinsvorsorge auf ein Minimum beschränkt und beides dem Markt überlassen will. Als Antwort auf diese radikale Position wurde in den 1990er Jahren das Konzept des sog. aktivierenden Staates entwickelt. Hierbei soll zwar auch die Durchführungsfunktion des Staates reduziert und der Markt aufwertet werden, die Gewährleistungsfunktion soll aber nicht nur erhalten bleiben, sondern sogar verstärkt werden, da neue Aufgaben hinzukommen: Zum einen die systematische Förderung von und Forderung nach Selbstverantwortung und Eigeninitiative der Bürger, zum anderen die Koordination und Steuerung der nichtstaatlichen Akteure, die für die Aufgaben der Daseinsvorsorge verstärkt in Anspruch genommen werden. Dabei kommt neben der Privatisierung öffentlicher Leistungen

eine Vielzahl von Instrumenten zur Anwendung: Nach wie vor gibt es die traditionellen Formen der Zuwendung, der Anschubfinanzierung und der Modellförderung, gewöhnungsbedürftiger sind, jedenfalls im Sozial- und Gesundheitswesen, die Intensivierung des Wettbewerbs (z.B. durch Vergabeverfahren oder Benchmarking) sowie neue Finanzierungsmethoden mit denen die öffentlichen Ausgaben besser auf die jeweilige Kassenlage abgestimmt werden können (z.B. prospektive Leistungsvergütung, Vereinbarung fester Budgets usw.). Eine zunehmende Rolle spielt das Kontraktmanagement (d.h. die Steuerung durch Ziel- und Leistungsvereinbarungen) sowie die sog. Netzwerksteuerung, von der man sich vor allem auf kommunaler Ebene viel verspricht. Hierbei sollen die relevanten nichtstaatlichen Akteure unter kommunaler Regie in die Planung der regionalen Infrastruktur einbezogen werden, teils in Form lockerer runder Tische, teils in Form eher verbindlicher Beratungsgremien und Arbeitskreise. Das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbunds ist hierfür ein typisches Beispiel.

Ein wichtiger Unterschied des Sozial- und Gesundheitswesens zu anderen Bereichen der Daseinsvorsorge besteht darin, dass hier schon immer die meisten Leistungen nicht vom Staat bzw. den Kommunen selbst erbracht wurden, wenn man von den Kliniken in öffentlicher Trägerschaft und dem schmalen Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter einmal absieht. Dies gilt jedenfalls für Deutschland, in anderen Ländern verhält sich dies teilweise anders. Bei uns wurde die Durchführungs- und teilweise sogar die Gewährleistungsfunktion auch bisher schon in großem Umfang nichtstaatlichen Akteuren überlassen, etwa der niedergelassenen Ärzteschaft oder den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege. In manchen Bereichen sind auch gewerbliche Anbieter tätig, etwa im Krankenhaus- und Pflegebereich. Insgesamt gesehen ist aber für unser Sozial- und Gesundheitswesen die starke Stellung des sog. Dritten Sektors typisch. Zu diesem, auch „Non-Profit-Bereich“ genannten Sektor, zählen vor allem die freigemeinnützigen Unternehmen, deren primäres Ziel nicht die Erwirtschaftung von Gewinnen, sondern die Erbringung einer gemeinwohlorientierten Leistung ist, aber auch die organisierte Selbsthilfe und andere soziale Initiativen, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind. Die gegenwärtigen Veränderungen haben in diesem heterogenen Feld recht unterschiedliche Folgen, die im Einzelnen schwer zu überschauen und zu bewerten sind. Dies gilt auch für die Gemeindepsychiatrie, zumal hier sich hier Funktionen des Sozial- und Gesundheitswesens stark überschneiden. Die unmittelbare Leistungserbringung der Kommunen beschränkt sich hier vielfach auf den Sozialpsychiatrischen Dienst, und auch das gilt keineswegs für alle Bundesländern. Selbst hier in NRW gibt es Kommunen, die diesen Dienst inzwischen an freie Träger abgegeben haben.

