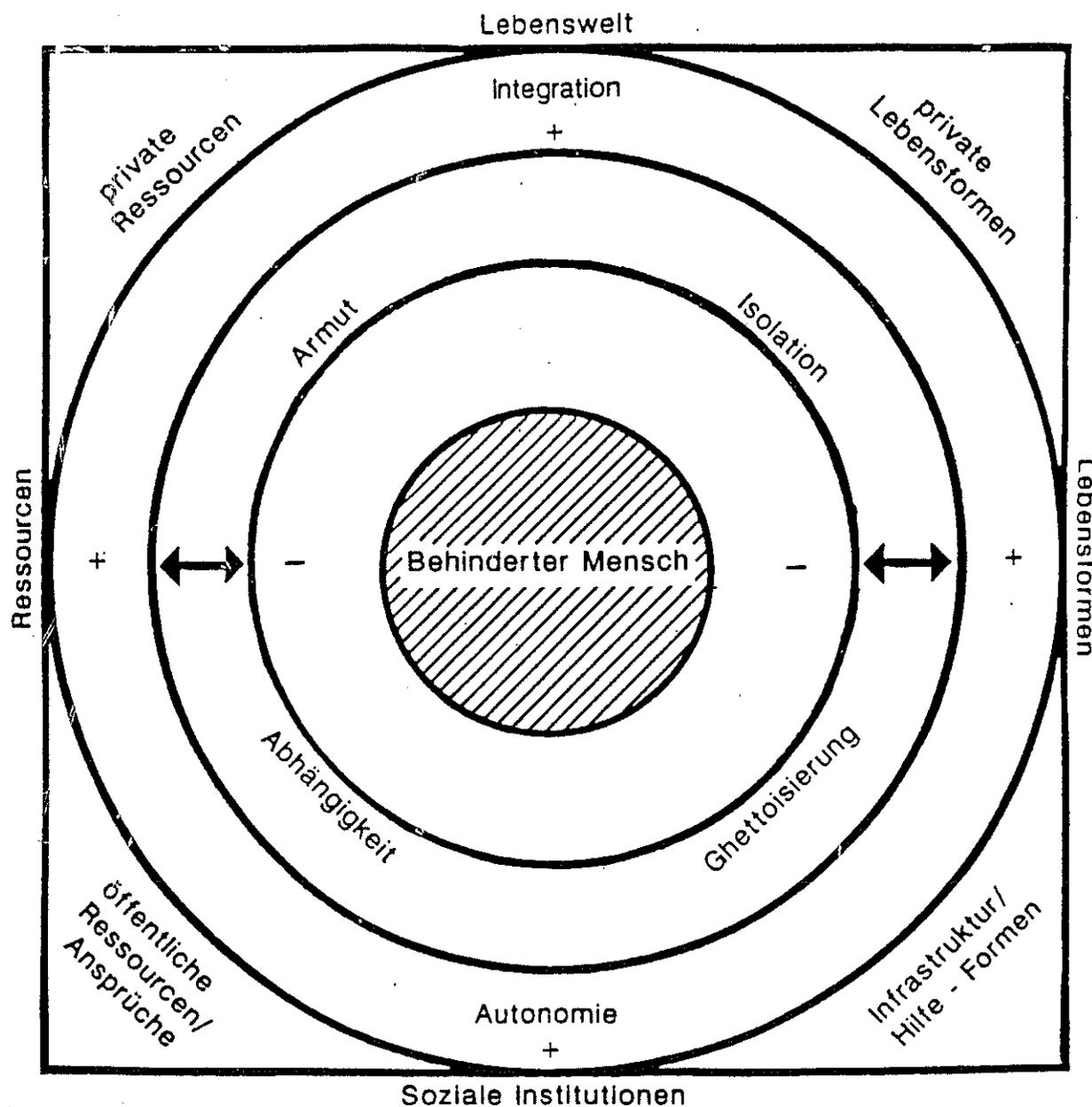
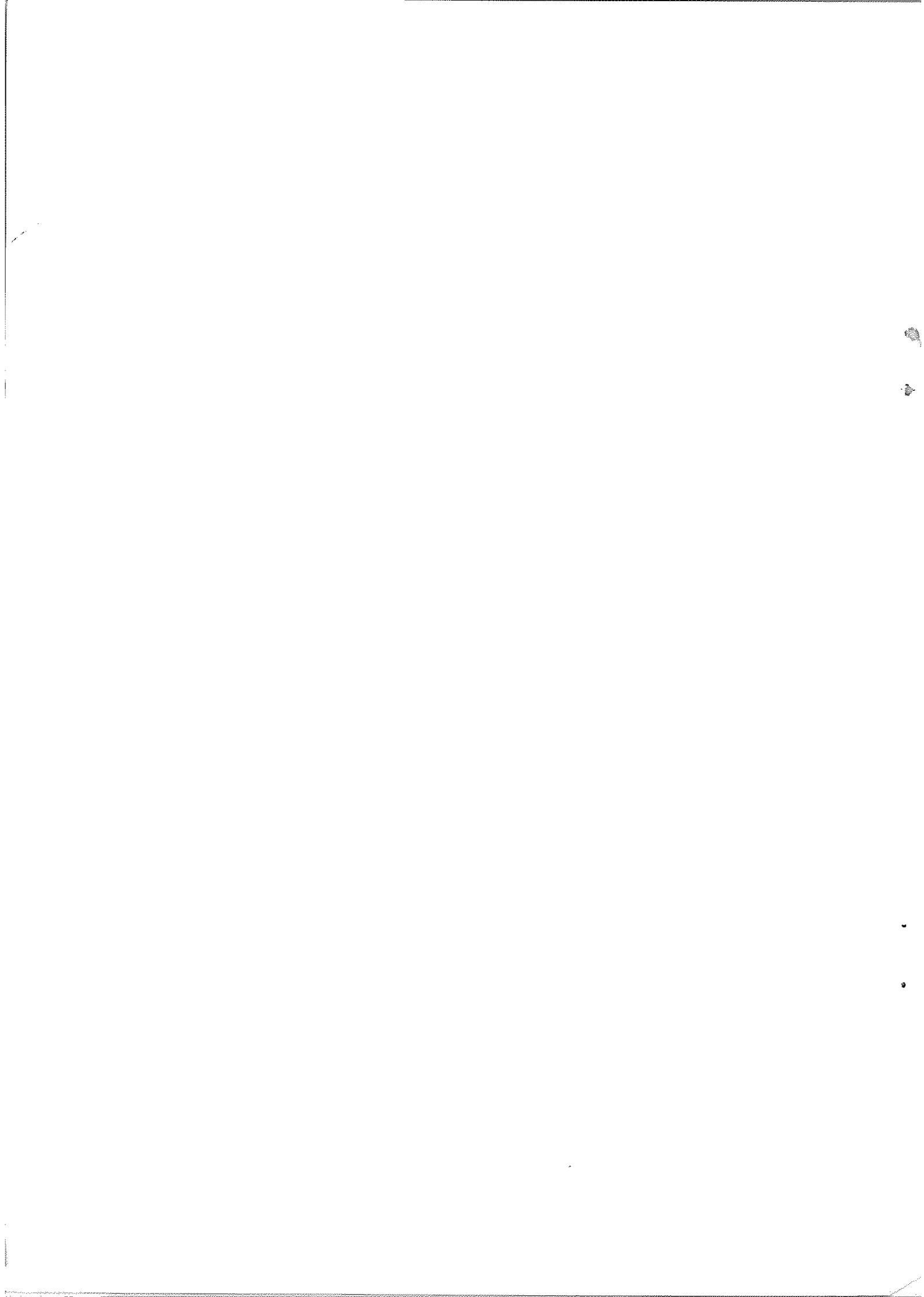


Behindertenbericht

Sozialbericht zur Lebenslage
Behinderter in Wiesbaden





S O Z I A L B E R I C H T
Z U R
B E H I N D E R T E N P L A N U N G

Verfasser:

Gisela Gottschlich
Clemens Altschiller

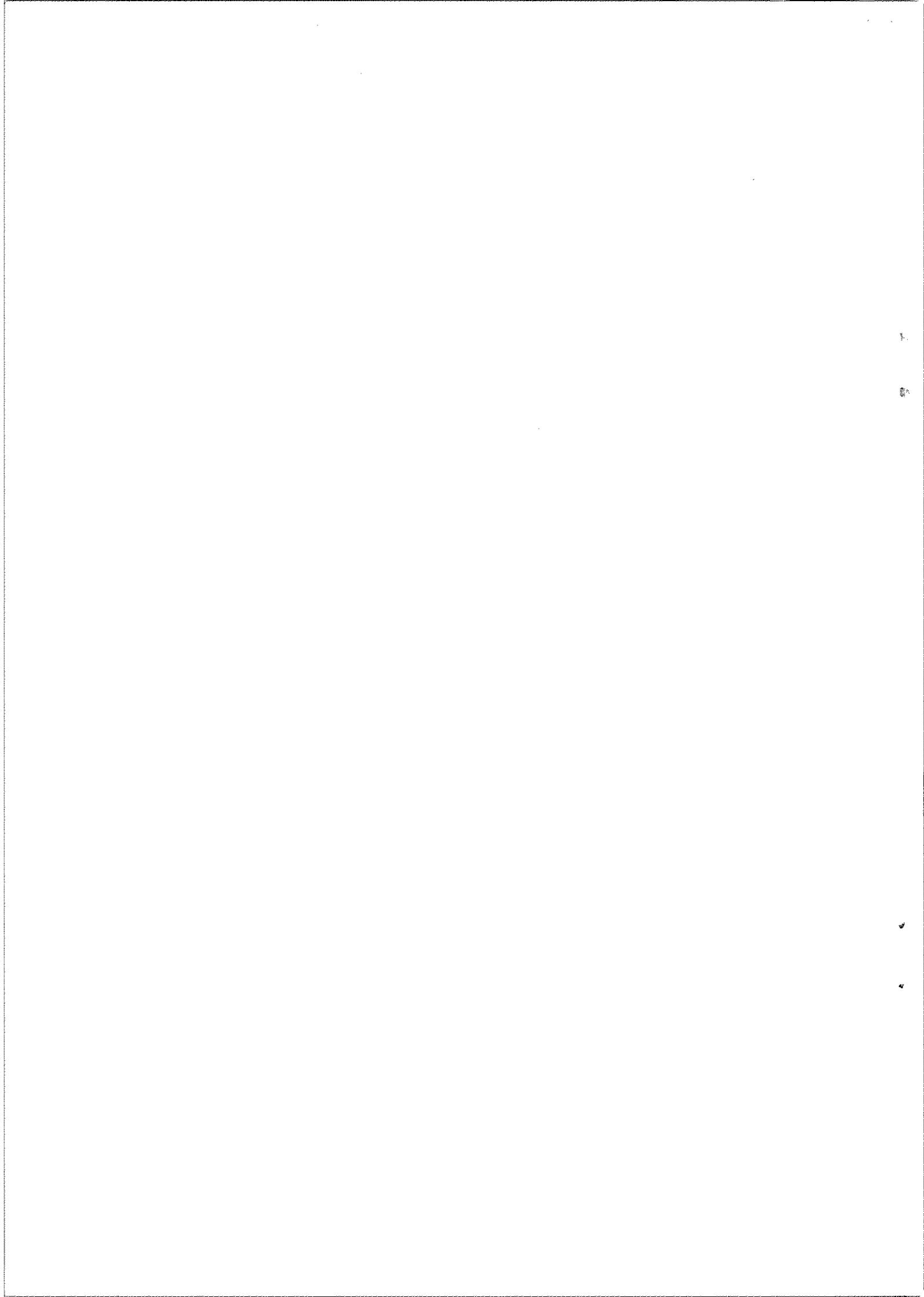
Mitarbeit:

Marlis Butenschön

Text und Graphik:

Heike Dickescheid
Doris Kunert

Amt für Jugend, Soziales und Wohnen
- Abteilung Grundsatz -
Wiesbaden, im Juli 1989



I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

S E I T E

1.	Einleitung	1
1.1.	Vorbemerkung zur Methode und Redaktion des Berichts	1 - 3
1.2.	Behandlung des Berichts in den städtischen Gremien und Umsetzung der Ergebnisse	3 - 5
2.	Behinderung und Rehabilitation: Begriffsklärung und Konzepte	5
2.1.	Der historische Bedeutungszusammenhang	5 - 8
2.2.	Der rechtlich-administrative Behinderebegriff	8 - 15
2.3.	Behinderung und Lebenslage	15 - 20
3.	Behinderte in Wiesbaden: Strukturdaten	20
3.1.	Anzahl der Behinderten	20 - 23
3.2.	Soziodemographische Merkmale Behinderter	23 - 25
3.3.	Behinderungsarten und Behinderungsgrade	25
3.4.	Behinderungsursachen	26
3.5.	Behinderung und Hilfsbedürftigkeit	26 - 30
4.	Aufgaben und Chancen zukünftiger kommunaler Sozialpolitik für Behinderte	31 - 34
5.	Frühförderung, Kindergarten und Schule	35
5.1.	Früherkennung, -behandlung und -förderung behinderter Kinder	35
5.1.1.	Allgemeine Zielvorstellungen und rechtlich-administrative Rahmenbedingungen	35 - 36
5.1.2.	Struktur des Angebotes	36 - 40
5.1.3.	Nutzerstruktur	40
5.1.3.1.	Methodische Vorgehensweise	40 - 41

...

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

S E I T E

5.1.3.2.	Merkmale der Zielgruppe: Zugangsart, Altersgruppen, Behinderungsarten, Zugangsbarrieren, regionale Verteilung	41 - 44
5.1.4.	Bewertung, Perspektiven, Empfehlungen	44 - 52
5.2.	Behinderte Kinder in Kindertagesstätten	52
5.2.1.	Struktur des Angebotes	52 - 56
5.2.2.	Nutzerstruktur	56 - 57
5.2.3.	Bestandsbewertung, Empfehlungen	57 - 60
5.3.	Behinderte in Sonder- und Regelschulen	60
5.3.1.	Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen	60 - 62
5.3.2.	Zum Stand der Integration behinderter Schüler in Wiesbaden	62 - 65
5.3.3.	Perspektiven und Probleme der Integration von Behinderten in Regelschulen	65 - 68
6.	Eingliederungshilfen nach dem BSHG unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen	68
6.1.	Zur Untersuchungsmethode	68
6.2.	Zielgruppen und Maßnahmenschwerpunkte von Eingliederungshilfen	68 - 71
6.3.	Behinderung und soziale Benachteiligung	71 - 79
6.4.	Zur Problematik von Heimunterbringungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen	79 - 81
6.5.	Qualifizierungsbedarf stationärer Eingliederungshilfen und Ausbau ambulanter Hilfen	81 - 87
7.	Ausbildung und Arbeitswelt	88
7.1.	Problemstellung	88
7.2.	Die Situation Behinderter am Arbeitsmarkt	89
7.2.1.	Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen	89 - 90
7.2.2.	Beschäftigungssituation und Arbeitslosigkeit	90 - 95

...

