



## **Kommunalisierung der Behindertenhilfe -**

### **Entwicklungspfade der Behindertenhilfe zwischen Sparzwängen und Qualitätsanforderungen**

Vortrag im Rahmen des Sozialpolitischen Forums der Evangelischen Akademie Arnoldshain am 29. November 2005 in Frankfurt am Main

In der Diskussion um die Perspektiven der Eingliederungshilfe, verbinden sich - wie so häufig im Feld der Sozialpolitik und der Behindertenpolitik - fachliche Fragen der konzeptionellen Weiterentwicklung mit Fragen von Einsparmöglichkeiten. Es stehen politische Entscheidungen an, die die Strukturen der Eingliederungshilfe grundlegend verändern sollen. Neben der Forderung, dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ nun endlich zum Durchbruch zu verhelfen, besteht Handlungsdruck dadurch, dass das SGB XII in § 97 vorgibt, für den Bereich der Eingliederungshilfe in allen Bundesländern eine einheitliche sachliche Zuständigkeit zu schaffen. Ein weit stärkerer Handlungsdruck ist durch den erwarteten Kostenanstieg gegeben, der allein dadurch entsteht, dass mehr Hilfen nachgefragt werden. Eine Prognose des Deutschen Vereins geht davon aus, dass die Zahl der Anspruchsberechtigten im Bereich wohnbezogener Hilfen allein im Zeitraum von 2002 bis 2007 um 21% steigen wird<sup>1</sup>. Angesichts des finanziellen Drucks auf die öffentlichen Haushalte wird angestrebt, durch eine Umstrukturierung den Kostenanstieg zumindest zu begrenzen.

Aus der Perspektive der Kostenträger und Anbieter von Hilfen ist es legitim, diesen Handlungsdruck in erster Linie aus der Perspektive der befürchteten oder erhofften finanziellen Auswirkungen zu betrachten. Ich möchte jedoch meine Ausführungen dazu nutzen,

1. etwas grundsätzlicher die Problematik des gegenwärtigen Hilfesystems zu beleuchten und
2. Anforderungen an Lösungsvorschläge zu skizzieren, die sich aus fachlicher und sozialpolitischer Perspektive stellen.

### **Reformbedarf**

Wie immer man es formulieren will, ob ‚Paradigmenwechsel‘ oder ‚Perspektivenwechsel‘, es gibt einen wachsenden gesellschaftlichen Konsens darüber, dass eine konzeptionelle und strukturelle Umorientierung der Behindertenhilfe erforderlich ist. Diese Umorientierung soll von den Leitgedanken der Normalisierung und Selbstbestimmung geprägt sein, zu einer Individualisierung und Flexibilisierung der Unterstützungsleistungen und zu einem effizienteren Einsatz öffentlicher Mittel führen.

Soll dies nicht nur Rhetorik bleiben, so sind damit große Herausforderungen benannt, die sich für Kostenträger und Anbieter gleichermaßen bezogen auf die fachliche Ausrichtung der Hilfen und auf die Kooperation der beteiligten Akteure stellen. Es geht darum, das Leitmodell der ‚stationären Behindertenhilfe‘, das im Konsens der Kostenträger und der Einrichtungsträger auf- und ausgebaut wurde, zugunsten eines flexiblen, regionalen, nutzerorientierten Dienstleistungsangebotes zu verän-

<sup>1</sup> Deutscher Verein (2003): Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden! Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV) 83 (2003), S.121-125

dern, das seinen Schwerpunkt im Bereich dezentral organisierter, offener Unterstützungsangebote hat.

Meine Ausgangsthese dabei ist, dass die Krise der Eingliederungshilfe nicht nur eine finanzielle ist. Sie ist vielmehr Ausdruck einer konzeptionellen Misere, ohne deren Überwindung auch die finanziellen Probleme nicht gelöst werden können. Ich möchte dies im Folgenden kurz begründen.