Zusammenfassend lässt sich die Entwicklung als widersprüchliche Neuordnung des Verhältnisses von staatlicher Steuerung und gesellschaftlicher Selbststeuerung charakterisieren. Einerseits werden staatliche Regiefunktionen ausgebaut, andererseits marktwirtschaftlicher

Wettbewerb verstärkt. Dabei ist keineswegs immer von vorneherein klar ist, wessen Interessen sich in einer konkreten Einzelfrage durchsetzen, wer jeweils Gewinner und Verlierer ist. Insgesamt ist aber ein starker Trend zur Ökonomisierung des gesamten Dritten Sektors erkennbar, d.h. zu einer Aufwertung des ökonomischen Nutzenkalküls bei gleichzeitiger Abwertung gemeinwohlorientierter Leitwerte.

3. Die Reform der Eingliederungshilfe zum Wohnen in NRW

Ich komme nun zu den Veränderungen, die sich derzeit im Betreuten Wohnen für behinderte Menschen vollziehen. Dabei werde ich mich vor allem auf die Entwicklung im Rheinland beziehen. Im Zentrum des politischen Interesses stehen seit einiger Zeit die Bemühungen um eine verstärkte Ambulantisierung der Hilfen zum Wohnen. Einen wichtigen Entwicklungsschub gab die Zusammenführung der administrativen Zuständigkeiten für die Eingliederungshilfen zum Wohnen in einer Hand. Damit verbunden waren weitere Maßnahmen zur Neuordnung des Verhältnisses zwischen den relevanten Akteuren, die auf vorangegangene Initiativen des Gesetzgebers zurückzuführen waren.

(a) Zusammenführung der Zuständigkeiten in einer Hand („Hochzonzung“)

Die Bemühungen um mehr ambulante Hilfen für psychisch behinderte Menschen sind, gerade hier im Rheinland, keineswegs neu. Schon Mitte der 1980er Jahre wurde mit dem Aufbau der Sozialpsychiatrischen Zentren begonnen, die seither eine wichtige Voraussetzung für das selbstständige Leben der Betroffenen in der Gemeinde darstellen. Das Betreute Wohnen war von Anfang an ein Baustein der Zentren, neben der Kontakt- und Beratungsstelle, der Tagesstätte, dem psychosozialen Dienst zur Begleitung im Arbeitsleben und teilweise auch, etwa in Köln, dem assoziierten Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamts. Im Laufe der 1990er Jahre wurden allein im Rheinland ca. 1300 Plätze für chronisch psychisch kranke und behinderte Menschen im ambulant Betreuten Wohnen geschaffen. Damit wurde der Abbau von psychiatrischen Krankenhausbetten flankiert, der 1992 von der Landesregierung beschlossen worden war. Die im Krankenhausbereich eingesparten Mittel wurden für den Ausbau des komplementären Systems verwendet. Der Heimbereich wurde dadurch allerdings nicht reduziert, im Gegenteil: der größte Teil der Fördermittel kam ihm zugute und die Zahl der Heimplätze erhöhte sich in den folgenden Jahren um ca. 50%. Auch wenn ihr Anteil an allen Plätzen im Bereich der Hilfen zum Wohnen im Jahr 2003 auf 60% abgesunken war und damit deutlich niedriger lag als bei den geistig behinderten Menschen (wo er noch 92% betrug), konnte von einer echten Trendwende zugunsten ambulanter Hilfen, wie sie von sozialpsychiatrischer Seite schon lange gefordert wird, noch nicht die Rede sein.

Die gegenwärtige Reform will diese Wende endlich realisieren. Ursache dafür war weniger die Meinung der Fachwelt und auch nicht die Gesetzeslage, denn der Grundsatz „ambulant

vor stationär“ steht bereits seit 1984 im Bundessozialhilfegesetz. Entscheidend war vielmehr der dramatische Anstieg der Kosten. Als der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge Anfang des Jahrzehnts prognostizierte, dass die Zahl der Anspruchsberechtigten bis 2007 um mehr als 20% steigen und die Ausgaben der Eingliederungshilfe quasi explodieren würden, herrschte Aufregung unter den politisch Verantwortlichen.