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

S E I T E

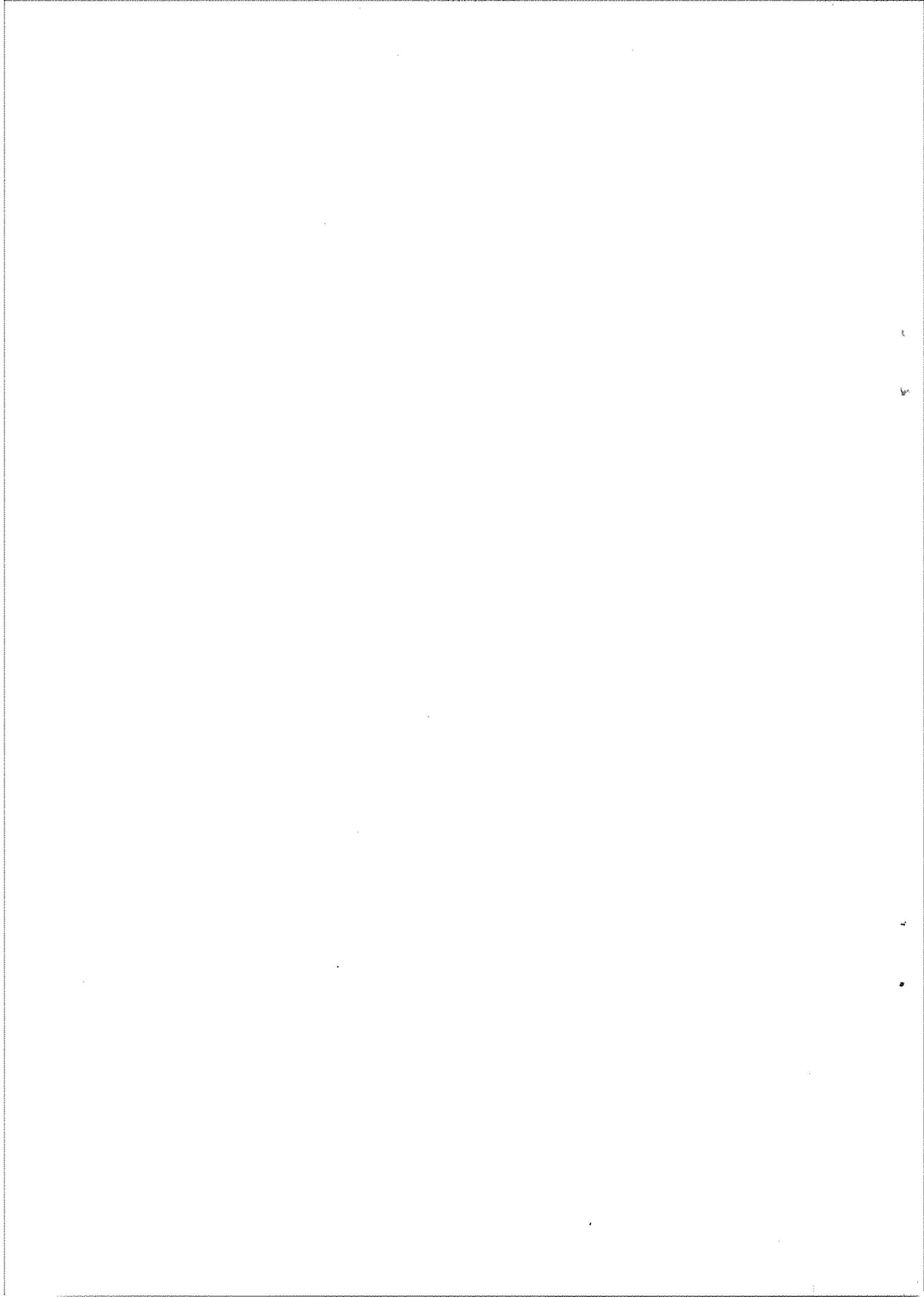
7.2.3.	Besondere Problemgruppen am Arbeitsmarkt	95 - 98
7.3.	Bestand berufsfördernder Hilfen für Behinderte	98 - 101
7.4.	Zielgruppen und Wirkungen berufsfördernder Rehabilitationsmaßnahmen	101 - 106
7.5.	Behinderte auf beschützten Arbeitsplätzen	106
7.5.1.	Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen	106
7.5.2.	Kapazität und Beschäftigungsangebote der Wiesbadener Behindertenwerkstatt	107 - 108
7.5.3.	Zielgruppe der Wiesbadener Behindertenwerkstatt	108 - 112
7.5.4.	Besondere Probleme der Wiesbadener Behindertenwerkstatt	112
7.6.	Perspektiven und Handlungsbedarf	114 - 116
8.	Wohnungen und Sonderwohnformen	116
8.1.	Unterschiedliche Wohnformen und ihre Bedeutung für die Verselbständigung von Behinderten	116 - 118
8.2.	Erwachsene Behinderte in stationären Einrichtungen und Sonderwohnformen	118
8.2.1.	Kapazität, Struktur und Wirkungen des Angebotes im Wohnheimbereich	118 - 122
8.2.2.	Bewohnerstruktur	122 - 125
8.2.3.	Bedarfsentwicklung, Empfehlungen	125 - 129
8.3.	Erwachsene Behinderte in privaten Einzelwohnungen	129
8.3.1.	Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen der Wohnungsversorgung Behinderteter	129
8.3.1.1.	Quantitative Angebotssteuerung	129 - 130
8.3.1.2.	Qualitative Aspekte der Wohnungsversorgung	130 - 133
8.3.2.	Wohnungsbestand	133 - 134
8.3.3.	Bewohnerstruktur	134 - 135
8.3.4.	Besondere Wohnprobleme	135 - 139

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

S E I T E

8.3.5.	Steuerungsdefizite bei der Wohnungsversorgung	139 - 141
8.3.6.	Bedarfsentwicklung, Empfehlungen	141 - 144
9.	Ambulante Dienste und Hilfen	144
9.1.	Zielsetzung	144
9.2.	Methodische Probleme der Bestandserhebung	144
9.3.	Struktur und Kapazität des Angebotes	144 - 145
9.4.	Nutzerstruktur	145 - 151
9.5.	Tagespflege im Moritz-Lang-Haus und ambulante Dialyse an der DKD	151
9.6.	Handlungsbedarf und Entwicklungsperspektiven	151 - 154
10.	Mobilität und Teilnahme am öffentlichen Leben	155
10.1	Mobilitätshilfen	155
10.1.1	Angebotsspektrum und Nutzerstruktur	155 - 156
10.1.2.	Aspekte und Probleme des Behindertenfahrdienstes	156
10.1.2.1.	Organisationsform	156 - 157
10.1.2.2.	Zielgruppe	157
10.1.2.3.	Kapazität	157
10.1.3.	Bestandsbewertung, Handlungsbedarf und Empfehlungen	157
10.1.3.1.	Behindertenfahrdienst	157 - 162
10.1.3.2.	Öffentlicher Personennahverkehr und sonstige Hilfen	162
10.2.	Teilnahme am öffentlichen Leben	162 - 163
10.2.1.	Bestandsaufnahme spezieller Freizeitangebote	163 - 165
10.2.2.	Handlungsbedarf, Empfehlungen	165 - 167

...



VERZEICHNIS DER T A B E L L E N

S E I T E

Tab. 1:	Einrichtungen für Früherkennung, -behandlung und -förderung	37,38
Tab. 2:	Zielgruppe heilpädagogischer Frühförderung	42
Tab. 3:	Zuordnung der Frühförderfälle und Eingliederungshilfefälle nach regionalen Arbeitsgruppen der Sozialverwaltung	45
Tab. 4:	Zuordnung der Zielgruppen der einzelnen Frühförderstellen nach regionalen Arbeitsgruppen	46
Tab. 5:	Verteilung der Frühförderfälle nach Ortsbezirken	47
Tab. 6:	Behinderte Kinder in Sondergruppen	53
Tab. 7:	Behinderte Kinder in integrativen Gruppen	54
Tab. 8:	Behinderte Kinder in Regelkindertagesstätten	55
Tab. 9:	Entwicklung der Schülerzahlen an Sonderschulen und sonstigen allgemeinbildenden Schulen	63
Tab. 10:	Ab- und Übergänge Wiesbadener Sonderschulen	67
Tab. 11:	Behinderte nach Altersgruppen: Eingliederungshilfe, amtliche Behindertenstatistik	69
Tab. 12:	Behinderung nach Altersgruppen (Mehrfachnennungen), Aktenanalyse Eingliederungshilfe	70
Tab. 13:	Einkommensarten (Mehrfachnennungen): Aktenanalyse Eingliederungshilfe und Sozialdienstauszählung	73
Tab. 14:	Haushaltsstruktur: Aktenanalyse Eingliederungshilfe und Sozialdienstauszählung	73
Tab. 15:	Haushalte mit Kindern: Aktenanalyse Eingliederungshilfe, Sozialdienstauszählung und Gesamtbevölkerung	73
Tab. 16:	Interventionsdichte von Sozialhilfe, Sozialdienst und Eingliederungshilfe nach regionalen Arbeitsgruppen der Sozialverwaltung	74

...

VERZEICHNIS DER T A B E L L E N

S E I T E

Tab. 17:	Behinderte nach Altersgruppen und regionalen Arbeitsgruppen der Sozialverwaltung, Aktenanalyse Eingliederungshilfe	85
Tab. 18:	Behinderte in Heimen nach regionalen Arbeitsgruppen, Aktenanalyse Eingliederungshilfe	86
Tab. 19:	Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen im Arbeitsamtsbezirk Wiesbaden	92
Tab. 20:	Neuzugänge von psychisch Behinderten beim Arbeitsamt	97
Tab. 21:	Verteilung der Neuzugänge in der Reha-Abteilung des Arbeitsamtes nach Berufsanfängern, Behinderte mit Berufserfahrung und Art der Maßnahme	100
Tab. 22:	Neuzugänge von Behinderten in berufsfördernde Bildungsmaßnahmen	104
Tab. 23:	Beendigung von berufsfördernden Maßnahmen des Arbeitsamtes nach dem Ergebnis der Maßnahmen	105
Tab. 24:	Behinderte in der Behindertenwerkstatt nach Behinderungsarten	111
Tab. 25:	Zugänge der Behindertenwerkstatt nach vorausgegangenen Maßnahmen	112
Tab. 26:	Behinderte in Wiesbadener Alten-, Altenwohn- und Pflegeheimen	119
Tab. 27:	Behinderte in Wiesbadener Alten-, Altenwohn- und Pflegeheimen nach Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der Befragung	119
Tab. 28:	Behinderte in Wiesbadener Alten-, Altenwohn- und Pflegeheimen nach dem Grund der Heimunterbringung	119
Tab. 29:	Erwachsene Behinderte in Wiesbadener Wohnheimen bzw. Einrichtungen der näheren Umgebung	121
Tab. 30:	Behinderte in Wohnheimen nach Behinderungsarten	123
Tab. 31:	Behinderte in Wohnheimen nach Art der Tätigkeit	124
Tab. 32:	Behinderte in Wohnheimen nach Altersgruppen zum Zeitpunkt der Befragung	126

VERZEICHNIS DER T A B E L L E N

S E I T E

Tab. 33:	Behinderte auf Wartelisten von Wohnheimen, laut Angaben der Einrichtung	128
Tab. 34:	Merkmale unterschiedlicher Wohnungstypen	131
Tab. 35:	Antragssteller von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung in der Eingliederungshilfe des Sozialamtes nach Altersgruppen	136
Tab. 36:	Antragssteller von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung in der Eingliederungshilfe des Sozialamtes nach Behinderungsarten	137
Tab. 37:	Antragssteller von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung in der Eingliederungshilfe des Sozialamtes nach Haushaltstypen und Abhängigkeit von fremder Hilfe	138
Tab. 38:	Betreuung Behinderter durch ambulante Dienste nach Behinderungsarten	146
Tab. 39:	Betreuung Behinderter durch ambulante Dienste insgesamt und nach Altersgruppen	149
Tab. 40:	Art der Leistungen an einzelne Behinderte nach Behinderungsarten (Mehrfachnennungen)	150
Tab. 41:	Besuchshäufigkeit einzelner Behinderter nach Behinderungsarten	150
Tab. 42:	Haushaltssituation der durch ambulante Dienste betreuten Behinderten	152
Tab. 43:	Behindertenfahrdienst: Kapazitätsmerkmale	158
Tab. 44:	Freizeitangebote Wiesbadener Behindertenorganisationen	164

VERZEICHNIS DER S C H A U B I L D E R

Nr. 1:	Zuständigkeit der Reha-Träger: Leistungen und Kooperation	9
Nr. 2:	Behinderungsbegriff der verschiedenen Reha-Träger	10
Nr. 3:	Ablauf beruflicher Reha-Maßnahmen und Varianten der Existenzsicherung	11

...

VERZEICHNIS DER S C H A U B I L D E R

S E I T E

Nr. 4:	Praktische Dimensionen des Behinderungsbegriffes bei verschiedenen Behinderungsarten	14
Nr. 5:	Behinderung und Lebenslauf	19
Nr. 6:	Alltagswelt und Behinderung	21
Nr. 7:	Behinderung und Lebenslage	22
Nr. 8:	Altersgruppenverteilung von Deutschen, Ausländern, behinderten Deutschen und behinderten Ausländern	24
Nr. 9:	Schwerbehinderte, Ausweisinhaber und Ausweisinhaber mit Merkzeicheneinträgen	28
Nr. 10:	Verteilung von Frühförder- und Eingliederungshilfefällen nach regionalen Arbeitsgruppen der Sozialverwaltung	48
Nr. 11:	Frühförder-, Eingliederungshilfe-, Sozialdienst- und Sozialhilfefälle nach regionalen Arbeitsgruppen der Sozialverwaltung	49
Nr. 12:	Aufnahmeverfahren Behinderter in Sonder- und Regelschulen	61
Nr. 13:	Regionale Verteilung von Eingliederungshilfe-, Sozialdienst- und HLU-Fällen nach Planungsräumen	75 - 78
Nr. 14:	Verfahrensablauf stationärer Eingliederungshilfen nach § 39/100 BSHG	80
Nr. 15:	Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen im Arbeitsamtbezirk Wiesbaden	94
Nr. 16:	Arbeitslose nach gesundheitlicher Einschränkung und Altersgruppen	96
Nr. 17:	Zuordnung von Behinderten in berufliche Reha-Maßnahmen	103
Nr. 18:	Aufnahmeverfahren Behinderter in die Behindertenwerkstatt (WfB)	110
Nr. 19:	Wohnformen (als Entwicklungsmodell)	117
Nr. 20:	Wohnungsversorgung Behinderter durch Sozial- und Wohnungsamt	140

1. Einleitung

1.1. Vorbemerkung zur Methode und Redaktion des Berichtes

Der Sozialbericht zur Behindertenplanung steht in der Tradition Wiesbadener Sozialberichterstattung, die in einer inzwischen ansehnlichen Reihe von Beiträgen zu unterschiedlichen Feldern kommunaler Sozialpolitik ein eigenes Planungsverständnis entfaltet hat:

Die bewußt gewählte Berichtsform dient der Vermittlung von planerischen Konzepten und sozialer Praxis im Medium eines engagierten Dialoges zwischen politischen Entscheidungsträgern, verantwortlichen Fachleuten und Betroffenen.

Der planerische Beitrag besteht also nicht darin, ein fertiges Handlungsprogramm zu entwerfen, daß als einseitiges Produkt ohnehin geringe Realisierungschancen hätte; die praktische Relevanz sozialer Planung beruht vielmehr auf einem andauernden Austauschprozeß, den sie durch grundlegende und begleitende Impulse zur besseren Sachkenntnis, prägnanterem Problembewußtsein und zur Selbstverständigung aller Handelnden in Gang hält.

Der vorliegende Bericht erhält einen besonderen Stellenwert allein aufgrund der Tatsache, daß es auf dem Gebiet der Sozialpolitik für Behinderte in Wiesbaden keine umfassenden und systematischen Vorarbeiten gab, er markiert jedoch nicht etwa einen vorläufigen Abschluß der Behindertenplanung, sondern leitet über zu ihrer bevorstehenden Konkretisierung in zielgerichteten Einzelentscheidungen und Maßnahmen.