## Entwicklungspfade

Die Grundlagen der Behindertenhilfe, insbesondere die Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung haben sich in Deutschland wie in vergleichbaren Ländern im Zuge der Industrialisierung im Rahmen der Armenfürsorge und im Rahmen des Anstaltswesen im 19. Jahrhundert entwickelt. Als Antwort auf die ‚soziale Frage‘ - wie Klaus Dörner sie formuliert: „Was machen wir mit denen, die für den Markt zu leistungsschwach oder zu störend sind, was wollen wir sie uns kosten lassen, wofür sind sie überhaupt da?“<sup>2</sup>, wurden die ‚Anstalt‘ geschaffen, in der Menschen mit Behinderung aus dem gesellschaftlichen Leben herausgenommen werden und in einer sozialen Sonderwelt versorgt werden. Der gesellschaftliche Ausschluss war nicht etwa eine unbeabsichtigte Folge des Anstaltswesens, sondern ein ordnungspolitisch und konzeptionell von allen Akteuren geteiltes Ziel der Maßnahme.

Mit dem Anstaltswesen hat sich ein für die Behindertenhilfe bis heute prägende Entwicklungspfad herausgebildet<sup>3</sup>. Er lässt sich auf der administrativen Ebene kennzeichnen durch eine überörtliche Zuständigkeit für die Aufgaben der Behindertenhilfe und auf der konzeptionellen Ebene durch die Unterbringung und Versorgung von Menschen mit Behinderung in spezialisierten Einrichtungen. Die Träger der Hilfen sind zumeist in verbandliche Strukturen eingebunden, die ebenfalls überregional orientiert sind. Aufgrund wechselseitiger personeller Verflechtungen kann das Verhältnis von Anbieterorganisationen und zentralisierter Verwaltung als ‚korporatistisches Arrangement‘ beschrieben werden.

Es besteht mittlerweile ein durchgängiger Konsens darüber, dass die Antwort der Anstalt auf die hier zur Diskussion stehende Ausprägung der ‚soziale Frage‘ falsch war bzw. heute keinesfalls mehr angemessen ist. Nicht der Ausschluss von Menschen mit Behinderungen aus der Gesellschaft und ihr Einschluss in Institutionen ist das Ziel der Hilfe, sondern die Eingliederung in die Gesellschaft oder, um den anspruchsvollen Begriff des SGB IX aufzugreifen, die ‚Teilhabe‘ ist das Ziel Hilfe. Die professionelle, organisierte Hilfe muss sich also daran messen lassen, wie sie Menschen mit Behinderung die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht bzw. erleichtert.

Betrachtet man die Entwicklung der Hilfen in der Bundesrepublik, so ist festzustellen, dass das Anstaltsmodell als weitgehend überwunden gelten kann. An seine Stelle ist - ausgehend von dem Engagement der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie fachlichen Impulsen - ein differenziertes Angebot an Hilfen in Sondereinrichtungen getreten. In diesen Einrichtungen steht die Förderung der Klienten in einer geschützten Umgebung im Vordergrund, der die Zielsetzung der Eingliederung nachgeordnet wird. Im Unterschied zu anderen Ländern wurden weitergehende Impulse des Normalisierungsprinzips und des Ansatzes der Selbstbestimmung zur Überwindung besonderer Hilfen bislang nur sehr zögerlich aufgegriffen.