Eine Folge war u.a. der Beschluss der nordrhein-westfälischen Landesregierung, ab Mitte 2003 - zunächst nur probeweise - die bis dahin getrennten Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Eingliederungshilfe beim überörtlichen Sozialhilfeträger zusammenzuführen. Damit sollte die Blockadewirkung entfallen, die vorher mit der Aufspaltung der Zuständigkeiten auf örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger verbunden war. Der Auftrag, die Zuständigkeiten in einer Hand zusammenzuführen, ist inzwischen auch vom Bundesgesetzgeber in das SGB XII aufgenommen worden. Dieses überlässt es aber den Ländern, zu entscheiden, auf welcher Ebene dies geschehen soll. Die Frage, ob die Hochkonzentration in NRW auf Dauer beibehalten wird, oder ob, wie in anderen Bundesländern (z.B. Baden-Württemberg), die Zuständigkeiten auf der Ebene der einzelnen Kommunen gebündelt werden sollen, ist noch nicht abschließend entschieden. Aufschluss erhofft man sich von der Begleitforschung, mit der ein Team unseres Zentrums für Planung und Evaluation an der Universität Siegen beauftragt ist. Dieses wird in Kürze seinen Abschlussbericht vorlegen, ich möchte aber betonen, dass ich die Ergebnisse hier nicht vorwegnehmen kann und will, es handelt sich vielmehr bei dem, was ich vortrage, ausschließlich um meine persönlichen Einschätzungen.

(b) Leistungsvereinbarungen zwischen Sozialhilfeträger und Leistungserbringern

Die Zusammenführung der administrativen Zuständigkeiten in einer Hand stärkte die Position des Kostenträgers gegenüber den Leistungserbringern bei der Aushandlung der durch die vorangegangene Reform des § 93 BSHG (heute § 75 SGB XII) notwendig gewordenen landeseinheitlichen Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen zum Betreuten Wohnen. Zwar handelt es sich formal um eine symmetrische Beziehung zwischen den beiden Seiten, in Wirklichkeit aber um eine asymmetrische Machtbeziehung, denn der eine vergibt die Aufträge, und der andere möchte sie haben; der eine kann sich seinen Partner aussuchen, der andere nicht. Allerdings sind die Landschaftsverände auf die vorhandenen Versorgungsstrukturen angewiesen, wenn sie ihre Gewährleistungsfunktion erfüllen wollen. Und diese befinden sich ganz überwiegend in der Hand der freien Wohlfahrtspflege, so dass auch diese nach wie vor eine erhebliche Verhandlungsmacht hat.

Bei der Reform des § 93 BSHG ging u.a. darum, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe möglichst genau auf den Hilfebedarf des einzelnen Leistungsempfängers abgestimmt werden. Für die Feststellung des Hilfebedarfs und der Anspruchsberechtigung wurde ein einheitlich geregeltes Antragsverfahren eingeführt. In die-

ses wurde ein Hilfeplanverfahren integriert, an dem möglichst alle relevanten Akteure auf örtlicher Ebene beteiligt werden sollen. Zu diesem Zweck wurde das Instrument der Hilfeplan-Konferenz geschaffen. Die Sinnhaftigkeit des relativ aufwendigen Verfahrens ist aber umstritten, es wird über Effekte kontraproduktiver Bürokratisierung berichtet, so dass der Nutzen sowohl für die Betreuungsqualität als auch für die Effektivität und Effizienz des Antragsverfahrens bezweifelt werden muss.

Verändert wurden auch die Modalitäten der Finanzierung: Im stationären Bereich wurde nach Hilfebedarfsgruppen differenziert, im ambulanten Bereich auf Fachleistungsstunden umgestellt, deren Zahl nach Prüfung des eingereichten Hilfeplans prospektiv festgelegt wird. Die Stundensätze wurden relativ großzügig bemessen (auch im Vergleich mit anderen Bundesländern), wohl um die Attraktivität für die Anbieter zu erhöhen. Ein Schwachpunkt ist der sog. Mehrkostenvorbehalt: danach kann ambulante Hilfe in der Regel nur dann bewilligt werden, wenn die Kosten nicht über denen einer alternativ verfügbaren stationären Versorgung liegen. Dies schränkt den Kreis derer ein, die von der Reform profitieren können, und wirft die Frage auf, wie ernst der immer wieder beschworene Paradigmenwechsel vom Objekt der Fürsorge zum Subjekt der Teilhabe wirklich gemeint ist. Diese Frage richtet sich nicht nur an den Gesetzgeber, sondern auch an die Träger der öffentlichen und privaten Fürsorge, die vor einiger Zeit gemeinsam beschlossen haben, dass man an dieser Regelung auch künftig festhalten will.