Das Projekt der Berichterstattung selbst hat mehrere Etappen durchlaufen:

Der im April 1987 fertiggestellte Zwischenbericht enthielt die unerläßlichen planerischen Vorleistungen zur Begründung und Orientierung für den weiteren Untersuchungsgang:

- Begriffsabklärung und theoretisches Einkreisen des Arbeitsfeldes
- Erste Formulierung von Zielen und Kriterien für die Analyse des Hilfesystemes
- Empirische Basisinformationen über die Lebenssituation von Behinderten mit den vorgegebenen Schwerpunkten Wohnen und Arbeiten

Auf dieser Grundlage wurden anschließend intensive Diskussionen in der Arbeitsgemeinschaft der Behindertenorganisationen angeregt, die dann im Herbst 1987 dem Parlementsausschuß für Jugend und Soziales eine erste ausführliche Stellungnahme vorlegen konnte.

Im Mittelpunkt des Abschlußberichtes steht die Analyse des gesamten Hilfepotentiales der sozialen Infrastruktur für Behinderte.

Daraus ergeben sich Empfehlungen für inhaltliche und organisatorische Handlungsprogramme sowie die Bildung von Schwerpunkten und Leitlinien der Infrastrukturentwicklung.

Dieses Arbeitsergebnis wurde nach Abschluß der explorativen Phase des Zwischenberichtes in einer dialogischen Vorgehensweise gewonnen:

Nur in enger Kooperation mit Trägern von Einrichtungen und Interessenvertretern der Behinderten war das gesteckte Ziel einer qualifizierten Bestandsaufnahme überhaupt erreichbar. Dank der entgegenkommenden Haltung der Arbeitsgemeinschaft der Behindertenorganisationen konnte aus ihrer Mitte ein Ausschuß gebildet werden, der unter Geschäftsführung der Planer den untersuchungsvorbereitenden und begleitenden Dialog organisiert hat. Dabei wurden je nach Themenstellung weitere Experten hinzugezogen.

Der Ausschuß behandelte in insgesamt 10 Sitzungen bis zum April 1988, also in der knappen Zeit eines halben Jahres, das Untersuchungsprogramm und die dafür eingesetzten Instrumente wie Fragebögen etc., Zwischenergebnisse ebenso wie grundsätzliche Fragen der Bewertung von Hilfeformen; wie etwa im Fall der Sonderschulen.

Vertiefende Gesprächsrunden wurden mit Vertretern des Arbeitsamtes und der Behindertenwerkstatt durchgeführt.

Der nach Lebensbereichen gegliederte Arbeitsplan findet seinen Niederschlag in einer biographisch geordneten Aufteilung des Berichtes in die Kapitel:

- Frühförderung, Kindergarten und Schule
- Eingliederungshilfen nach BSHG (insbesondere für Kinder und Jugendliche)
- Ausbildung und Arbeitswelt
- Ambulante Dienste und Hilfen
- Wohnen und Sonderwohnformen
- Mobilität und Teilnahme am sozialen Leben

Die empirische Basis der dargestellten Ergebnisse umfaßt sowohl sekundärstatistisches Material (1) als auch eigene Erhebungen, deren Ausmaß naturgemäß einen großen Arbeits- und Zeitaufwand erfordert hat, der ohne die große Einsatzbereitschaft von Hilfskräften, wie etwa Fachhochschulpraktikantinnen, nicht zu bewältigen gewesen wäre.

So wurden alle wichtigen Einrichtungen der Behindertenhilfe besucht, alle Träger anhand standardisierter Leitfäden befragt und für alle Einrichtungen, die in nennenswerter Anzahl vorhanden sind, statistische Daten erhoben.

Eine Stichprobe von ca. 50 % des vorhandenen Fallbestandes der Eingliederungshilfe (N=ca. 292) ist mit DV-Unterstützung des KGRZ-Wiesbaden einer Aktenanalyse unterzogen worden, um die Wirkungsweise der Behindertenhilfe nach dem BSHG dokumentieren zu können.

- 1) Dabei werden überwiegend Sonderauswertungen aus der Statistik des Versorgungsamtes herangezogen, und zwar auf dem Stand von 1985/86. Neuere Daten liegen nur in wenig aussagekräftigen Standardtabellen vor. Auf eine Aktualisierung wurde daher bei der Herausgabe verzichtet.

Die derart empirisch abgesicherte Bestandsaufnahme des Hilfesystems und seiner Wirkungsweise ist aber auch be-
wußt mit bewertenden Kommentierungen und Folgerungen
versehen worden.

Schließlich mußten wegen der außerordentlichen Weite und
Vielfalt des Untersuchungsfeldes Abgrenzungen vorgenommen
und Schwerpunkte gesetzt werden:

Der Bericht befaßt sich in erster Linie mit solchen Be-
hinderten bzw. Behinderungsarten, die

- überwiegend somatischer Natur sind und
- mit einer besonderen Hilfsbedürftigkeit einhergehen
bzw. einen Bedarf nach öffentlicher Hilfe auslösen.

Die Entscheidung, besondere Problemlagen und Hilfeformen
für vorwiegend psychisch Behinderte auszuklammern, ist
zwar inhaltlich anfechtbar, erscheint aber aus pragma-
tischen Gründen gerechtfertigt: zwischen dem "älteren"
System der Behindertenhilfe und dem Hilfesystem für
psychisch Kranke, dessen gemeindenaher Grundausrüstung
sich noch im Aufbau befindet, verlaufen deutlich erkenn-
bare institutionelle, organisatorische und gewisser-
maßen auch kulturelle Grenzen, auch wenn die Zahl der
Bemührungspunkte wächst und Verflechtungen vielfach ge-
boten sind.

Im Dezernat V wird zur Zeit ein Entwicklungsprogramm für
gemeindenahere Psychiatrie in Wiesbaden erarbeitet, daß den
vorliegenden Bericht ergänzt und in Grenzbereichen prä-
zisiert.

1.2. Behandlung des Berichtes in den städt. Gremien und Umsetzung der Ergebnisse

Der Magistrat hat mit Beschluß Nr. 1074 vom 08.11.1988
den "Abschlußbericht zur Behindertenplanung" zur Kennt-
nis genommen und seine allgemeine Zielsetzungen be-
stätigt, er hat darüber hinaus die Auswertung und Um-
setzung der Berichtsergebnisse auf der Ebene von Maß-
nahmen- und Handlungsprogrammen zu einer Querschnitts-
aufgabe der Stadtverwaltung erklärt.

Das Programm der Normalisierung von Lebensverhältnissen
aller Behinderten zielt auf die Humanisierung der ge-
samten Stadtentwicklung und kann folglich vom Sozial-
Ressort allein nicht erfüllt werden.

Im Auftrag des Magistrates ist unter Federführung des
"Amtes für Jugend, Soziales und Wohnen" eine dezernats-
übergreifende Arbeitsgruppe "Behindertenplanung" ge-
bildet worden, an der laut Beschluß des Parlamentsaus-
schusses für Jugend und Soziales Nr. 584 vom 15.12.1988
und die Fraktionsvertreter aus dem Jugend und Sozial-
Ausschuß teilnehmen.

...

Die Anträge der Fraktion von SPD, CDU und GRÜNEN, die zur Beratung des Berichtes vorgelegt wurden, sollen ebenso wie auch die Stellungnahmen der Behindertenverbände bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden.

Erste Ergebnisse sind rechtzeitig in die Haushaltsplanberatungen für die Jahre 1990/91 einzubringen.

Untergruppen wurden gebildet für die Handlungsfelder:

- Frühförderung
- Kitas
- Eingliederungshilfen (Ambulante/Stationäre) für Kinder und Jugendliche
- Schule
- Ausbildung/Beschäftigung
- Mobilität
- Teilnahme am öffentlichen Leben
- Wohnungsversorgung/Sonderwohnformen

Die jeweils für die einzelnen Themenbereiche federführenden Ämter unterrichten die Koordinationsstelle beim Amt für Jugend, Soziales und Wohnen über den Arbeitsstand ihrer Untergruppe.

Auf der Basis dieser Arbeitsergebnisse tritt Ende Mai 1989 das Plenum unter Beteiligung der Kämmerei erneut zusammen, um die Projektvorschläge zu sichten und zu beraten, die mit hoher Priorität noch in den Entwurf des Haushalts 1990/91 aufgenommen werden sollen.

Zum Jahreswechsel 1989/90 wird den städt. Körperschaften ein Abschlußbericht der Arbeitsgruppe vorgelegt.

Eine wichtige Initiative auf dem Sektor der Schulpolitik ist bereits zu verzeichnen: Das Kulturdezernat veranstaltete am 17./18.02.1989 ein viel beachtetes Hearing zum Thema: "Integration behinderter Kinder in Regelschulen". Eine Dokumentation der Ergebnisse des Hearings wird im Sommer 1989 erscheinen.

Die hier vorliegende zur Veröffentlichung bestimmte Fassung des "Sozialberichtes zur Behindertenplanung" beinhaltet den im September 1988 fertiggestellten "Abschlußbericht" sowie unter den Gliederungspunkten 2 und 3 auch Teile des "Zwischenberichtes" vom April 1987. Es handelt sich dabei um die verschiedenen theoretischen Aspekte der Bestimmung des Behindertenbegriffes und um den statistischen Abschnitt "Behinderte in Wiesbaden". Ergänzt wurde der Bericht um einen Anhang, in dem u. a. die Stellungnahmen und Fraktionsanträge dokumentiert sind.

2. Behinderung und Rehabilitation: Begriffsklärung und Konzepte

2.1. Der historische Bedeutungszusammenhang

Historisch betrachtet ist unter dem Einfluß von Industrialisierung, Säkularisierung und Verwissenschaftlichung eine zunehmende Ausweitung des Behinderungsbegriffes festzustellen.

Die Zuweisung des Behinderungsstatus bleibt dabei im Hinblick auf die Folgen für die so gekennzeichneten Personen ambivalent:

Die Anerkennung als Behinderter ermöglicht einerseits den Zugang zu bestimmten sozialstaatlichen Leistungsbereichen und relativiert die Gültigkeit allgemeiner gesellschaftlicher Leistungs- und Sanktionsnormen, indem sie den Einzelnen in besonderem Maße für schutz- und förderungsbedürftig erklärt. Andererseits wird sie auch zum Stigma und löst Prozesse der gesellschaftlichen Diskriminierung aus.

Der historischen Begriffsentwicklung folgend können alle diejenigen als behindert angesehen werden, die von den Institutionen der Behindertenhilfe als solche behandelt werden. Zu berücksichtigen ist, daß konkrete Hilfsbedürftigkeit infolge einer Behinderung mit der Erweiterung des Behinderungsbegriffes nicht mehr im Zentrum der Definition steht.

Der historische Ursprung des modernen Behinderungsbegriffes liegt in offensichtlichen Formen körperlicher und geistiger Behinderung, bei den "Krüppeln" und "Schwachsinnigen". Merkmale der Zuordnung waren äußerlich auffällige Abweichungen in Gestalt und Verhalten. Die Annahme einer zugrunde liegenden organischen Ur-

...

sache galt als nicht weiter zu hinterfragender Tatbestand. Die gesellschaftliche Wahrnehmung und Bewältigung von Behinderung wurde häufig vermischt mit dem Problem der Armut und der mangelnden Fähigkeit der Integration in den Arbeitsprozeß. Die staatliche Behindertenfürsorge verband Marginalisierung mit räumlich-sozialer Isolierung der Behinderten in Anstalten und Heimen.

Mit der nach den Weltkriegen sprunghaft zunehmenden Zahl der Körperbehinderten (Kriegsbeschädigte) und der ebenfalls wachsenden Gruppe der Arbeitsunfallverletzten konstituierte sich im 20. Jahrhundert neben dem traditionellen Behindertenkreis eine neue Gruppe von Behinderten, bei denen die Prinzipien der Wiedergutmachung und materiellen Entschädigung in Form von Rentenzahlungen zur Geltung kamen.

Mit dem Grundsatz "Rehabilitation geht vor Rente" tritt in den 50er und 60er Jahren dieses Jahrhunderts das Prinzip der Entschädigung hinter dem Prinzip der Rehabilitation zurück, womit die Verbesserung der beruflichen Situation zum primären Ziel von Behindertenpolitik wird.

Bei der Ausgestaltung der Hilfen für die "klassischen" Behindertengruppen setzte sich der Rehabilitationsgedanke jedoch erst später durch. Seit Ende der 60er Jahre wird dieser Ansatz in der politischen Programmatik umfassender interpretiert und jedem Behinderten, unabhängig von Art und Ursache der Behinderung, ein Anspruch auf medizinische, berufliche und soziale Hilfe zur Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft zuerkannt.

Mit dieser finalen Orientierung sowie der parallelen Verrechtlichung und bürokratischen Organisation staatlicher Sozialpolitik verschoben sich die Grenzen von Behinderung und Nicht-Behinderung sowie anderen sozialen Problemen.

...

Der Behinderungsbegriff wurde nun nicht mehr allein zur Beschreibung offensichtlicher Defekte körperlicher und geistiger Art eingesetzt, sondern auf eine Vielzahl unterschiedlicher Phänomene angewandt:

- So ist es eine historisch relativ junge Erscheinung, daß chronisch Kranke, Verhaltensauffällige und psychisch Gestörte außerhalb des Zuständigkeitsbereiches der klassischen Psychiatrie dem Personenkreis der Behinderten zugeordnet werden können.
- Historisch neu ist auch der Begriff der "Lernbehinderung", der aus dem Zusammenwirken von Leistungsdifferenzierung im staatlichen Schulsystem mit dem Postulat der "Chancengleichheit" entstand und den besonderen Förderungsbedarf leistungsschwächerer Schüler begründen sollte.

Diese Entwicklung fand ihren Niederschlag in einer Ausdifferenzierung der Infrastruktur für Behinderte, womit es möglich wurde, vielfältigen Problemstrukturen im Rahmen der Behindertenhilfe zu begegnen. Insbesondere im Bildungs- und sozialen Dienstleistungsbereich sind zahlreiche neue, speziell auf Behinderung bezogene Sonderlebensräume geschaffen worden:

- auf dem Gebiet der Vorschulerziehung fand ein massiver Ausbau von Sonderschulen und Sonderkindergärten statt,
- im med. Bereich entstanden Kureinrichtungen, Früherkennungs- und Rehabilitationszentren,
- im Bereich berufl. Rehabilitation wurden vermehrt Berufsbildungs- und -fortbildungswerke für Behinderte geschaffen sowie beschützte Arbeitsplätze in Werkstätten für Behinderte eingerichtet.
- Im sozialen Bereich erfolgte ein Ausbau von Wohn- und Pflegeheimplätzen für Behinderte.

...

2.2. Der rechtlich-administrative Behinderungsbegriff

Der formelle Status von Behinderten ist in einer unübersehbaren Vielzahl von Gesetzen geregelt. Einige davon sind für Behinderte von zentraler Bedeutung, wie etwa:

Das Schwerbehindertengesetz (SchwbG), das Arbeitsförderungsgesetz (AFG), die Anordnung des Verwaltungsrates des Arbeitsamtes zur Rehabilitation Behinderter (A-Reha), die Reichsversicherungsordnung (RVO), das Bundesversorgungsgesetz (BVG), das Bundessozialhilfegesetz (BSHG), das Sozialgesetzbuch (SGB, allg. Teil) und das Rehabilitationsangleichungsgesetz (Reha-Angl-G).

Andere wiederum betreffen die Situation Behinderter in sonstigen Lebensbereichen, wie z. B. Steuer- und Parkerleichterungen (KfzStG, VwV-StVO).

Einen allgemein-gültigen Behinderungsbegriff gibt es innerhalb der Sozialgesetzgebung nicht. Zwar überlagern sich die Zielgruppen der verschiedenen Reha-Träger, in Abhängigkeit von den besonderen Anspruchsberechtigungen geht es aber jeweils nur um Teilgruppen von Behinderten, die

- entweder über die Ursache (Kausal),
- oder über die Auswirkungen der Behinderung auf bestimmte Lebensbereiche (Final), z. B. schulisches Lernen oder Beruf definiert werden (s. Schaubild 1,2,3).