Die Aufnahme des Vorrangs ‚ambulant vor stationär‘ im Jahre 1984 in das Bundessozialhilfegesetzes hat nichts daran geändert, dass in der Folgezeit das stationäre Hilfesystem deutlich stärker aus-

---

<sup>2</sup> Dörner, Klaus (1994): Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig, *Leviathan* 22 (1994), S.367-390, S. 374

<sup>3</sup> Schädler, Johannes (2002): Stagnation oder Entwicklung in der Behindertenhilfe? Chancen eines Paradigmenwechsels unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit, Hamburg

gebaut wurde, während sich der Bereich ambulanter Hilfen nur sehr schwach entwickelt hat<sup>4</sup>. Noch in den 90iger Jahren folgte die Entwicklung der Behindertenhilfe in den neuen Bundesländern fast ausschließlich dem Leitprinzip stationärer Hilfen<sup>5</sup>. Selbst die Entwicklung der innovativen Hilfeform des sog. Betreuten Wohnens folgt weitgehend noch der Logik stationärer Versorgung. Auch dort wurden und werden zumeist von den Trägern der Hilfe ganz dezidiert Plätze in kleineren Wohneinheiten geschaffen, die im Sinne eines abgestuften Wohnkonzepts mit Personen belegt werden, den ein vergleichsweise hohes Maß an Selbständigkeit zugetraut wird. Zweifelsohne bewirkt diese Form der Hilfe für viele Nutzer/innen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. Der Anspruch der Normalisierung und Selbstbestimmung wird aber auch in diesem Wohnangebot häufig stark durch strukturelle Zwänge eingeengt, die mit der institutionellen Logik der Schaffung, Verwaltung und Finanzierung von Plätzen einhergeht.

Die spezifisch deutsche Rezeption des Normalisierungsprinzips und auch des Ansatzes der Selbstbestimmung lassen sich vor dem Hintergrund des deutschen Entwicklungspfades erklären. Während das Normalisierungsprinzip in Skandinavien von Sozialpolitikern auf nationalstaatlicher Ebene als sozialpolitisches Programm entwickelt und auf kommunaler Ebene umgesetzt wurde, wurde es in der Bundesrepublik von den Fachverbänden der Behindertenhilfe als fachliches Konzept zur Weiterentwicklung ihres stationären Ansatzes rezipiert. Auf den politischen Ebenen des Bundes, des Landes und der Kommunen fand es hingegen als sozialpolitisches Programm keine oder nur wenig Resonanz. Auch die zuständigen Kostenträger entwickelten bis vor kurzer Zeit kein eigenständiges Interesse an der Steuerung der Entwicklung und vollzogen die fachliche Ausrichtung der freien Wohlfahrtspflege mehr oder weniger nach. Menschen mit Behinderung, die beispielsweise im Kontext der Krüppelbewegung Ansprüche auf Selbstbestimmung artikulierten, blieben im System der Hilfen marginal. Die Partizipation Betroffener an der strukturellen Ausgestaltung von Hilfen ist im gegenwärtigen Hilfesystem faktisch nicht vorgesehen.

Das Aufzeigen des Entwicklungspfades der Behindertenhilfe ist insofern bedeutsam, als dieser durch geschaffene Regelungen auch die Optionen der weiteren Entwicklung vorgibt. Reformansätze müssen daran anknüpfen. Vor diesem Hintergrund möchte ich einige notwendigen Reformschritte verdeutlichen.

## **Reformschritte**

Unbestritten hat die Regelung der Zuständigkeit - für ambulante Hilfen ist der örtliche Träger der Sozialhilfe zuständig und für stationäre Hilfen der überörtliche Träger - zu einer Blockade der Entwicklung geführt. Kommunen sahen vielfach keinen Grund zum Aufbau einer kommunalen Infrastruktur zur Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens von Menschen mit Behinderung, da für sie durch die überörtliche Zuständigkeit kein Handlungsbedarf gegeben war. Die überörtlichen Sozialhilfeträger konnten die Entwicklung eines ambulanten Unterstützungsangebotes nur sehr bedingt - eben im Rahmen der Logik stationärer Versorgung - forcieren. Mit der durch das SGB XII intendierten Zusammenführung der Hilfen in einer Hand kann diese strukturelle Blockade nun überwunden werden. Mit der einheitlichen Zuständigkeit - unabhängig davon, ob diese nun beim örtlichen oder überörtlichen Träger angesiedelt wird, wird es nun möglich, eine einheitliche Planungsgrundlage für die Entwicklung der Eingliederungshilfe zu realisieren. Darüber besteht nach meiner Wahrnehmung Konsens.