Positiv ist allerdings zu bewerten, dass die Leistungsvereinbarungen eine ausführliche Liste von Anforderungen an die Qualität der Leistungen enthalten, auch wenn diese teilweise recht allgemein und vage formuliert sind. Hieran wäre sicher noch weiter zu arbeiten. Bedauerlich finde ich auch, dass die Empfehlung der zuvor auf Bundesebene abgeschlossenen Rahmenvereinbarung, auch Betroffene in die Qualitätsbewertung einzubeziehen, in den nordrhein-westfälischen Rahmenvertrag nicht übernommen wurde.

(c) Planung und Koordination der Angebote auf örtlicher Ebene

Maßnahmen zur Steuerung und Koordination der Hilfen im Einzelfall können immer nur dann zu echter Bedarfsgerechtigkeit beitragen, wenn es die Infrastruktur und Arbeitsweise der Dienste und Einrichtungen in der Region tatsächlich erlaubt, alternative Lösungen zu realisieren. Vielen Betroffenen ist mit einem Baustein, wie z.B. dem ambulant Betreuten Wohnen, allein wenig geholfen, sie benötigen gleichzeitig oder nacheinander Hilfen auch in anderen Bereichen. Möglicherweise braucht ein Klient das Angebot auch gar nicht, es wird ihm aber verordnet, weil andere Hilfen oder Lebensbedingungen, die für ihn besser wären, nicht verfügbar oder zugänglich sind. Ein Nebeneinander von Unter- und Überversorgung ist also nicht nur im Heimbereich, sondern ebenso im ambulanten Bereich möglich. Daran können

auch Hilfeplankonferenzen wenig ändern, wenn die Situation in der Region keine alternativen Lösungen zulässt.

Daraus ergibt sich, dass der Planung, Koordination und Evaluation der Angebote auf kommunaler Ebene eine ganz entscheidende Rolle für die Weiterentwicklung des Hilfesystems zukommt. Auch diese Erkenntnis ist nicht neu, das Thema zieht sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der Psychiatriereform, ohne dass das Ei des Kolumbus bisher wirklich gefunden wurde. Im Zuge der Hochzonung wurde diese Frage zunächst etwas stiefmütterlich behandelt, jedenfalls bezogen auf die Zielgruppe der psychisch Kranken. Während für geistig Behinderte ein Programm zum flächendeckenden Aufbau von Koordinations-, Kontakt- und Beratungsangeboten aufgelegt wurde, das den hier tatsächlich erheblichen Nachholbedarf abdecken sollte, ging man wohl bei den psychisch Kranken davon aus, dass die Infrastruktur in den Kommunen bereits überall ausreichend entwickelt sei. In letzter Zeit scheint man sich aber doch stärker der Tatsache bewusst geworden zu sein, dass dies noch längst nicht überall der Fall ist und die Entwicklung der wohnbezogenen Hilfen enger mit der sonstigen Psychiatrieplanung abgestimmt werden muss.