Die Zuordnung zur jeweiligen Behindertengruppe ist bei den verschiedenen Reha-Trägern nicht unbedingt an eine amtliche Anerkennung als Behinderter im Sinne der Versorgungsverwaltung gekoppelt. Im Rahmen der jeweiligen verwaltungstechnischen Entscheidungs- und Begutachtungsverfahren wird auf der Basis eines ärztlichen und/oder psychologischen Gutachtens im konkreten Einzelfall geprüft, inwieweit eine Schädigung vorliegt, die zur Inanspruchnahme bestimmter Hilfen für Behinderte berechtigt. Dabei kann diese Feststellung mit einer versorgungsamtlichen Behinderungsdefinition zusammenfallen, muß es aber nicht:

...

Schaubild 1 : Zuständigkeit der Reha-Träger:
Leistungen und Kooperation

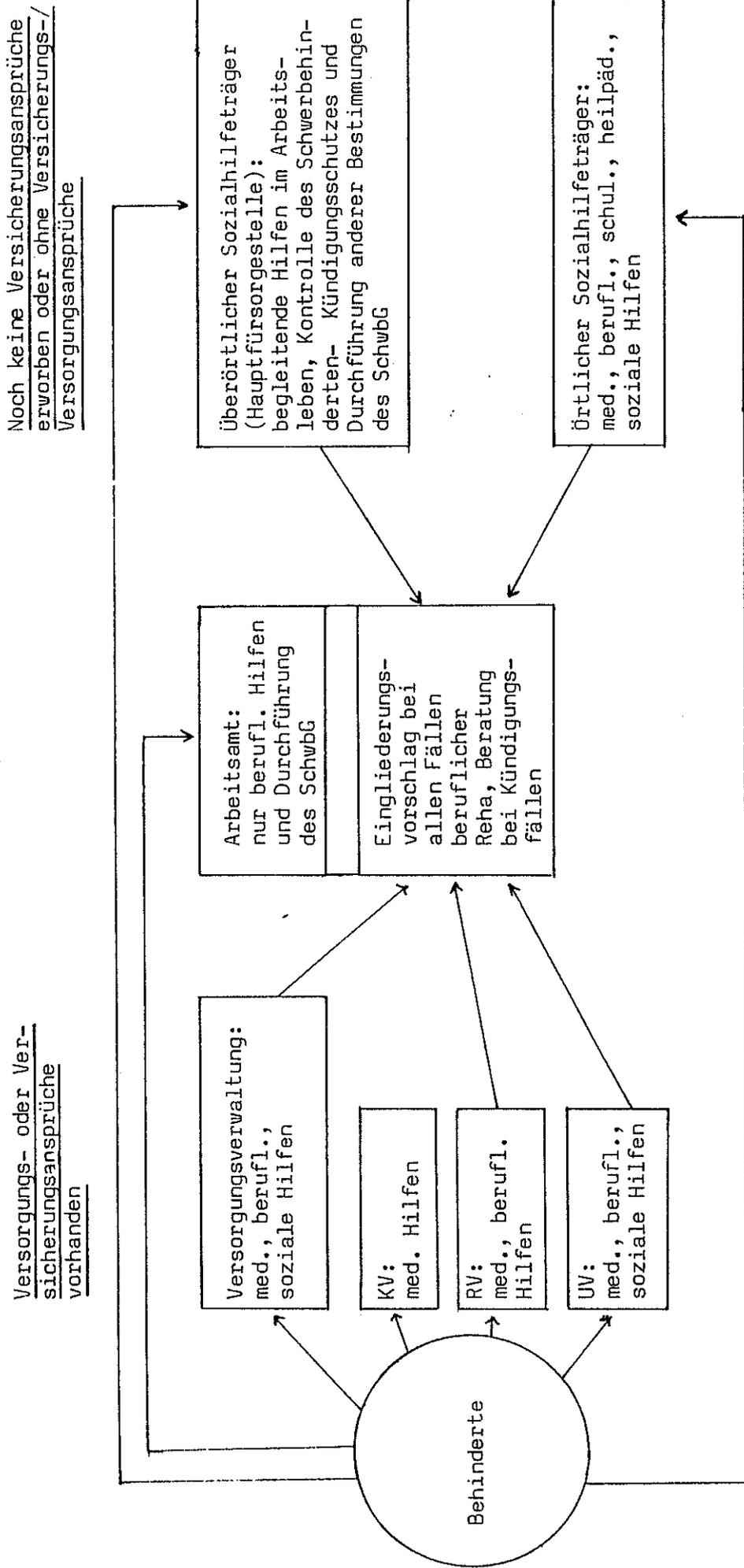
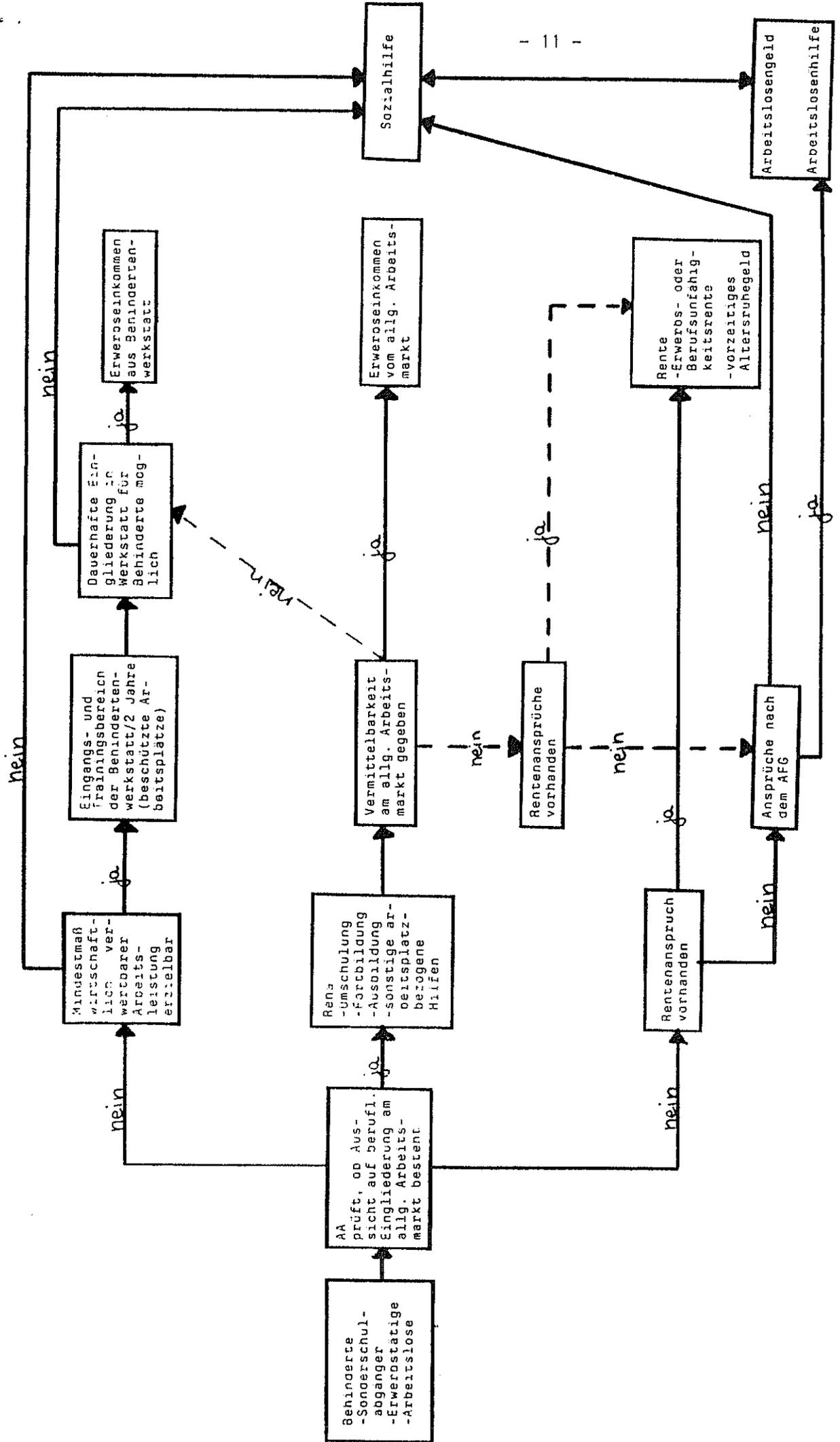


Schaubild 2: Sehhinderungsbegriff der verschiedenen Reha-Träger

	Behinderungsarten	Ursachen	Folgen	Entscheidungsgrundlage	Leistungs-voraussetzungen	Leistungen	Ziel
Krankenversicherung	Körperl., geistig u. seelisch Behinderte u. von Beh. Bedrohte	-	Arbeitsunfähigkeit, berufl. Desintegration	medizinisches, psychologisches Gutachten	Beitragsprinzip	medizinische, ergänzende Reha	Erhaltung der Gesundheit u. Bekämpfung von Erwerbsunfähigkeit, dauerhafte Integration in Arbeit, Beruf u. Gesellschaft
Rentenversicherung	"	-	"	"	"	medizinische, berufl. ergänzende Reha, Renten	Erhaltung, Verbesserung u. Wiederherstellung d. Erwerbsfähigkeit u. wirtschaftl. Existenzsicherung
Unfallversicherung	"	Unfall, Berufskrankheit	"	"	"	medizinische, berufl. soziale, ergänzende, soziale Reha, Renten, Pflegehilfe	Verhütung v. Arbeitsunfällen u. Berufskrankheiten, dauerhafte Wiederherstellung d. Erwerbsfähigkeit u. materielle Entschädigung
Arbeitsamt	gesundheitl. Beeinträchtigung auf dem Arbeitsmarkt (berufsbezogen)	-	berufl. Integrationsprobleme, Arbeitslosigkeit	"	Beitragsprinzip oder Absicht beitragspflichtige Beschäftigung aufzunehmen	berufl. ergänzende Reha	Erhaltung, Verbesserung oder Förderung der Integration in Arbeit Beruf u. Gesellschaft
Versorgungsverwaltung	"	Kriegs-, Wehr-, Zivil-, dienst-schädigung	-	amtlich anerkannter Behinderungsgrad	Versorgungsprinzip	medizinische, berufl. ergänzende soziale Reha, Renten, Pflegehilfe	Verbesserung oder Wiederherstellung d. Erwerbsfähigkeit Beseitigung oder Besserung des Leidens, Integration in Arbeit, Beruf u. Gesellschaft u. materielle Entschädigung
Sozialhilfe	"	-	Gesellschaftl. und berufl. Desintegration	medizinisches, psychologisches Gutachten	Bedarfsprinzip	medizinische, heilpädagogische, berufl., schulische, ergänzende soziale Reha, Pflegehilfe	Befähigung zur Teilnahme am Leben in d. Gemeinschaft u. zur Ausübung eines Berufes. Unabhängigkeit von Pflege

Schaubild 3: Ablauf beruflicher Reha-Maßnahmen und Varianten der Existenzsicherung



Die Anerkennung einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit in der Rentenversicherung erlaubt keine Rückschlüsse auf den amtlichen Behinderungsgrad, wie dieser umgekehrt keine Aussage zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit macht. Ein beinamputierter Büroangestellter kann noch voll erwerbsfähig sein, während ein Bauarbeiter mit dieser Behinderung meist berufsunfähig ist.

Die konkreteste und gleichzeitig verbreitetste Operationalisierung von Behinderung ist die über Behinderungsgrade nach dem SchwbG:

Leichtbehinderte im Sinne des SchwbG sind Personen mit einem Behinderungsgrad unter 50 %, als Schwerbehinderte gelten Personen mit einem Behinderungsgrad von 50 % bis 100 %.

Über den Behinderungsgrad wird das Ausmaß von Funktionseinschränkungen bei Personen mit Schädigungen körperlicher, geistiger oder seelischer Art beschrieben und kategorisiert.

Die Höhe des Behinderungsgrades ist jedoch kein geeigneter Indikator zur Bewertung der tatsächlichen Hilfsbedürftigkeit einer Person. Weil vor allem ein amtlich anerkannter Behinderter an seinem Arbeitsplatz voll leistungsfähig sein kann, wurde bei der Novellierung des SchwbG 1986 das Definitionskriterium "Minderung der Erwerbsfähigkeit" durch "Grad der Behinderung" ersetzt.

Die große Zahl der vom Versorgungsamt anerkannten Behinderten hängt damit zusammen, daß Behinderung im Sinne der Versorgungsverwaltung als zentraler sozialpolitischer Verteilungsbegriff wirksam wird. Insofern dieser Behinderungs-Status die Voraussetzung bildet zur Inanspruchnahme zahlreicher Vergünstigungen und Schutzbestimmungen, ist umgekehrt die amtliche Behindertenzahl in erster Linie zu deuten als die Zahl der Bezugsberechtigten sozialstaatlicher Leistungen für Behinderte.

...

Der Behinderungsbegriff des SchwbG hat aber auch deshalb nur eine begrenzte Aussagefähigkeit, weil durch ihn bestimmte Behindertengruppen untererfaßt werden. Der formalen Ausweitung des Behinderungsbegriffes auf eine Vielzahl von Phänomenen stehen institutionelle Unterschiede seiner Anwendung gegenüber (s. Schaubild 4):

- Da die amtliche Anerkennung einer Behinderung durch das Versorgungsamt auf der Basis rein medizinischer Diagnoseverfahren erfolgt, wird der Behinderungsbegriff des SchwbG praktisch wirksam vor allem bei eindeutig somatisch festzumachenden Schädigungen körperlicher und geistiger Art..
- Bei Lernbehinderungen, Verhaltensauffälligkeiten oder sonstigen psychischen Störungen mit diffusen Ursachen wird die Behinderung seltener durch das Versorgungsamt festgestellt. Sofern eine amtliche Anerkennung erfolgt, ist sie meist von Institutionen oder Angehörigen der Behinderten veranlaßt, den Behinderten selbst bringt sie kaum Vorteile. Denn Personen mit diesen Behinderungsarten sind erheblichen Stigmatisierungsrisiken ausgesetzt, so daß eine amtliche Behinderungsdefinition ihre Integration in verschiedenen Lebensbereichen eher erschwert als erleichtert.

Lernbehinderungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen werden in der Regel durch die Schule, evtl. in Kooperation mit anderen Institutionen des Erziehungswesens über die Kriterien sonderschulbedürftig/erziehungsschwierig definiert. Diese Zuschreibungen ziehen im Anschluß an den Schulabschluß vielfach berufliche Reha-Maßnahmen des Arbeitsamtes nach sich.

Erwachsene Personen mit psychischen Auffälligkeiten außerhalb der klassischen Psychiatrie werden in der Regel erst dann als behindert definiert, wenn die psychischen Störungen in manifesten Krisensituationen eine Bedrohung für die Existenzgrundlagen Einkommen, Beruf, Wohnen, Gesundheit u. a. darstellen und zur Problembewälti-

...

Schaubild 4 : Praktische Dimensionen des Behinderungsbegriffes bei verschiedenen Behinderungsarten

Art der Behinderung	Definitionsinstanz	Art der Problemorientierung	Operationalisierung	Gültigkeitsdauer der Behinderungsdefinition	Reichweite der Gültigkeit der Behinderungsdefinition
Körperliche, schwere geistige und psychische Behinderung, Mehrfachbehinderung	Versorgungsamt	personenorientiert	Grad der Behinderung	Lebenslang bzw. vom Verfahren her zeitlich befristet, Wiederholungsantrag muß gestellt werden	relevant in allen oder einzelnen Lebensbereichen
Lernbehinderung, Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	Schule, sonstige Institutionen des Erziehungswesens, Arbeitsamt	institutionenorientiert	Sonderschulbedürftigkeit, erziehungsschwierig, Sonderschulabgänger mit bes. Problemen beim Übergang von der Schule in den Beruf	vorübergehend, nur in der Schul- und Ausbildungsphase	meist nur in einem Lebensbereich relevant (Schule, Ausbildung)
psychische Auffälligkeiten/Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	versch. Institutionen der Behindertenhilfe	institutionenorientiert	Normabweichungen in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeitsmarktprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)	vorübergehend, bis Wiedereinpassung an Normstandards erreicht (Arbeit, Wohnen)	meist relevant in verschiedenen Lebensbereichen

gung auch Maßnahmen von Institutionen der Behindertenhilfe erforderlich werden.