---

<sup>4</sup> Nach der nicht-amtlichen Heimstatistik des BMFSFJ gab es 1980 insgesamt 52.420 Plätze in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe in den alten Bundesländern und 2001 insgesamt 131.929 Plätze

<sup>5</sup> In den neuen Bundesländern gab es nach der Statistik des BMFSFJ insgesamt 10.109 Plätze in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und 2001 insgesamt 28.417 Plätze.

Für die Zusammenführung beim überörtlichen Sozialhilfeträger sprechen die dort herausgebildete Fachkompetenz und die Möglichkeit, die Entwicklung landeseinheitlich zu steuern. Für eine Kommunalisierung spricht die Möglichkeit, die Hilfen dezentral und flexibel zu organisieren. Es erscheint jedoch nicht ausgeschlossen, dass im Fall einer Kommunalisierung die Fachkompetenzen dezentralisiert und landeseinheitliche Standards gesichert werden. Hierfür gibt es Vorbilder aus der Kommunalisierung der Jugend- und Altenhilfe. Erfahrungen mit der Kommunalisierung in der Behindertenhilfe - beispielsweise in Baden-Württemberg - können noch nicht systematisch bewertet werden. Bedauerlicherweise wird der dortige Veränderungsprozess nicht systematisch dokumentiert und evaluiert. Der umgekehrte Weg - die Ansiedelung der Zuständigkeit beim überörtlichen Sozialhilfeträger bei gleichzeitiger Dezentralisierung seiner Aufgabenwahrnehmung - wird zurzeit in Nordrhein-Westfalen erprobt. Auch hier kann das Ergebnis noch nicht abschließend bewertet werden<sup>6</sup>. Letztlich geht es um eine politische Entscheidung, die allerdings auf der Grundlage der fachlichen Anordnungen getroffen werden sollte.

Die Zusammenführung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe in einer Hand ist m.E. allerdings nur eine notwendige, keineswegs hinreichende Bedingung für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe. Die Konzentration auf die Frage der örtlichen oder überörtlichen Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe darf die weitergehenden Fragen der konzeptionellen Orientierung der Behindertenhilfe nicht überdecken.

Wichtiger erscheinen mir strukturelle Maßnahmen, die zu einer grundlegenden Überwindung der oben beschriebenen Krise der Eingliederungshilfe führen. Bereits die Gegenüberstellung ‚ambulant‘ und ‚stationär‘ folgt einer Logik, die sich allein aus institutionellen Zuständigkeiten und historisch gewachsenen Einrichtungstraditionen und -typen verstehen lässt. Für die Entwicklung der Behindertenhilfe war und ist die unhinterfragte Annahme leitend, dass sich mit einem relativ pauschal festzustellenden Hilfebedarf ein stark standardisiertes und alle Lebensbereiche umfassendes Hilfeangebot verbinden lässt. Dies stellt sich sowohl aus der Logik des Kostenträgers als auch aus der Logik des Hilfeanbieters als durchaus funktional dar. Der individuelle Rechtsanspruch auf eine bedarfsgerechte Hilfe nach dem BSHG konnte so auf der Grundlage eines korporatistischen Arrangements zwischen den beteiligten Akteuren realisiert werden.

Zur Legitimation dieses Arrangements dient das immer noch vorherrschende und durch das Hilfesystem geförderte Bild von Menschen mit Behinderungen, das ihren Unterstützungsbedarf verallgemeinert und ihnen eine generelle Hilflosigkeit unterstellt. Historisch verband sich damit die Annahme, dass Menschen mit Behinderung am besten in Anstalten versorgt werden können, aktuell wirkt dies noch in der Annahme nach, dass insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung den Schonraum eines Wohnheimes benötigen, der sie vor Anforderung des modernen Lebens schützt. Ambulante Hilfen hingegen sind in dieser Sichtweise Hilfen geringer Intensität, die nur für die sog. ‚Fitten‘ in Frage kommen.