Ein besonderes Problem der Hochzonung ist nun aber, dass die Landschaftsverbände die Planung der Angebotsentwicklung in den einzelnen Kommunen nicht ohne deren Unterstützung leisten können. Dies gilt auch schon für die Feststellung des Hilfebedarfs im Einzelfall, bei der die Kommunalverwaltungen ebenfalls einen erheblichen Beitrag leisten müssen. Bei der Planung der regionalen Infrastruktur, sind die Anforderungen an deren Mitwirkungsbereitschaft eher noch höher. Deshalb wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden und den kommunalen Spitzenverbänden in NRW geschlossen, die seither sukzessive in Vereinbarungen mit den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten konkretisiert wird. Darin erklärt man sich bereit, sich gegenseitig beim Ausbau weiterer Hilfen zu unterstützen, die einem selbstständigen Wohnen förderlich sein können. In den mir bisher bekannten Vereinbarungen finden sich aber kaum Formulierungen, die diesbezüglich über unverbindliche Absichtserklärungen hinausgehen. Dies gilt auch für die den Kommunen zugeordnete Aufgabe, nach dem Modell der Netzwerksteuerung die Einbindung der örtlichen Leistungserbringer und anderer relevanter Akteure, wie z.B. sonstiger Kostenträger voranzutreiben. Wie die Kommunen diese Aufgabe erfüllen werden, wird davon abhängen, ob sie tatsächlich ein echtes Interesse an dem Thema entwickeln, obwohl man ihnen doch eben erst die Zuständigkeit dafür genommen hat. Notwendig für eine qualifizierte Regionalplanung wäre in jeden Fall zunächst einmal der Aufbau einer aussagefähigen Psychiatrieberaterstatistik, die über die Zusammenstellung einiger weniger Leistungs- und Strukturdaten hinausgeht, wie sie bisher in den Vereinbarungen vorgesehen ist. Im Grunde können alle diese Aufgaben nur im Rahmen eines funktionsfähigen Gemeindepsychiatrischen Verbunds gelöst werden, dessen Entwicklung deshalb vorrangig gefördert werden müsste. Dieser Verbund

müsste aber deutlich über das hinausgehen, was bereits in der Vergangenheit an mehr oder minder gut funktionierenden Netzwerkstrukturen entwickelt wurde. Ob die Kommunen in der Lage sein werden, diese Aufgabe zu lösen, ist eine offene Frage. Gegenwärtig scheint mir die Entwicklung eher in die umgekehrte Richtung zu gehen: Sowohl das Interesse an einer qualifizierten Psychiatricberichterstattung, als auch die Bereitschaft, sich auf einen gemeindepsychiatrischen Verbund einzulassen, der mehr ist als nur ein Gremium zur Sondierung gemeinsamer Interessen, wird offenbar immer geringer. Dieses Problem wird sich nicht durch gutes Zureden allein kaum lösen lassen. Eine wirkliche Verbesserung würde wahrscheinlich erst der von Experten schon lange empfohlene Übergang von dem heutigen, einzelfallbezogenen und fragmentierten Finanzierungssystem zu einem träger- und einrichtungsübergreifenden Regionalbudget bringen, vorausgesetzt natürlich, dass dieses ausreichend bemessen ist. Zwar werden auch dann nicht alle Probleme auf einmal gelöst werden können, es wäre aber insofern ein Fortschritt, als die Akteure auf der örtlichen Ebene dann mehr als bisher gezwungen wären, sich um eine effiziente und konstruktive Zusammenarbeit zu bemühen.

(d) Förderung des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs

Die Bereitschaft zu der allseits geforderten Kooperation wird vor allem dadurch beeinträchtigt, immer mehr marktwirtschaftliche Elemente implementiert werden, auch im Bereich der Eingliederungshilfe. Dies begann mit der Aufhebung des traditionellen Vorrangs freigemeinnütziger Träger vor kommerziellen Anbietern bei der Zuteilung von Versorgungsverträgen durch den Sozialhilfeträger (1994). Diese brachte für die freie Wohlfahrtspflege einen bis dahin nicht gekannten Wettbewerbsdruck, der natürlich auch positive Seiten hat. Ein weiterer Schritt war die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips zugunsten prospektiver, leistungsbezogener Vergütungen. Damit wurde der Zwang, die Kosten der Leistungserbringung so weit wie möglich zu senken, erheblich verschärft. Inzwischen wurden die Möglichkeiten wettbewerblicher Steuerung durch den Gesetzgeber noch weiter ausgedehnt, wobei jedoch die konkrete Ausgestaltung umstritten und noch nicht entschieden ist. Soll zum Beispiel jeder Anbieter, der die formalen Voraussetzungen erfüllt, damit zugleich einen Rechtsanspruch auf Vertragsabschluss haben? Diese sog. „Konzessionsmodell“ präferieren die Leistungserbringer. Oder soll der Sozialhilfeträger nur dann zum Abschluss verpflichtet sein, wenn es ihm zur Bedarfsdeckung nötig erscheint, und kann oder muss er sogar aus dem Kreis der Interessenten denjenigen aussuchen, der das preisgünstigste Angebot macht? Dieses sog. „Vergabemodell“ präferieren die Kostenträger. Nach anfänglichem Gerangel haben sich zunächst die Leistungserbringer durchgesetzt, denen es gelang, auf juristischem Weg den Versuch von Kostenträgern abzuwehren, das Vergabemodell einzuführen. Dafür sei – so der Richterspruch – erst eine Gesetzesänderung nötig. Die Bundesregierung hat dazu erklärt, dass von ihr vorerst keine derartige Initiative ausgehen werde. Allerdings betonte sie zugleich, dass