2.3. Behinderung und Lebenslage

Im Rahmen kommunal-politischer Planungsprozesse stellt sich die Frage, wie eine gezielte Verbesserung der Lebenslage von Behinderten und ein sozialer Ausgleich behinderungsbedingter Benachteiligung möglich ist. Damit ist ein Behinderungsbegriff gefordert, der Behinderung in ihrem sozialen Kontext thematisiert und über Strukturen von Biographie und Lebenslage beschreibt.

Behinderung ist als ein komplexes Phänomen zu verstehen, wobei das, was schließlich als Behinderung erscheint, das Resultat des Zusammenwirkens medizinischer, psychischer, sozialer und sonstiger Faktoren in den verschiedenen Phasen des Lebenszyklus ist.

Bereits auf der Ebene der Entstehung einer Behinderung werden soziale Kontextfaktoren wirksam, was z. B. daraus ersichtlich ist, daß angeborene körperliche oder geistige Behinderungen im Zusammenhang stehen mit einer schichtspezifisch unterschiedlichen Verteilung von Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten.

Auf der Ebene der Zuweisung des Behindertenstatus kommen soziale Verhältnisse in der Durchsetzung von Normalitätsstandards zur Geltung, indem für die Nichterfüllung lebensbereichspezifischer Verhaltens- und Handlungsanforderungen eine individuelle Schädigung körperlicher, geistiger oder seelischer Art verantwortlich gemacht wird: Ein Schüler wird als lernbehindert definiert, wenn er die Leistungsanforderungen der Regelschule nicht erfüllt.

Auf der Ebene der Ausprägung und der Folgen einer Behinderung stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß die Lebenssituation beeinträchtigt wird, d. h. inwieweit eine Behinderung den sozialen Status der

...

Person prägt, indem sie sich in verschiedenen Lebensbereichen und Lebensphasen zur sekundären Behinderung verfestigt. Im Fall des erwähnten Sonderschülers wäre zu klären, inwieweit die Lernbehinderung später zur Diskriminierung am Arbeitsplatz führt.

Zu berücksichtigen ist aber auch, wie sich verschiedene Behinderungsarten in unterschiedlichen Lebensbereichen auswirken: Während chronische Krankheiten oft zur Folge haben, daß die betreffende Person zwar einen bestimmten Beruf nicht mehr ausüben kann, in anderen Lebensbereichen meist jedoch keine besonderen Benachteiligungen erleidet, sind psychisch Behinderte, schwer Körper- und Mehrfachbehinderte in der Regel in mehreren Lebensbereichen gleichzeitig stigmatisiert und auf besondere Hilfen angewiesen.

Wie sich eine Behinderung letztendlich auf die Lebenslage auswirkt, wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. So kann ein- und dieselbe Behinderung in Abhängigkeit von

- der jeweiligen sozialen Lage,
- der Persönlichkeitsstruktur,
- der Art und dem Ausmaß der Unterstützung durch das soziale Netzwerk
- sowie der Qualität verfügbarer Reha-Maßnahmen

höchst unterschiedlich zu bewerten sein und einen unterschiedlichen Hilfebedarf erzeugen:

Die Situation einer mehrfachbehinderten, mehr oder weniger pflegebedürftigen Person bleibt meist solange wenig auffällig, wie sie in einem Mehrpersonenhaushalt lebt und die Wohnungs- und Versorgungsprobleme in irgendeiner Form gelöst sind. Zum besonderen Problem wird die Behinderung aber dann, wenn Veränderungen in der Haushaltsstruktur durch Tod, Scheidung usw. eintreten, finanzielle Probleme auftauchen, ein Umzug in eine andere Wohnung notwendig wird, die den Behinderten durch ihre bautechnische Ausstattung in seiner Mobilität erheblich einschränkt oder aufgrund ihrer Lage aus

...

dem vertrauten räumlich-sozialen Milieu herausreißt oder wenn der Behinderte nach Schulabschluß keinen Arbeits-/Werkstattplatz findet.

Das Zusammentreffen einer individuellen Schädigung mit sozialstrukturellen und sozialkulturellen Merkmalen der Lebenslage führt zur Ausprägung von typischen Behindertenkarrieren:

Im Vergleich zu Nicht-Behinderten hat ein körperbehindertes Kind meist weniger Kontakt zu Gleichaltrigen. Es besucht einen Sonderkindergarten, weil im regulären Kindergarten keine heilpädagogischen oder therapeutischen Hilfen angeboten werden. Wegen der baulichen und personellen Gegebenheiten an den Regelschulen wird anschließend der Besuch einer Sonderschule notwendig. Als soziale Folge der körperlichen Behinderung stellen sich so schulische Defizite und Verhaltensauffälligkeiten ein, durch die im Falle ungünstiger Milieubedingungen auch eine Heimeinweisung erforderlich werden kann. Gelingt später die Integration in den regulären Arbeitsmarkt nicht, ist eine selbständige Existenz- und Haushaltsgründung kaum möglich.

Kennzeichnend für eine Behindertenbiographie ist zum einen, daß die Verselbständigung des jungen Erwachsenen im Zuge einer "normalen" Ablösung vom Elternhaus verspätet erfolgt oder ganz ausbleibt.

Zum anderen ist die persönliche Entwicklung und Lebensweise der Behinderten stärker institutionell überformt. Behinderte werden in der Regel an Sonderinstitutionen verwiesen, die nur sehr beschränkt dazu in der Lage sind, sie zur selbständigen Teilnahme an normalen gesellschaftlichen Lebensvollzügen zu befähigen. An entscheidenden biographischen Schnittpunkten findet meist ein automatischer Übergang von einem Sonderlebensbereich in den nächsten statt.

...

Den Sondereinrichtungen werden damit nicht ihre speziellen Förderungsqualitäten abgesprochen, deren Preis aber im hohen Risiko dauerhafter Aussonderung besteht. Ebenso kann familiäre Fürsorge Abhängigkeit verfestigen.

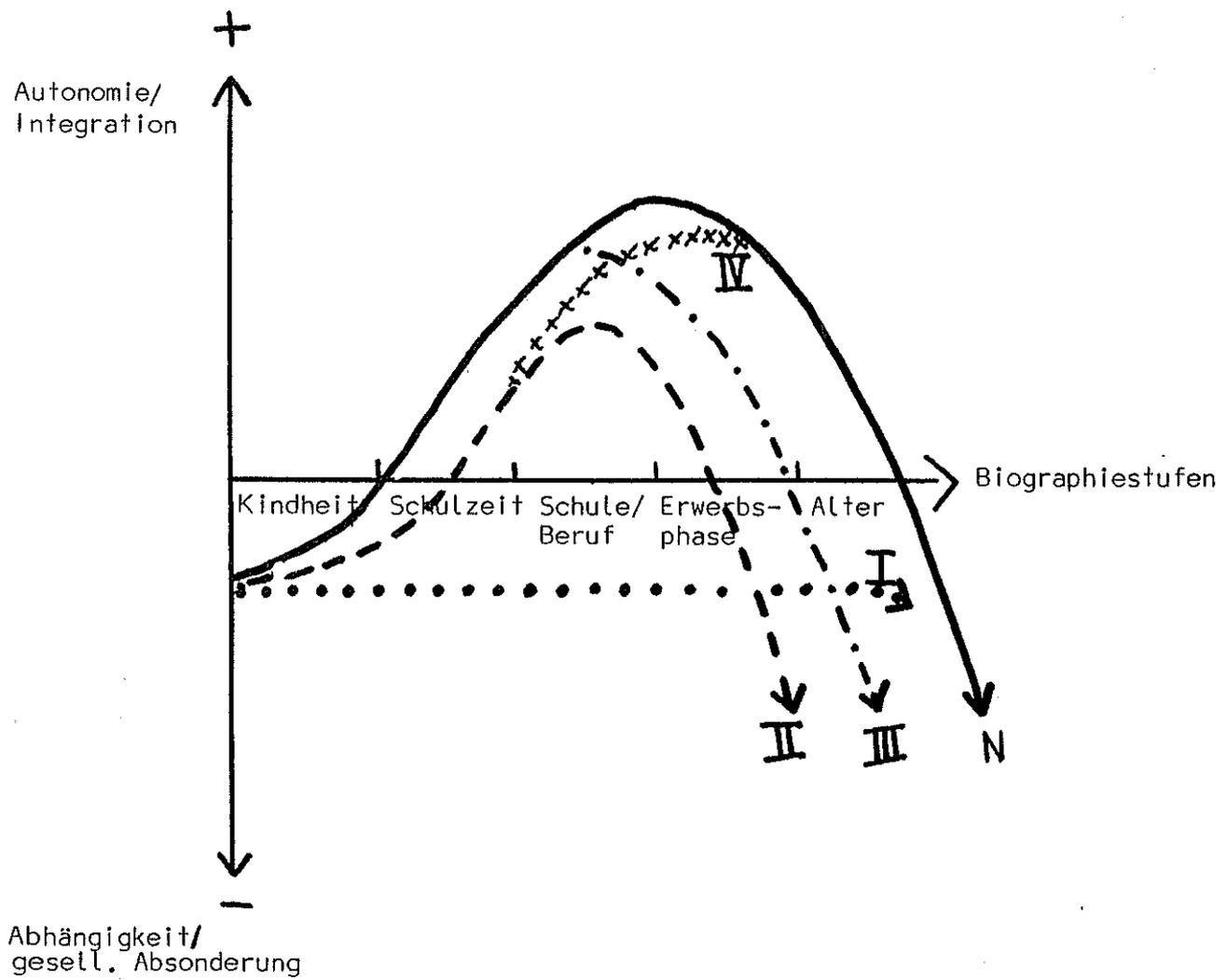
Aus diesen Widersprüchen ergibt sich die weitgehende sozialpolitische Zielvorstellung, die gesellschaftliche Ausgrenzung von Behinderten durch eine "Normalisierung" von Maßnahmen und Hilfeformen aufzufangen, indem die Behindertenhilfe in allgemeine Politik- und Lebensbereiche integriert wird.

Für die "Normalbiographie" kann unterstellt werden, daß die gesellschaftliche Integration eines verselbständigten Individuums in der Regel ohne besondere Auffälligkeiten gelingt und mit zunehmenden Lebensalter die Abhängigkeit von institutionellen oder privaten Hilfen zur Lebensführung in Autonomie übergeht. Demgegenüber erreicht ein Behinderter meist nicht denselben Grad an autonomer Lebensführung (s. Schaubild 5).

Seine Lebensgeschichte unterliegt einer Deformation, deren Art und Stärke beeinflusst wird durch folgende Faktoren:

- die Art der Behinderung:
Denn es gibt Behinderungen, die keinen besonderen Hilfebedarf auslösen, die nur in bestimmten biographischen Phasen auftreten, sich nur in bestimmten Lebensbereichen manifestieren oder deren weiterer Verlauf nicht im voraus bestimmbar ist.
- die Ursache und den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung:
Denn es kommt sehr darauf an, ob eine "Normalbiographie", beispielsweise durch einen Unfall, abgebrochen wird oder ob die Behindertenbiographie bereits in der Kindheit beginnt.
- die Reaktion privater und sozialer Umfelder auf eine Behinderung und die Qualität sozialpolitischer Maßnahmen:
Denn davon hängt es ab, inwieweit ein Behinderter zu autonomer Lebensführung befähigt wird.

Schaubild 5 : Behinderung und Lebenslauf



Biographietypen:

- N.: Normalbiographie
- I.: Behinderten-Dasein am Rande der Gesellschaft
- II.: Partielle Rehabilitation
- III.: Verlust der Normalität (Unfall etc.)
- IV.: Erfolgreiche Normalisierung

- sozialstrukturelle und sozialkulturelle Merkmale der Lebenslage als übergreifender, behinderungsunabhängiger Hintergrund von Hilfsbedürftigkeit (s. Schaubild 6,7).

3. Behinderte in Wiesbaden: Struktur-Daten

3.1. Anzahl der Behinderten

Im Jahr 1985 waren in Wiesbaden insgesamt 35.200 Personen als Behinderte vom Versorgungsamt anerkannt. Darunter befanden sich 27.791 Schwerbehinderte, das sind ca. 10,7 % der Wiesbadener Bevölkerung (1).

Der kontinuierliche Anstieg der Zahl der Behinderten in den letzten Jahren, der zugleich die institutionelle Ausweitung des Behindertenbegriffes reflektiert, scheint allmählich zum Stillstand zu kommen.

Lauf Aussage des Versorgungsamtes ist ein Rückgang der Antragsteller zu verzeichnen. Zur Zeit werden monatlich etwa 800 - 1.000 Anträge auf Anerkennung als Behinderter gestellt, gegenüber 1.200 in der Vergangenheit. Bei diesen Fällen handelt es sich etwa jeweils zur Hälfte um Erstanträge und um Wiederholungsanträge. (2)

In einigen Bundesländern wie NRW, Hamburg, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Bayern nimmt bereits seit 1980 die Zahl der Neuzugänge an anerkannten Behinderten kontinuierlich ab. (3).

...

- 1) Die allg. Bevölkerungsdaten sind den stat. Berichten der Stadt Wiesbaden, 1985, Statistisches Amt und Wahlamt, entnommen.
- 2) Diese Beobachtung wird durch neuere Zahlen bestätigt: 1987 lag die Zahl der Schwerbehinderten nur mehr bei 26.440, das sind 10,5 % der Wiesbadener Einwohner nach dem Ergebnis der Volkszählung vom 25.5.1987.
- 3) vgl. Ritz, H.-G. / Popping, M. / Bundesbehindertenstatistik und kommunale Behindertenpläne, in: Soziale Arbeit, 6, 1985.