Mit der Inanspruchnahme der Hilfe gehen dabei nach wie vor Lebensformen einher, die Menschen mit Behinderungen von der Teilhabe am Leben der Gesellschaft ausschließen und ihre Integration in soziale Sonderwelten fördern. Ihre fehlende Präsenz im gesellschaftlichen Alltag hat die Tatsache, dass Menschen mit Behinderung in erster Linie Mitmenschen, Mitbürger und Nachbarn sind, in den Hintergrund treten lassen. Im Vordergrund der Hilfen steht das Besondere und nicht die Ermöglichung des Allgemeinen.

Die deutlichste Kritik erfährt das dem Hilfesystem zugrunde liegende Verständnis von Behinderung im Ansatz der Gleichstellung, wie sie im Benachteiligungsverbot im Grundgesetz und im Antidis-

---

<sup>6</sup> vgl. Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) (2005): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen - Individuelle Hilfen aus einer Hand. Zwischenbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung im Auftrag des Sozialministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen, Siegen (als Download verfügbar unter [www.ih-nrw.uni-siegen.de](http://www.ih-nrw.uni-siegen.de))

kriminierungsgesetz zum Ausdruck kommt. Das SGB IX greift diesen Ansatz in der Sozialgesetzgebung auf, ohne aber ausreichend starke Indikatoren für eine systematische Umsetzung von Leitprinzipien wie Selbstbestimmung, Teilhabe oder Stärkung der Betroffenenposition zu beinhalten<sup>7</sup>. Die Umsetzung des Benachteiligungsverbotes stellt also auch für das Hilfesystem eine noch nicht eingelöste Herausforderung dar.

Ich möchte abschließende zur Realisierung des Benachteiligungsverbotes im Unterstützungssystem drei zentrale Punkte nennen. Es geht dabei, um es an dieser Stelle noch mal sehr deutlich zu formulieren, nicht um die Absicherung von oft bereits erreichten und aus der Sicht von Kostenträgern und Anbietern bewährte Standards, sondern um deren weitgehende Veränderung, die sich an der Lebensqualität der Anspruchsberechtigten im Bereich der Eingliederungshilfe orientieren<sup>8</sup>.

## **1. Regionale Teilhabeplanung**

Die zentrale Aktionsebene für die Schaffung guter Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen ist das örtliche Gemeinwesen. Die Teilhabechancen, die Lebensqualität im Alltag und auch der Bedarf behinderter Menschen an professioneller Hilfe hängen davon ab, in welchem Maße die kommunale Infrastruktur im weitesten Sinne „barrierefrei“ gestaltet ist. Dem Benachteiligungsverbot gemäß hat die Gestaltung eines barrierefreien Umfeldes unbedingte Priorität vor spezialisierten und besonderen Hilfen. Dies gilt für den gesamten Dienstleistungsbereich der Kommunen, der sich auf die Inanspruchnahme durch Menschen mit Behinderung einstellen muss, dies gilt für den Freizeit und Bildungsbereich, der nicht mehr auf gesonderte Angebote verweisen darf. Notwendig ist dazu über formale Antidiskriminierungsvorschriften hinaus die Sensibilisierung des Gemeinwesens für die Belange von Menschen mit Behinderung.

Unabhängig von Fragen der Kostenträgerschaft ist daher eine regionale Verantwortung für Teilhabeplanung notwendig, die sowohl die Gestaltung der Infrastruktur des Gemeinwesens als auch die Planung eines dezentralen, vernetzten Unterstützungsangebotes einschließt. Es ist bedauerlich, dass ein solcher Planungsansatz im SGB IX nicht verankert wurde. Das bisherige Planungsgeschehen ist äußerst unbefriedigend. Es ist zum einen durch eine weitgehende Beschränkung auf professionelle Hilfe und zum anderen durch isolierte Planungen der beteiligten Akteure geprägt.