diese Position nicht endgültig sei, sondern von der Beobachtung der weiteren Entwicklung abhängig gemacht werde.

Es kann also noch zu weiteren Verschärfungen des Wettbewerbs mit dem Ziel der Kostensenkung kommen. Die Befürworter des Marktes behaupten zwar, dass der Wettbewerb nicht nur den Preisen, sondern auch der Qualität zugute komme. Dabei ignorieren sie aber hartnäckig die Argumente kritischer Gesundheitsökonomern, die immer wieder darauf hinweisen, dass dieser Mechanismus bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten nur sehr begrenzt wirksam ist. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass hier eine strukturelle Asymmetrie zwischen Preiswettbewerb und Qualitätswettbewerb besteht, da Qualitätsunterschiede für den Kunden bzw. Kostenträger erheblich schwerer - wenn überhaupt - zu erkennen sind als Preisdifferenzen, die für jedermann offen zu Tage liegen. An diesem Problem können weder Vereinbarungen über Qualitätsstandards noch die - an sich begrüßenswerte - Erweiterung des Wunsch- und Wahlrechts der Klienten (etwa durch das persönliche Budget) etwas ändern, solange keine wirksame Qualitätskontrolle durch eine qualifizierte Instanz möglich ist, die von Anbieter- wie Kostenträgerinteressen gleichermaßen unabhängig sein sollte. Es fällt auf, dass dieses Thema in der Debatte über die Zukunft der Eingliederungshilfe fast immer ausgeklammert wird, offenbar handelt es sich um ein heißes Eisen, an das niemand rühren will. Es leuchtet aber nicht ein, dass Qualitätskontrollen hier weniger nötig sein sollen, als beispielsweise in der Pflegeversicherung, wo - wie sich immer wieder zeigt - die Prüfungen durch den MDK nicht nur geeignet sind, schwarze Schafe zu erkennen und Anbieter zu unterstützen, die sich für Qualität engagieren, sondern auch dazu beitragen, dass die Misstände der Öffentlichkeit bewusst gemacht und notwendige Diskussionen angeregt werden.

Die Träger der freien Wohlfahrtspflege haben sich, nach anfänglichem Widerstreben, auf die neuen Spielregeln eingestellt und sind längst damit befasst, ihre Angebote betriebswirtschaftlich zu optimieren und für den zunehmenden Wettbewerb am Markt zu rüsten. Das wertgebundene Engagement wird dabei immer mehr durch kaufmännisches Denken ersetzt, das Erscheinungsbild gleicht immer mehr dem von kommerziellen Unternehmen. Die Interessen der Betroffenen werden nur noch halbherzig vertreten. Deren Position im Spiel der Kräfte bleibt schwach, solange sie und ihre Angehörigen keine einflußreichen Verbündeten in der Gesellschaft finden. Um diesen Rückhalt zu gewinnen, müssen sie sie auch selbst ihre Interessen aktiv vertreten können; sie wirksam dabei zu unterstützen, ist eine der Aufgaben des professionellen Hilfesystems und der staatlichen Daseinsvorsorge, deren Bedeutung in der Regel viel zu wenig wahrgenommen wird. Das gut gemeinte Zugeständnis eines bescheiden persönlichen Budgets, mit dem man sich die nötigen Hilfen wenigstens teilweise selbst einkaufen kann, wird dabei sicherlich nicht ausreichend sein.