Schaubild 6 : Alltagswelt und Behinderung

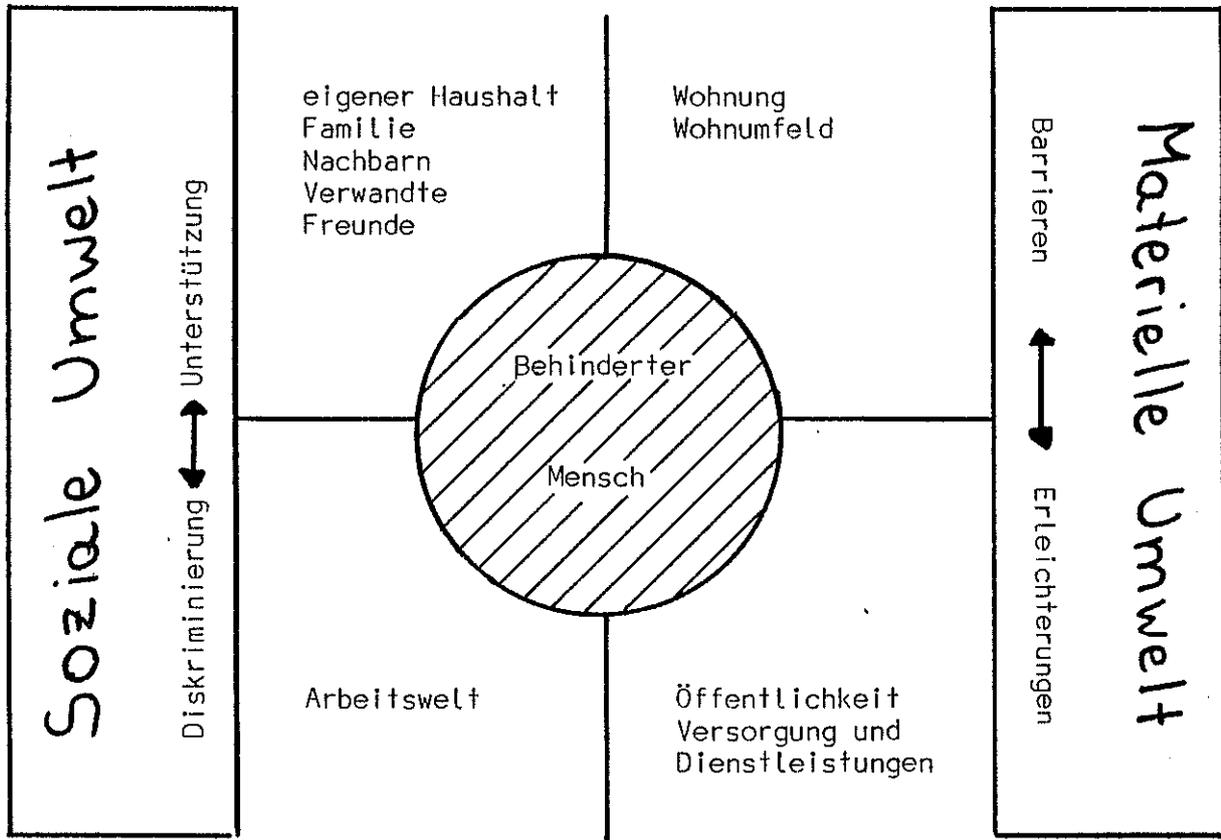
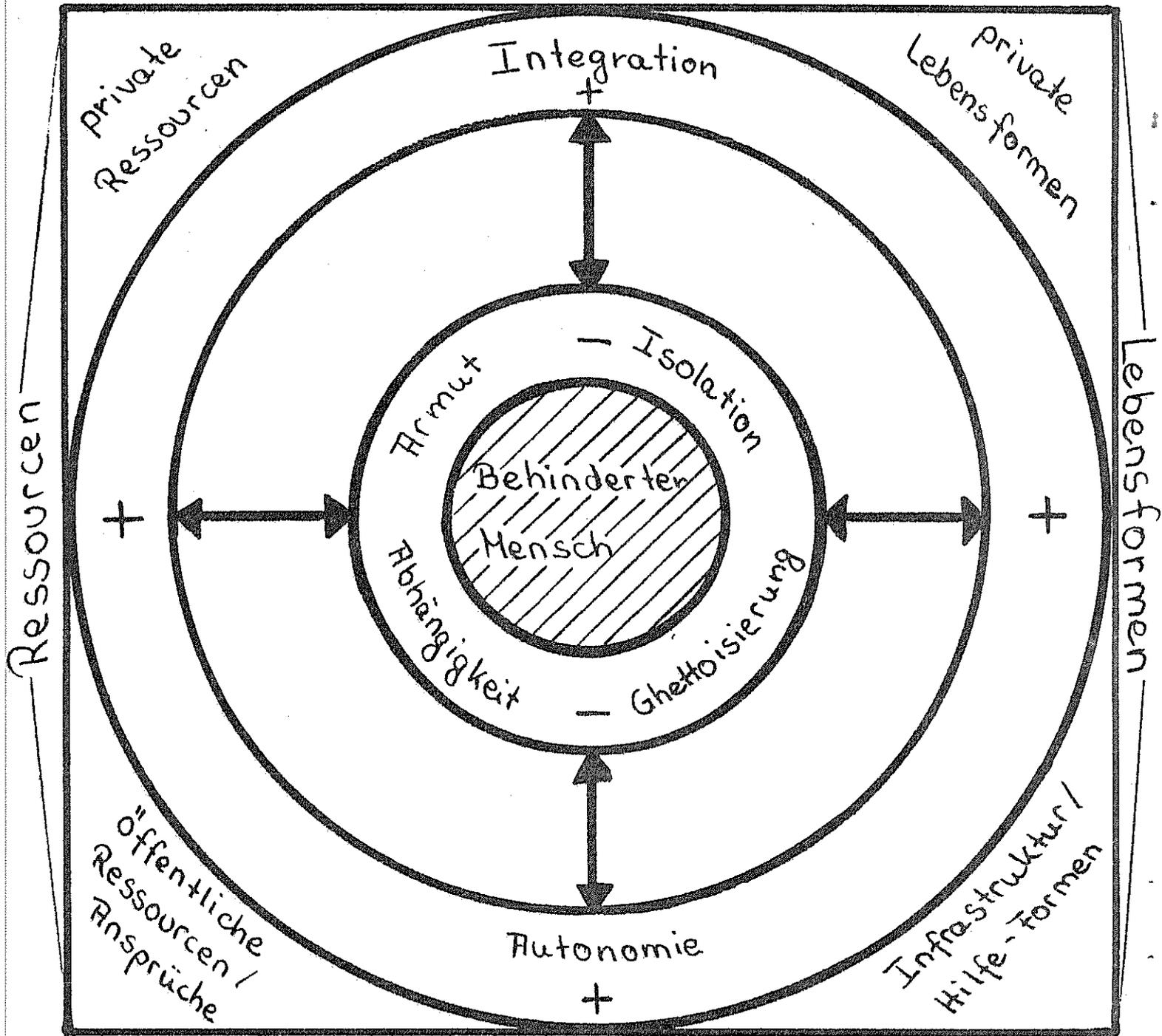


Schaubild 7 : Behinderung und Lebenslage

Lebenswelt



Soziale Institutionen

3.2. Soziodemographische Merkmale Behinderter

Die Merkmale Behinderung und höheres Lebensalter sind oft miteinander gekoppelt.

Die Verteilung der Altersgruppen der Behinderten verhält sich gegenläufig zur Altersgruppenverteilung in der Gesamtbevölkerung. So steigt die Zahl der Behinderten in den Altersgruppen deutlich an, in denen die Altersgruppenverteilung der Gesamtbevölkerung bereits rückläufig ist (s. Schaubild 8). 85,9 % (30.231 Pers.) der Behinderten sind älter als 45 Jahre, demgegenüber können nur 43,9 % der Wiesbadener Bevölkerung dieser Altersgruppe zugeordnet werden. In den Altersgruppen der über 65jährigen ist sogar jeder 4. Wiesbadener Bürger (28,7 % = 13.762 Pers.) vom Versorgungsamt als behindert anerkannt.

Die Dominanz der Altersbehinderten in der Statistik kann u. a. damit erklärt werden, daß bei ihnen Schädigungen vorliegen, die typische Alterserscheinungen sind. Zu berücksichtigen ist ferner, das Behinderte noch ein Jahr nach Ablauf ihrer Anerkennung in der Statistik bleiben, was wegen der höheren Sterblichkeit älterer Behinderter eine gewisse Altersüberzeichnung der Statistik zur Folge hat.

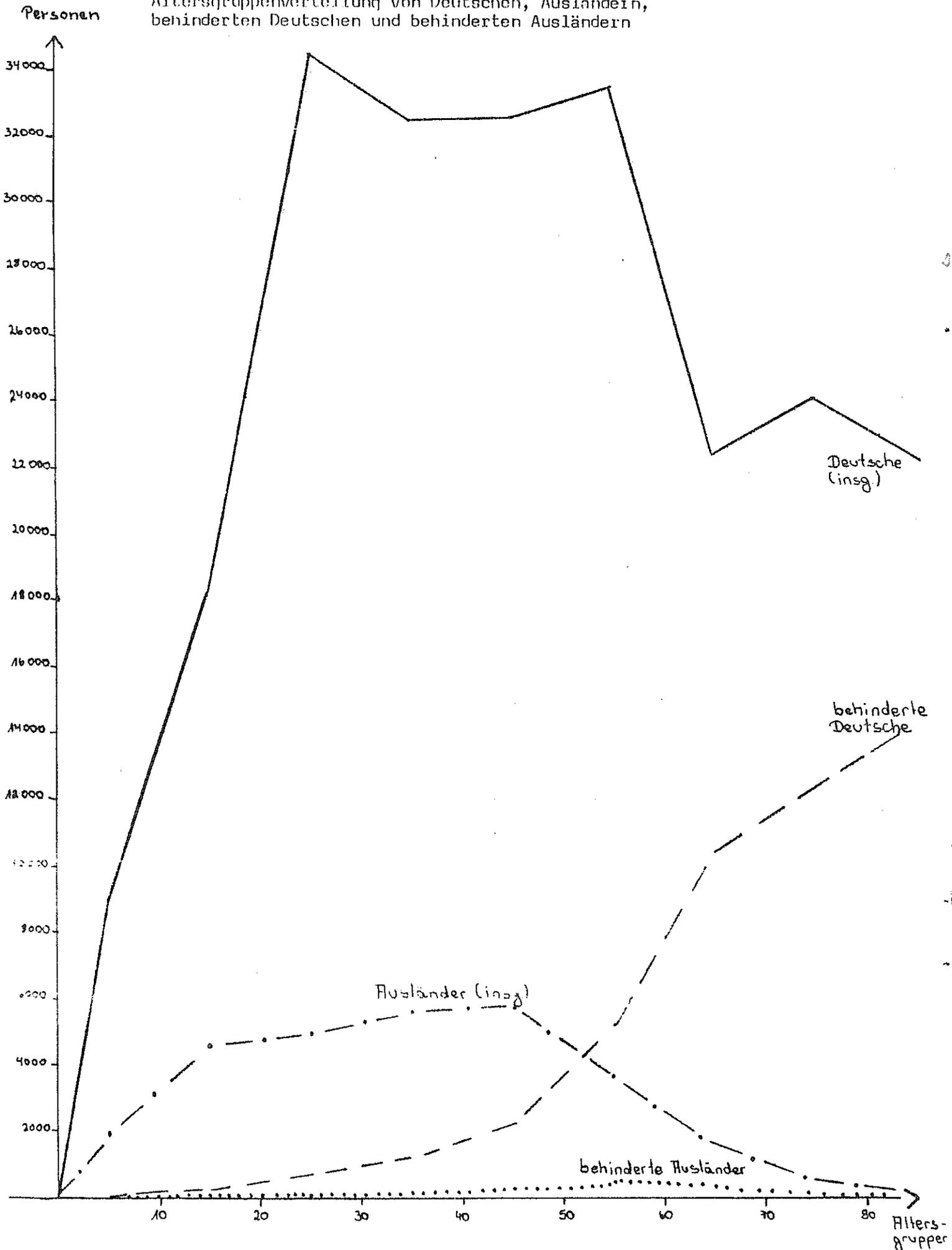
Die Zahl der behinderten Frauen (51,4 % = 18.094 Pers.) übersteigt geringfügig die Zahl der behinderten Männer (46,6 % = 17.106 Pers.).

3,9 % (1.379 Pers.) der anerkannten Behinderten sind Ausländer. Bezogen auf die ausländischen Einwohner Wiesbadenes bedeutet das, daß 4,8 % der Ausländer vom Versorgungsamt als Behinderte anerkannt sind. Die Behindertenquote der Ausländer liegt also deutlich unter dem Vergleichswert für die deutsche Bevölkerung, worin sich vor allem die Unterschiede im Altersaufbau widerspiegeln.

...

Schaubild 8:

Altersgruppenverteilung von Deutschen, Ausländern, behinderten Deutschen und behinderten Ausländern



Nationalität als sozialer Einflußfaktor für Behinderung ist statistisch nicht meßbar.

Aufgrund kulturspezifischer Wahrnehmung von Krankheit und Behinderung könnte gerade die Dunkelziffer der leichteren Behinderungen bei den Ausländern höher liegen als in der deutschen Bevölkerung.

3.3. Behinderungsarten und Behinderungsgrade

Körperbehinderungen einschließlich chronischer Krankheiten bilden mit 80 % die häufigste Behinderungsart, gefolgt von Sinnesbehinderungen, geistigen und seelischen Behinderungen.

Zu berücksichtigen ist jedoch, daß der Behinderungsbegriff des Versorgungsamtes als methodischer Filter wirkt (s. Teil I, 2.) und daher im Bereich der geistigen und seelischen Behinderungen mit einer höheren Dunkelziffer zu rechnen ist. Als häufigste Einzelbehinderung sind bei 34,5 % (12.134 Pers.) aller Behinderten Beeinträchtigungen der Funktion der inneren Organe festzustellen, davon entfallen wiederum über 40 % auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Mit zunehmendem Alter, d. h. mit steigenden Behindertenzahlen, findet kein kontinuierlicher Anstieg aller Behinderungsarten statt, so daß nicht jede Behinderungsart gleichmäßig häufig in den verschiedenen Altersgruppen vorzufinden ist. Vielmehr sind bestimmte Behinderungsarten typisch für bestimmte Altersgruppen.

Mittlere Behinderungsgrade zwischen 50 % und 80 % sind am häufigsten anzutreffen. Vielfach sind bestimmte Behinderungsgrade gleichzeitig an bestimmte Behinderungsarten gekoppelt.

Bei 91,7 % (55 Pers.) aller Querschnittsgelähmten und bei der Mehrzahl der geistig Behinderten ^{liegt} ein Behinderungsgrad von 100 % vor, der fast immer als Indikator einer besonders hohen Beeinträchtigung in der Lebenslage gewertet werden kann.

...

3.4. Behinderungsursachen

Krankheit ist mit 88,5 % (31.165 Pers.) mit Abstand die häufigste Behinderungsursache. Fast alle Behinderungsarten sind zu über 80 % durch eine Krankheit verursacht. An zweiter Stelle der Behinderungsursachen stehen mit 5,4 % die Kriegs-, Wehr- und Zivildienstbeschädigungen, die mit 53,2 % die häufigste Ursache von Verlusten oder Teilverlusten von Gliedmaßen darstellen.

Angeborene Behinderungen sind mit 2,4 % die dritthäufigste Ursache aller Behinderungsarten, am häufigsten angeboren sind jedoch Querschnittslähmungen und cerebrale Störungen. Bei 2 % aller Behinderten ist die Ursache der Behinderung nicht genau bestimmbar oder hat mehrere Ursachequellen. Die verschiedenen Unfallarten sind zusammengefaßt bei 1,7 % der Behinderten, der Grund ihrer Behinderung, die meist in einem Verlust oder einer Funktionseinschränkung von Gliedmaßen besteht. Auffällig ist, daß dieser Ursachentyp bei den männlichen Behinderten häufiger vorliegt als bei den weiblichen. Bei letzteren ist stattdessen Krankheit als Ursache öfter vertreten.

3.5. Behinderung und Hilfsbedürftigkeit

Das vorhandene statistische Material erlaubt keine exakten Rückschlüsse auf die Schwere der Folgen von Behinderungen bzw. darauf, wie Behinderungsarten, -grade und -ursachen in ihrem Einfluß auf die Lebenslage Behinderter zu bewerten sind. So ist etwa ein Behinderungsgrad von 80 % oder mehr nicht generell mit besonders großer Abhängigkeit von fremder Hilfe gleichzusetzen.

Ein geeigneter Indikator für die nähere Bestimmung der tatsächlich hilfsbedürftigen Behinderten sind die Merkzeicheneinträge der Schwerbehindertenausweisinhaber, insbesondere die Merkzeicheneinträge "aG" (außergewöhnlich gehbehinderte) und "H" (hilflos),

...

die vom Versorgungsamt aufgrund einer außergewöhnlichen Hilfsbedürftigkeit vergeben werden. Auf diese Weise können allerdings nur solche Personen erfaßt werden, für die bestimmte mit den Einträgen verbundene Vergünstigungen von Interesse sind (Steuer, öffentlicher Personenverkehr).