## **2. Offene Hilfen als Leitmodell**

Wie in anderen westlichen Ländern wurden in den vergangenen Jahren neue Hilfeformen entwickelt, die unter dem Begriff ‚Offene Hilfen‘ zusammengefasst werden können. Offene Hilfen versuchen unter Prämissen von Teilhabe und Selbstbestimmung für individuelle Lebenssituationen entsprechende Hilfearrangements zu finden, die flexibel auf Veränderungen reagieren und so individuelle Entwicklungen unterstützen. Die Erfahrungen in der Bundesrepublik und in andern Ländern zeigen, dass diese Hilfen unabhängig von Art und Schwere einer Behinderung möglich sind und für die Betroffenen einen erheblichen Gewinn an Lebensqualität bringen.

Die Entwicklung eines solchen Hilfeansatzes wird jedoch gegenwärtig durch die Orientierung an der stationären Platzierungslogik konterkariert, die auch im neuen SGB XII festgeschrieben ist. So

---

<sup>7</sup> Schütte, Wolfgang (2004): Die Zukunft der Eingliederungshilfe: zwischen SGB IX und „Bundesbehindertengeld“. Eine rechtspolitische Zwischenbilanz, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV) 84 (2004), S.301-309

<sup>8</sup> vgl. zum Folgenden: Rohrmann, Albrecht u.a. (2001): AQUA-NetOH. Arbeitshilfe zur Qualifizierung von örtlichen Netzwerken Offener Hilfen für Menschen mit Behinderungen, Siegen

schränkt das neue SGB XII in § 13 den Vorrang der ambulanten Hilfen ein, „wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist“.

Die Folge ist, dass ein punktueller individueller Kostenvergleich angestellt wird. Überschreitet der Hilfebedarf zum Zeitpunkt der Antragstellung das Maß vergleichbarer Heimkosten (was auch immer das sein soll), so werden Menschen mit Behinderungen auf die Inanspruchnahme stationärer Hilfen verpflichtet. Offene Hilfen werden nur einem Personenkreis mit einem geringen Hilfebedarf zugestanden. Der Ausbau der Offenen Hilfen wird so unter Kostenvorbehalt gestellt. Neben der darin enthaltenen völlig unakzeptablen Diskriminierung ignoriert dieser Kostenvorbehalt auch die häufige Erfahrung mit Offenen Hilfen, dass individuelle Entwicklungen stattfinden können, die über Verselbständigungsprozesse zu einer Verringerung des individuellen Hilfebedarfs führen.

Die Überwindung der stationären Orientierung setzt voraus, dass in jedem Einzelfall unabhängig vom Hilfebedarf geprüft wird, wie ein individuelles Unterstützungsarrangement realisiert werden kann. Nur so kann sich ein regionales und flexibles Unterstützungsnetzwerk bilden, das in jedem Falle effizientere Hilfen leisten kann und vermutlich auch in der Summe kostengünstiger ist. Ein Unterstützungssystem ist dann tragfähig, wenn es auch maximal beeinträchtigten Personen Sicherheit bei der alltäglichen Lebensführung gibt. Andernfalls werden Betroffene, Angehörigen und Behindertenverbände zu Recht Widerstände gegen ambulante Hilfe als unsichere Billiglösungen entwickeln.

### **3. Orientierung am Individuellen Hilfebedarf**

Voraussetzung für den Unterstützungsansatz der Offenen Hilfen ist ein Verfahren individueller Hilfeplanung, mit dem von den individuellen Bedürfnissen und der konkreten Lebenssituation ausgehend die Hilfen in jedem Einzelfall in Kooperation zwischen Leistungsberechtigten, Kostenträger und Anbieter konzipiert und vereinbart wird.