4. Was haben die Reformmaßnahmen bisher gebracht?

Schon kurz nach der Hochkonzonung stiegen die Fallzahlen im ambulant Betreuten Wohnen deutlich an, vor allem bei psychisch und weniger bei geistig behinderten Menschen. Es handelte sich allerdings überwiegend um Personen mit geringem Hilfebedarf: Im Durchschnitt wurden im letzten Jahr ca. 3 Fachleistungsstunden für psychisch behinderte Leistungsempfänger bewilligt, mehr als 7 Stunden waren es nur in wenigen Ausnahmefällen. Im stationären Bereich gab es zwar weniger Neuaufnahmen, der eigentlich intendierte Abbau der Heimplätze ließ aber auf sich warten. Die Zunahme der Fallzahlen im ambulanten Bereich resultierte wohl vor allem aus der Erschließung neuer Zielgruppen und / oder der Deckung bisher nicht befriedigter Betreuungsbedarfe.

► **Folie 1:** Entwicklung der Leistungsempfänger im ambulanten BeWo von 2003 - 2007 differenziert nach Zielgruppen (LVR)

► **Folie 2:** Entwicklung der seelisch behinderten Leistungsempfänger im ambulanten und stationären BeWo von 2003 – 2007 (LVR)

Da bei dieser Entwicklung die anvisierten Sparziele gefährdet waren, wurde im Sommer 2006 eine weitere Rahmenvereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden und der Freien Wohlfahrtspflege geschlossen. Danach sollen bis Ende 2008 ca. 9% der in Heimen lebenden Personen in das ambulant Betreute Wohnen wechseln und 2000 Heimplätze abgebaut werden. Für die Einrichtungsträger, die sich zum Abschluss einer entsprechenden Zielvereinbarung entschließen, aber auch für Klienten, die dem Wechsel in das ambulante Setting zustimmen, wurden erhebliche finanzielle Anreize vereinbart. Vor kurzem wurde bekannt, dass im Rheinland schon für über 800 Heimplätze der Wegfall vereinbart wurde. Dies zeigt, dass diese Strategie Wirkung zeigt.

Aber nicht nur die Fallzahlen, sondern auch die Zahl der zugelassenen Dienste und Träger, die ambulant Betreutes Wohnen anbieten, hat stark zugenommen, wie folgende Grafik zeigt:

► **Folie 3:** Entwicklung der Dienste zum ambulanten BeWo von 2003 - 2005 differenziert nach Zielgruppen (LVR)

Diese Entwicklung ist Folge der Tatsache, dass mit der Zuständigkeitsveränderung auch der Zugang zum Markt erleichtert wurde (im Rheinland großzügiger als in Westfalen). Als Voraussetzung zur Zulassung sollten zwar bestimmte Qualitätskriterien erfüllt sein, eine weitergehende Beschränkung gab es aber nicht. Auch existierte – zumindest anfangs – noch kein systematisches Verfahren zur Überprüfung der Qualität der Antragsteller, mir ist nicht bekannt, ob sich dies inzwischen geändert hat. Jedenfalls ist die Zahl der zugelassenen Dienste stark angestiegen; im Rheinland hat sie sich zwischen von Juni 2003 bis Ende 2005 mehr als verdoppelt. Den größten Zuwachs (in absoluten Zahlen) hatten die Dienste für psychisch be-

hinderte Menschen (von 417 auf 521), die relative Zunahme war wegen des hohen Ausgangsniveaus geringer (von 4,3 auf 5,4 Dienste pro 100.000 Ew.). Bei den hinzugekommenen Anbietern handelte es sich sowohl um schon bestehende Träger stationärer Angebote, als auch um neue, auch privat-gewerbliche Träger, darunter nicht wenige gesetzliche Betreuer und Sozialarbeiter, die individuell eine Zulassung beantragt hatten. Die Zahlen der amtliche Statistik sind aber wahrscheinlich zu hoch, da einerseits nicht alle zugelassenen Anbieter auch tatsächlich Angebote machen, andererseits immer noch Anbieter mitgezählt werden, die inzwischen schon wieder ausgestiegen sind. Das ist auch bei der folgenden Grafik zu berücksichtigen, die zeigt, wie viele Klienten im Durchschnitt auf einen Dienst kommen und wie sich dieses Verhältnis von 2003 – 2005 entwickelt hat (neuere Zahlen liegen mir noch nicht vor):