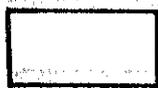
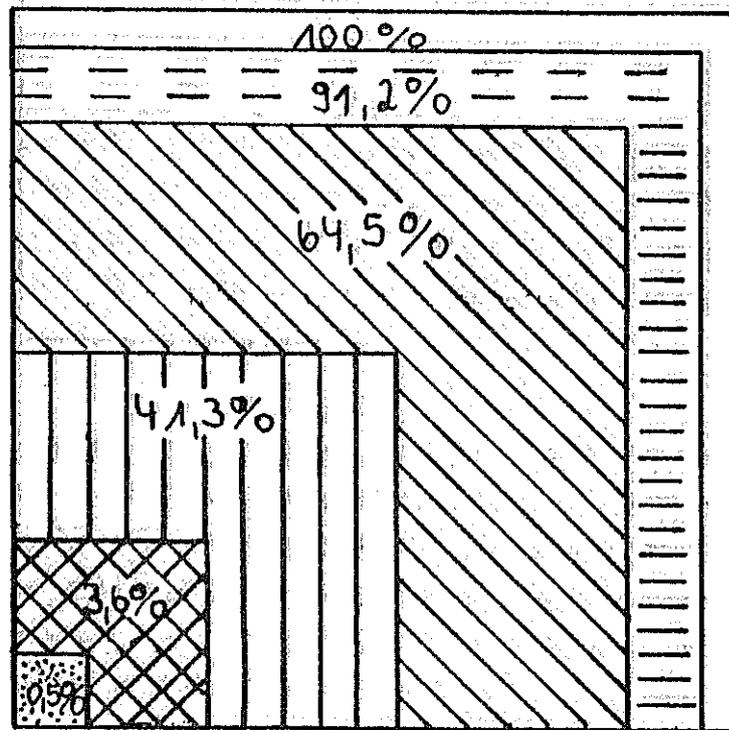
Aufgrund der geringen Häufigkeit der Merkzeicheneinträge "aG" und "H" unter allen Schwerbehinderten ist anzunehmen, daß der Kern der hilfsbedürftigen Behinderten sehr klein ist (Schaubild 9). Dauernd und in erheblichen Umfang auf fremde Hilfe angewiesen ("H") sind nach Angaben des Versorgungsamtes überwiegend ältere Behinderte in Heimen, Kinder mit Diabetes, Rollstuhlfahrer und Blinde. Nur für eine kleine Gruppe der Mobilitätsbehinderten, insbesondere Querschnittsgelähmte, Gliedmaßenamputierte und MS-Kranke, kann ebenfalls eine besondere Hilfsbedürftigkeit unterstellt werden ("aG").

Weitere Merkmale, in denen sich Schwere von Behinderungen statistisch widerspiegelt, sind ein extrem hoher Behinderungsgrad, Mehrfachbehinderungen sowie Heimaufenthalt bzw. Bezug von Pflegegeld. Werden diese Merkmale mit unterschiedlichen Altersgruppen, Behinderungsarten und -ursachen verknüpft, dann kann das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit über die Beschreibung von Behindertentypen ansatzweise dargestellt werden:

- Im Kindes- und Jugendalter handelt es sich bei den amtlich anerkannten Behinderten überwiegend um schwere Behinderungen, die einen besonderen Hilfebedarf nach sich ziehen. Behinderung tritt fast immer in einem hohen Behinderungsgrad auf. Bei 59,1 % (52 Pers.) aller Behinderten im Vorschulalter liegt ein Behinderungsgrad von 100 % vor. Hohe Behinderungsgrade sind in der Kindheit- und Jugendphase meist durch eine Einzelbehinderung verursacht. In diesen Altersstufen dominieren

...

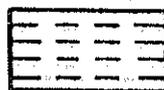
Schaubild 9 : Schwerbehinderte, Ausweisinhaber und Ausweisinhaber mit Merkzeicheneinträgen (nicht maßstabgerechte Darstellung)



Schwerbehinderte im Feb. 1987 in Wiesbaden

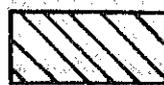
29.023

davon:



Ausweisinhaber

26.476



Ausweisinhaber mit
Merkzeicheneintrag

18.717



Ausweisinhaber mit
Merkzeicheneintrag G

11.983



Ausweisinhaber mit
Merkzeicheneintrag aG

1.051



Ausweisinhaber mit
Merkzeicheneintrag H

140

Querschnittslähmung, cerebrale und geistige Störungen, aber auch Funktionsbeeinträchtigungen von Gliedmaßen oder innere Krankheiten sind häufiger anzutreffen. Schwere Behinderungen beruhen in der Regel auf einer angeborenen oder krankheitsbedingten Schädigung.

- Für die mittleren Altersstufen kann unterstellt werden, daß nur bei einer kleinen Gruppe der amtlich anerkannten Behinderten extrem schwere Behinderungen vorliegen. Im mittleren Lebensalter sinkt der Anteil der Behinderten mit hohem Behinderungsgrad und schweren körperlichen und geistigen Behinderungsarten deutlich:

Zwischen dem 35.-65. Lebensjahr sind weniger als 10 % (1.632 Pers.) der Behinderten mit einem Behinderungsgrad von 100 % ausgewiesen. Mittlere Behinderungsgrade sind am häufigsten vertreten. Chronische Krankheiten, Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen oder der Wirbelsäule sind die verbreitetsten Behinderungsarten. Daher kann angenommen werden, daß Krankheit, Kriegs-, Wehr- und Zivildienstschäden sowie Unfälle die häufigsten Ursachen für die Behinderung in mittleren Altersgruppen darstellen.

Die Angaben der Sozialhilfestatistik lassen vermuten, daß in den jüngeren und mittleren Altersstufen solche Behinderungen besonders stark vertreten sind, die einen hohen Pflegebedarf erzeugen. Eine Heimunterbringung dieser Altersgruppen ist fast immer mit einer hohen Pflegestufe verbunden (Pflegesatzgruppe 3 und 4). Von den insgesamt 260 Pflegefällen in Wiesbadener Heimen unter 60 Jahren, entfallen 83,9 % auf die Pflegesatzstufen 3 und 4. Von den über 65jährigen stationären Pflegefällen (1.790 Pers.) werden nur noch 60,1 % diesen Pflegesatzgruppen zugeordnet, wobei zu berücksichtigen ist, daß in den höheren Altersgruppen kaum zwischen alters- und behinderungsbedingten Pflegefällen unterschieden werden kann.

...

Auch die Verteilung der Geldleistungen für die häusliche Pflege spricht für die höhere Pflegebedürftigkeit der Behinderten unter 60 Jahren im Vergleich mit den eher altersbedingt behinderten Personen über 60 Jahre:

2,4 % aller Behinderten unter 60 Jahren (364 Pers.) beziehen häusliches Pflegegeld, aber nur 1,8 % (354 Pers.) aller Behinderten über 60 Jahre.

- Unter den amtlich anerkannten Behinderten im Rentenalter sind wieder vermehrt hilfsbedürftige Behinderte zu finden. In diesen Altersstufen erhöht sich der Anteil hoher Behinderungsgrade, während der Anteil niedriger Behinderungsgrade sinkt. Bei 23,4 % der Behinderten, die älter als 65 Jahre sind, liegt ein Behinderungsgrad von 100 % vor. Auch der Anteil der Mehrfachbehinderten steigt, ab dem 65. Lebensjahr liegt er bei über 50 %. Die häufigsten Behinderungsarten sind chronische Krankheiten, Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen und der Wirbelsäule, Blindheit und Sehbehinderung sowie Alterspsychosen. Diese Behinderungsarten sind als Teile einer Mehrfachbehinderung häufig miteinander gekoppelt. Zu berücksichtigen ist, daß in höheren Altersgruppen Hilfsbedürftigkeit vielfach durch eine Kumulation behinderungs- und altersbedingter Faktoren hervorgerufen wird.

4. Aufgaben und Chancen zukünftiger kommunaler Sozialpolitik für Behinderte

1. Gesellschaftliche Reaktionsweisen auf Behinderungen, d. h., sowohl die informellen als auch die institutionalisierten Formen des Umganges mit Behinderten und der Bearbeitung von Behinderungsfolgen sind Facetten grundlegender sozialer Verhältnisse und ihres historischen Wandels.
Gerade in der jeweiligen Brechnung von "Normalität" im Medium einer Minderheit, die so offensichtlich, d. h. durch ihre bloße Existenz gegen die Leistungsanforderungen der Arbeitsgesellschaft verstößt, spiegeln sich Grundströmungen aktueller sozialer Entwicklungen.
2. Überdeutlich wird dieser Zusammenhang gerade im Rückblick auf die Behindertenpolitik in der Bundesrepublik, die 1945 nach Jahren einer brutalen und zynischen Ausrottung "lebensunwerten Lebens" völlig neu begründet werden mußte.
Die historische Ausgangslage nach dem Krieg stand unter den Vorzeichen einer doppelten gesellschaftlichen Verpflichtung:
 - Das humane Prinzip des unbedingten Lebensrechtes leistungsbeschränkter und gänzlich leistungsunfähiger Individuen gesetzlich zu verankern und praktisch durchzusetzen.
 - Die allein ihrer enormen Anzahl wegen nicht marginalisierbare Gruppe der Kriegsversehrten zu entschädigen und zu integrieren, also jene Behinderten, die im Zuge einer totalen kriegerischen Mobilisierung der Gesellschaft systematisch produziert worden waren.
3. Es ist logisch und paradox zugleich, das in einer auf Arbeit, d. h. Leistungsnormen und Arbeitsbereitschaft gegründeten sozialen Ordnung der Weg der Integration von Behinderten vor allem über eine breit angelegte Politik der beruflichen Rehabilitation, d. h. der Wiederherstellung von Arbeitsvermögen beschritten wurde.
Das Ergebnis solcher Bemühungen muß jedoch zweischneidig bleiben:

Denn der Tatbestand der Behinderung soll ja mit den Zentralnormen "Arbeitsmarktfähigkeit" und ökonomische "Selbständigkeit", auf deren Erfüllung Selbstbewußtsein und Anerkennung der Individuen vorwiegend beruht, in Einklang gebracht werden; eben dieser Tatbestand stellt aber zugleich diese Normen in Frage, da sie letztendlich Arbeitsunfähigkeit nicht dulden und den Behinderten in seinem Bemühen um "Normalität" scheitern lassen.

4. Die aktuelle Aufgabenstellung einer sozialen Politik für Behinderte kann nicht nur in der Verlängerung des bisherigen Aufbauprogrammes für eine hochspezialisierte Infrastruktur bestehen, das die Behindertenhilfe der letzten beiden Jahrzehnte geprägt hat.

Das Ende dieser Etappe ist absehbar, denn in Zukunft wird es eher darum gehen, die zum Teil problematischen Nebenwirkungen (Abhängigkeit, soziale Isolation, Stigmatisierung) dieses Systemes zu mildern und auch zu neuen, nicht diskriminierenden Hilfeformen überzugehen.

Hinzu kommt die allgemeine Bewegung in den Rahmenbedingungen der sozialen Arbeit, auf deren spezifische Auswirkungen in ihrem Arbeitsfeld die Behindertenhilfe wird reagieren müssen. Diese Veränderung ist ein mehrdimensionaler Vorgang, sie resultiert aus der Überlagerung verschiedener, im Hintergrund der Alltagspraxis wirkender Tendenzen. Hervorzuheben sind:

- Die demographische Dimension:

Eine bisher kaum vorhandene Generation von Behinderten mittleren bis höheren Lebensalters wächst nach, die auf Dauer nicht weiter von ihren Angehörigen - im Regelfall den inzwischen alt gewordenen Eltern - versorgt werden können, die aber auch in Einrichtungen (Heimen, Werkstätten etc.) eine noch relativ neue Gruppe mit eigenen Problemlagen und Bedürfnissen bilden.

- Die soziale Dimension:

Die weitere Verstärkung der Lebensformen und die damit einhergehende Destabilisierung familiärer Strukturen sowie wachsende Anforderungen des Arbeitsmarktes an Mobilität und Lernfähigkeit entziehen der Versorgung von Behinderten in vorwiegend traditionellen Sozialformen allmählich den Boden.

- Die kulturelle Dimension und der Generationswechsel:

Die im Schlagwort von Wertewandel zusammengefaßten Anzeichen für eine Neuformulierung des gesellschaftlichen Kanons der Lebensstile gehen auch an den Behinderten nicht spurlos vorbei:

Die jungen Behinderten sind Teil ihrer Generation, sie machen sich deren Lebensentwürfe und kulturellen Bedürfnisse auch zu eigen und sind daher weniger zur bloßen Anpassung an die vorgegebenen Betreuungsmodelle bereit. Auch unter den Behinderten selbst werden im Rahmen ihrer persönlichen und organisierten Beziehungen Spannungen zwischen den Generationen zunehmen.

- Die institutionelle Dimension:

Einrichtungen der Behindertenhilfe sind überwiegend auf Betreiben von Elternselbsthilfe-Organisationen durch staatliche bzw. überkommunale Instanzen (Land, LWV, Arbeitsverwaltung) geschaffen und geformt worden. Ihr derzeitiger Charakter als spezialisierte, vorrangig geschlossene Infrastruktureinheiten von relativ hoher Zentralität ist dadurch bedingt.

Daher sind auch die Steuerungs- und Kontrollkompetenzen, vor allem über die Förderungssystematik außerhalb der Sphäre kommunaler Sozialpolitik und -verwaltung konzentriert. Diese Struktur wird zunehmend hinderlich für Bestrebungen, die Behindertenhilfe in offene, kleinteilige regelhafte Formen sozialer Dienste zu überführen und gerät potentiell in Widerspruch zu allgemeinen Programmen einer bürger- und gemeindenahen Sozialpolitik.

5. Die Fragestellungen und Schlußfolgerungen der Analyse des vorhandenen Hilfesystems stehen im logischen Zusammenhang mit der Konzeption, Behinderung als soziale Situation zu begreifen und praktisch zu überwinden.

Die daraus abgeleitete "Normalisierungsstrategie", zu der sich die Autoren ausdrücklich bekennen, zielt darauf ab, jede biographische Verfestigung einer sozialen Sonderexistenz des Behinderten zu vermeiden und konkretisiert sich in einem Programm möglichst frühzeitiger prophylaktischer Maßnahmen, die vor allem an den entscheidenden Schwellen zwischen frühen Lebensphasen (Kindergarten, Schulen, Ausbildung, Auszug aus dem elterlichen Haushalt) ansetzen. Dieser Versuch einer weiteren Modernisierung der Behindertenhilfe, der sich nicht begnügt mit expansiver Fortschreibung des status quo, stößt unweigerlich an Grenzen des erreichten Entwicklungsstandes:

- Eine "äußere" bzw. institutionalisierte Grenze für die Normalisierung der Lebenswelt von Behinderten bildet eben jene umfassend angelegte Infrastruktur der Behindertenhilfe selbst. Mit dem Ziel der Förderung durch vielfältige spezialisierte Angebote der Therapie, der Rehabilitation und Beschäftigung ist ein Hilfesystem aufgebaut worden, das zweifellos die Lebens- und Entwicklungschancen von Behinderten zwar wesentlich verbessert hat, inzwischen jedoch eine nahezu geschlossene Welt institutionell geregelter Lebensformen für Behinderte darstellt. (1)
- Eine noch schwerer überwindbare "innere" Begrenzung trägt, wie bereits ausgeführt, das Normalisierungskonzept in sich selbst, insofern es den Maßstab der "normalen Arbeitsbiographien" aufgreift und damit Gefahr läuft, die Behinderten auf ein für sie nicht erreichbares Ziel zu verpflichten.

1) Das gilt zumindest für die Gruppe der lebenslang oder von Kindheit an Behinderten.

6. Aus diesem konzeptionellen Dilemma wird sich eine engagierte Behindertenpolitik in Zukunft nur befreien können,

- wenn realistisch die vorhandene institutionelle Ausstattung genutzt und geltende gesellschaftliche Normen beachtet werden;
- zugleich aber jede Chance ergriffen wird, diesen institutionellen und normativen status quo zu überschreiten, was praktisch bedeutet, solche Formen der Vergesellschaftung von behinderten Individuen zu erleichtern und zu stabilisieren:
 - die fördern und schützen, ohne auszusondern,
 - und Normabweichungen zulassen, ohne zu diskriminieren.