Sowohl auf Seiten der Sozialleistungsträger als auch auf Seiten der Leistungserbringer liegen mittlerweile Erfahrungen mit Individueller Hilfeplanung vor. Dabei lässt sich jedoch feststellen, dass die zum Einsatz kommenden Verfahren häufig nicht aufeinander abgestimmt sind und sich auf isolierte Hilfen beschränken. Zudem erfolgt eine Hilfeplanung in der Regel erst sehr spät einsetzen, meistens nachdem bereits entschieden ist in welcher Weise der Hilfebedarf realisiert werden soll.

Ich möchte drei Anforderungen an den Einsatz von Verfahren der Hilfeplanung nennen, die ich für eine wirkliche Qualitätsverbesserung für unverzichtbar halte:

1. Hilfeplanung darf nicht auf einen Bestandteil der Antragsbearbeitung und der Dokumentation der Leistungserbringung für eine isoliert zu gewährende Hilfe verkürzt werden. Sie muss als eigenständige Unterstützung für Menschen mit Behinderung verstanden werden, durch die sie an wichtigen Übergängen im Lebenslauf Entscheidungs- und Planungshilfen erhalten.
2. Hilfeplanung setzt eine unmittelbare Auseinandersetzung mit dem Hilfesuchenden voraus. In jedem Einzelfall muss danach gefragt werden, welche Hilfe bringt diese individuelle Person wirklich weiter. Dies steht in einem Gegensatz zu vielen bisherigen Verfahren, in denen eher gefragt wird ob der Anspruchsberechtigte oder Nutzer in das vorgegeben Programm passt, also ambulante oder stationäre Hilfen erhalten soll. Das Hilfeplanverfahren muss realistische Perspektiven und Alternativen eröffnen. Das gegenwärtige Hilfesystem leidet darunter, dass immer noch von den Formen der Hilfe her gedacht wird.
3. Das Hilfeplanverfahren ist ein Aushandlungs- und Abstimmungsprozess zwischen dem Anspruchsberechtigten, den Sozialleistungsträgern und dem Leistungsanbieter. Alle drei Seiten müssen im Sinne des sozialrechtlich vorgesehenen ‚Gesamtplans‘ daher in das Verfahren einbezogen

sein, zugleich ist allerdings auch eine Unabhängigkeit von den Interessen des Kostenträgers und der Anbieter sicherzustellen.

Ich komme zum Ende meiner Ausführungen. Mein Plädoyer geht nochmals zusammengefasst dahin, die Entscheidung über die Ansiedlung der Zuständigkeit an Fragen der konzeptionellen Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu binden. Eine rein auf administrative Fragen verengte Diskussion über Kommunalisierung oder Hochkonzentration greift zu kurz. Es geht um eine intelligente Regionalisierung der Strukturplanung und eine am individuellen Hilfebedarf orientierte Finanzierung und Planung der Hilfe im Einzelfall. Ich hoffe, dies gibt Anregungen für die weitere Diskussion. Dabei müssen wesentliche Grundannahmen hinterfragt werden, die bisher noch systemprägend sind. Geschieht dies nicht, ist nicht auszuschließen, dass alle organisatorischen Veränderungen bloß zu kosmetischen Korrekturen führen und letztlich zur Bestätigung des Status Quo mit seinen gegebenen Problemen. Ich möchte nochmals unterstreichen: Flexible und individuelle Hilfen sind in der Summe, nicht hingegen im Einzelfall vermutlich günstiger zu organisieren als eine stationäre Vollversorgung, sie sind in jedem Fall angemessener im Hinblick auf das Ziel der Teilhabe am Leben der Gesellschaft.

Einige Vorschläge dazu decken sich mit Projekten, die von Trägern und von Sozialleistungsträgern bereits in Angriff genommen wurde. Einiges geht darüber hinaus. Deutlich wird die große Herausforderung, die sich für die beteiligten Sozialleistungsträger und die Anbieter der Hilfen.