► **Folie 4:** Entwicklung der durchschnittlichen Klientenzahl pro Dienst von 2003 -2005 differenziert nach Zielgruppen (LVR)

5. Wie ist diese Entwicklung zu bewerten?

Meine Antwort auf diese Frage möchte ich in drei Thesen zusammenfassen:

1. Grundsätzlich ist erfreulich, dass heute mehr Menschen mit einer Behinderung in der eigenen Wohnung ambulante Eingliederungshilfe erhalten. Es ist fachlich unbestritten, dass auf diese Weise selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe besser gefördert werden können als in stationären Einrichtungen. Aber es gibt auch Risiken, die nicht unterschätzt werden dürfen. Häufig wird so getan, als ob die Qualität ambulanter Hilfen automatisch besser sei. Dies könnte sich aber als verhängnisvoller Irrtum erweisen. Der Hinweis auf die Vorteile des ambulanten Settings besagt noch lange nicht, dass diese in der Praxis auch wirklich realisiert werden. Vor allem die Möglichkeit, dass nur bestimmte Klienten profitieren, während sich für andere die Lage nicht verbessert oder sogar verschlechtert, wird – so mein Eindruck – häufig zu wenig ernst genommen.

2. Ein weiteres Risiko besteht in der gemeinsamen Chronifizierung von Klient und Helfer im vielzitierten „ambulanten Gettho“. Nicht nur stationäre, sondern auch die ambulante Hilfen zielen oft mehr auf die Eingliederung des Klienten in die Sonderwelt der Psychiatriegemeinde und seine Anpassung an dürftige Lebensbedingungen als auf deren Überwindung und Rückführung in ein möglichst normales und sozial gesichertes Leben. Schon bei der Enthospitalisierung der Langzeitpatienten aus den psychiatrischen Kliniken haben sich die Erwartungen der Reformer nur teilweise erfüllt. Die Hoffnung, dass damit die Probleme der Chronifizierung und sozialen Ausgrenzung quasi von selbst gelöst würden, wurde enttäuscht. Die Lebensqualität hat sich keineswegs immer in dem Maße verbessert, wie dies häufig angenommen wird. Die Mehrzahl der in der Gemeinde lebenden chronisch psychisch Kranken

leidet unter fehlender Arbeit, materieller Not, sozialer Isolation, Diskriminierung und mangelnder Zuwendung. Über die Gefahr der Verwahrlosung und Gefährdung infolge Unterversorgung bei Scheitern des ambulanten Hilfearrangements wird dennoch wenig gesprochen, systematische Untersuchungen zu diesem Thema sind mir nicht bekannt.

3. Aber auch die Rückwirkungen auf den stationären Bereich dürfen nicht übersehen werden. Es stellt sich nämlich die Frage, was aus den dort verbleibenden Personen wird, deren Zusammensetzung sich durch den Auszug der leichteren Fälle immer weiter von dem entfernt, was Dörner die notwendige „gesunde Mischung“ nennt. Die Gefahr zunehmend inhumaner Lebens- und Arbeitsbedingungen im Heimbereich darf nicht tabuisiert werden. Sie ist übrigens auch der Grund dafür, dass Dörner für eine konsequente Auflösung aller Heime plädiert. Da diese aber nicht in Sicht ist, sollte man eigentlich meinen, dass man sich nach Kräften bemüht, die bedrohte Versorgungsqualität abzusichern. Mein Eindruck ist aber, dass heute vielfach genau umgekehrt gedacht und versucht wird, vor allem im Heimbereich die Kosten durch Absenkung qualitativer Standards möglichst weit zu senken, um im ökonomischen Wettbewerb besser bestehen zu können.

Ich möchte jedoch abschließend noch einmal betonen, um nicht missverstanden zu werden: ich plädiere nicht gegen die Perspektive der Ambulantisierung an sich. Ich plädiere vielmehr dafür, dass bei allen Reformaßnahmen auch stets sorgfältig darauf geachtet wird, dass das damit verbundene Versprechen einer besseren Versorgungs- und Lebensqualität auch wirklich eingelöst wird, und zwar nicht nur für eine bestimmte Auswahl, sondern letztlich für alle Klienten, unabhängig von Art und Schweregrad ihrer Behinderung.