Immerhin lassen sich Anhaltspunkte dafür vorweisen, daß diese utopisch anmutende Perspektive nicht ganz unrealistisch ist:

- Die Regeleinrichtungen des Bildungswesens, der sozialen und sonstigen öffentlichen Infrastruktur sehen sich auch selbst zu einer Revision ihrer Programme, ihrer Angebote und Leistungen herausgefordert. Praktische Schritte zur Entspezialisierung, zu mehr Offenheit, mehr Bürger- bzw. Verbrauchernähe werden zum Teil bereits eingeleitet.
- Die Träger öffentlicher Dienste tragen damit einer unübersehbaren und tiefgreifenden Tendenz zur sogenannten Pluralisierung von Lebensformen und Lebenszielen Rechnung, die zu einer größeren Variationsbreite von "Normalbiographien" und einer damit einhergehenden Entstandardisierung von Bedarfslagen sowie Bedürfnissen führt.
- Auch wenn ein Ende der Arbeitsgesellschaft wohl noch nicht abzusehen ist, so lockert die Arbeit doch ihren schicksalsmäßigen Griff um das Leben der Individuen und ihre gesellschaftliche Hegemonie über alle anderen Lebensbereiche ist fraglich geworden. Zweifellos wird die bisher nur für Behinderte und andere Minderheiten bedrängende Frage, wie sinnvolles, menschliches Leben jenseits von bezahlter Arbeitsleistung begründet werden kann, in Zukunft eine hohe gesellschaftliche Relevanz erhalten. Den Behinderten könnten sich neue Zugänge öffnen zu einer zukünftigen normalen Existenz, die nicht mehr wie aus einem Guß ist und viele Facetten hat.

- 5. Frühförderung, Kindergarten und Schule
- 5.1. Früherkennung, -behandlung und -förderung behinderter Kinder
- 5.1.1. Allgemeine Zielvorstellungen und rechtlich-adminstrative Rahmenbedingungen

Frühförderung ist ein Oberbegriff für verschiedene Maßnahmen der Frühdiagnostik, -behandlung, -erziehung und -beratung, die den allgemeinen hessischen Landesrichtlinien zur Frühförderung (1987) zufolge für Behinderte, von Behinderung Bedrohte sowie entwicklungsgefährdete bzw. -verzögerte Kinder und deren Eltern bereitgestellt werden. Ziel ist es, durch möglichst frühzeitige Intervention die Entwicklung eines Kindes soweit zu beeinflussen, daß Beinträchtigungen vermieden, Behinderungen in ihren Auswirkungen abgeschwächt, auftretende Sekundärbehinderungen reduziert oder einer Ausgrenzung in Sonderinstitutionen entgegengewirkt wird. Dazu stehen eine Vielzahl von medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Hilfen zur Verfügung. Die Arbeitsmethoden sollen familienorientiert, ganzheitlich und interdisziplinär sein. Darüber hinaus werden Kindertagesstätten wegen ihres breiten Altersstufenzuganges als wichtiges Interventionsfeld von Frühförderung definiert. Die Koordination der unterschiedlichen Hilfen in Form eines Frühförderplanes bzw. interdisziplinärer Absprachen ist speziellen Frühfördereinrichtungen übertragen.

Der finanzielle Leistungsrahmen ist durch RVO und BSHG abgesteckt:

Medizinisch-therapeutische Hilfen werden auf der Grundlage von § 181 RVO und § 36 BSHG für jedermann kostenlos bereitgestellt. Sie umfassen folgende Leistungen:

- 8 Vorsorgeuntersuchungen bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres. Zur Inanspruchnahme aller Untersuchungen wird eine einmalige Prämie von 100,-- DM als Anreiz geboten. Durchgeführt werden diese Untersuchungen und evtl. Behandlungen von niedergelassenen (Kinder-) Ärzten, Therapeuten sowie Kliniken.
- Zusätzlich zu den Vorsorgeuntersuchungen stehen neuro- und sozialpädiatrische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen in Kliniken und niedergelassenen Praxen zur Verfügung.
- Von den Gesundheitsämtern werden in regelmäßigen Abständen Mütterberatungen, ärztliche Sprechstunden, Schuluntersuchungen und Untersuchungen in Kindergärten angeboten.

...

- Zur Früherkennung bestimmter Behinderungsarten (Sprach-, Hör- und Sehbehinderungen) stehen spezielle Anlaufstellen bei den Städten oder an bestimmten Schulen zur Verfügung, deren Aufgaben durch besondere Landesrichtlinien genauer definiert sind.

Pädagogische, psychologische und soziale Frühförderungsmaßnahmen werden auf der Basis von § 39/40 BSHG im Rahmen der Eingliederungshilfe bereitgestellt, für die der örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger die Kosten trägt. Unabhängig vom Einkommen sind diese Frühförderhilfen kostenlos. Durchgeführt werden die Maßnahmen von speziellen Frühförderereinrichtungen, die oft sowohl pädagogisch-psychologisches Personal als auch medizinisch/physio-therapeutische Mitarbeiter haben (in Wiesbaden: Einrichtung der Lebenshilfe und der Hilfs- und Interessengemeinschaft).

Während die therapeutischen Maßnahmen der Frühförderstellen mit den Krankenkassen abgerechnet werden, kann die Finanzierung pädagogischer, psychologischer oder sozialer Frühförderung sowohl auf der Basis von Einzelfallabrechnungen als auch pauschaler Zuschüsse von Kommune und LWV erfolgen; in Wiesbaden ist letzteres der Fall.

Zur finanziellen Absicherung des durch RVO und BSHG nicht abgedeckten Arbeitsaufwands der Frühförderstellen - wie etwa Öffentlichkeitsarbeit, interdisziplinäre Absprachen, Mitarbeiterberatung, Elternberatung, kurzfristige Elternkontakte sowie die Arbeit mit entwicklungsauffälligen Kindern, die nicht im eng medizinischen Sinn von Behinderung bedroht sind - können auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung von LWV und Land Hessen zusätzliche Finanzierungsmittel bei Antragsstellung bereitgestellt werden.

5.1.2. Struktur des Angebotes

Es gibt in Wiesbaden und der näheren Umgebung insgesamt 12 Einrichtungen bzw. Anlaufstellen in staatlicher oder freier Trägerschaft, die in unterschiedlichem Ausmaß Aufgaben der Frühförderung wahrnehmen (siehe Tab. 1) (1):

- Die Einrichtungen arbeiten überwiegend im engeren Sinne zielgruppenorientiert, d. h., ihr Aufgabenspektrum bezieht sich meist auf bestimmte Altersgruppen und Behinderungsarten.

...

- 1) Es werden nur Einrichtungen berücksichtigt, die sich speziell mit Frühförderung behinderter Kinder und Jugendlicher beschäftigen. Unberücksichtigt bleiben Früherkennungsaufgaben im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, bei Mütterberatungen, Schulreihenuntersuchungen etc.

**Tab. 1 : Einrichtungen für Früherkennung, -behandlung
und -förderung**

Einrichtung	Zielgruppe	Art der Leistungen
Kinderneurologisches Zentrum (KNZ), Mainz (Oberregional)	Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten/-verzögerungen jeder Art und Schwere; 0 - 18 Jahre	ambulante und stationäre Diagnostik, Beratung und Behandlung: medizinisch, therapeutisch (Krankengymnastik, Logopädie, Beschäftigungstherapie), pädagogisch, psychologisch; Überweisung an regionale Therapeuten und sonstige Einrichtungen
Klinik für Kommunikationsstörungen/Uniklinik Mainz (Oberregional)	Hör- und Sprachbehinderungen, auch als Teil einer Mehrfachbehinderung; 0 - 7 Jahre	ambulante und stationäre Diagnostik, Beratung und Behandlung: medizinisch, therapeutisch (Logopädie, Audiologie, Beschäftigungstherapie), pädagogisch, psychologisch; Überweisung an regionale Therapeuten und sonstigen Einrichtungen
Neuropädiatrische Ambulanz der Kinder- und Poliklinik an der Universitätsklinik Mainz (Oberregional)	Neurologische Störungen/Auffälligkeiten; 0 - 16 Jahre	ambulante Diagnostik und Beratung: medizinisch; Verweis an niedergelassene Ärzte zur Veranlassung weiterer Maßnahmen
Risikozentrum der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden	Früh- und Neugeborene mit Risikofaktoren vor oder nach der Geburt 0 - 2 Jahre	ambulante Diagnostik, Beratung und Behandlung: medizinisch, therapeutisch (Krankengymnastik); Verweis an niedergelassene Ärzte zur Veranlassung weiterer Maßnahmen
Frühförder- und Frühberatungsstelle der Lebenshilfe, Wiesbaden	Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten/-verzögerungen jeder Art und Schwere 0 - 10 Jahre	ambulante und mobile Diagnostik, Beratung und Behandlung: pädagogisch, beschäftigungstherapeutisch; Spielkreise; Zusammenarbeit mit Kinderärzten, Kliniken, Therapeuten, Sozialen Diensten, Kindergärten. Öffentlichkeitsarbeit. In Planung/beantragt: Betreuung der Sonderschulen durch einen der Frühförderstelle zugeordneten Krankengymnasten; Hauptamtlicher psychologischer Mitarbeiter; einrichtungsübergreifender, familienentlastender Dienst, Supervision
Frühförder- und Frühberatungsstelle der Hilfs- und Interessengemeinschaft zur Förderung spastisch gelähmter Kinder und anderer Behinderter, Wiesbaden	Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten/-verzögerungen jeder Art und Schwere 0 - 6 Jahre	ambulante und mobile Diagnostik, Beratung und Behandlung: pädagogisch, beschäftigungstherapeutisch, psychologisch; Spielkreise; Betreuung der Regelkindergärten (seit 1/68); Zusammenarbeit mit Kinderärzten, Kliniken, Therapeuten, Sozialen Diensten, Kindergärten; Öffentlichkeitsarbeit. In Planung/beantragt: Familienentlastende Betreuungsangebote; Ausweitung der psychologischen Einzelbetreuung; Supervision
Sprachheilbeauftragte beim Gesundheitsamt, Wiesbaden	Sprachbehinderung; 3 - 18 Jahre	ambulante Beratung: 1x wöchentlich regelmäßige Sprechstunde; Verweis an niedergelassene Ärzte und Kliniken
Frühförderstelle an der Helen-Keller-Schule (Sprach- und Sehbehinderte), Wiesbaden	Sehbehinderung; 3 - 18 Jahre	ambulante und mobile Diagnostik und Beratung: 1x wöchentlich, regelmäßige Sprechstunde; Verweis an niedergelassene Ärzte und Kliniken
Sozialpädiatrische Beratungsstelle im Gesundheitsamt (jugendärztlicher Dienst), Wiesbaden	Behinderungen aller Art und Schwere; 0 - 18 Jahre	ambulante und mobile Diagnostik und Beratung: medizinisch, pädagogisch, psychologisch; Verweis an andere Einrichtungen; Betreuung der Regelkindergärten

Einrichtung	Zielgruppe	Art der Leistung
<p>Sprech- und Hörberatung im Gesundheitsamt (jugend- ärztlicher Dienst), Miesbaden</p>	<p>Sprech- und Hörbehinderungen; 1 - 18 Jahre</p>	<p>ambulante und mobile Diagnostik und Be- ratung: logopädisch und audiologisch; Verweis an andere Einrichtungen; Betreuung der Regelkindergärten in freier Trägerschaft</p>
<p>Logopädin im Jugendamt, Miesbaden</p>	<p>Sprachbehinderungen; 1 - 16 Jahre</p>	<p>Sprechbeobachtung, Diagnostik und Be- ratung in städt. Kindertagesstätten; Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und der Familienhilfe</p>
<p>Institutambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rhein- höhe/Außenstelle, Miesbaden (Alexandrostr.)</p>	<p>psychiatrische Auffälligkeiten; 3 - 18 Jahre</p>	<p>ambulante Diagnostik, Beratung und Be- handlung: medizinisch, psychologisch, pädagogisch; Verweis an andere Einrichtungen</p>

- Der Leistungskatalog der verschiedenen Einrichtungen ist nicht identisch. Einige bieten ein komplexes Angebot medizinischer, therapeutischer, pädagogischer und psychologischer Hilfen, die sowohl Diagnose, Beratungs- und Behandlungsfunktionen umfassen. Andere sind beschränkt auf wenige Leistungssparten oder nehmen als Anlaufstelle nur Beratungs- und Vermittlungsfunktionen wahr. Durch Kooperation mit anderen Leistungsträgern wird jedoch ein umfassendes Hilfeangebot sichergestellt.
- Teilweise arbeiten sie aber auch parallel nebeneinander mit gleichen Zielgruppen und Aufgaben.
- Der Zugang zu den Einrichtungen erfolgt entweder durch Selbstanmeldung (aus Eigenmotivation, die auch extern hergestellt sein kann), oder ist institutionell gesteuert durch formelle Aufforderung und Kontrollen.

Die beiden Zugangswege und die damit verbundenen Filter bei den einzelnen Einrichtungen bezeichnen eine polarisierte Arbeitsteilung: während die sozialpädiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes als auch die Logopädin im Jugendamt überwiegend aufgrund amtsinterner Vermittlungen eingeschaltet werden, werden die übrigen Einrichtungen fast ausschließlich aufgrund von Eigenmotivation, Empfehlungen Dritter oder ärztlicher Überweisungen tätig.

- Die Arbeitsweise kann stationäre, ambulante oder mobile Formen annehmen, wobei insbesondere bei den auf das Stadtgebiet Wiesbaden orientierten Einrichtungen der Schwerpunkt auf der mobilen Betreuung liegt. Sie kann sowohl personen-/familienorientiert als auch institutionenorientiert sein, wobei letzteres erst in jüngster Zeit verstärkt betrieben wird, indem Frühförderung sich mit der Betreuung behinderter und entwicklungsauffälliger Kinder in Regeleinrichtungen befaßt, um sie möglichst in diesen Einrichtungen zu belassen, was zugleich die Beratung der Erzieher/-innen bzgl. des Umganges mit diesen Kindern einschließt. Der Zugang der Frühförderstellen zu den Kindertagesstätten wird allerdings selektiv reguliert durch Bedarfseinschätzungen einzelner Kita's und bleibt abhängig von eingespielten Betreuungs- und Kooperationsmustern.

Für den von der Frühförderstelle der Lebenshilfe und der Hilfs- und Interessengemeinschaft gemeinsam entwickelten Frühförderplan werden bei jedem Neuzugang in diese Einrichtungen alle medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Leistungsträger ermittelt, die an der Betreuung bereits beteiligt sind oder die im Interesse einer komplexen, effektiven Förderung eingeschaltet werden müßten.

...

Aufgrund der Tatsache, daß Freiwilligkeit die unabdingbare Zugangsvoraussetzung zu beiden Frühförderstellen bildet, sind einer Kooperation mit sozialen Diensten enge Grenzen gesetzt: So können bei Familien mit behinderten/entwicklungsauffälligen Kindern psychosoziale Betreuungslücken kaum¹⁾ geregelte Kooperationsstrukturen geschlossen werden, was dazu führt, daß von den Frühfördereinrichtungen selbst ein wachsender Bedarf an eigenem, psychologisch bzw. familientherapeutisch qualifiziertem Personal angemeldet wird (siehe Kap.2.1.4) (1).

5.1.3. Nutzerstruktur

5.1.3.1. Methodische Vorgehensweise

Die Datenerhebung zur Reichweite der Frühförderung wurde beschränkt auf heilpädagogisch-therapeutisch orientierte Einrichtungen, d. h. für die beiden Frühförderstellen der Lebenshilfe und der Hilfs- und Interessengemeinschaft sind die Merkmale ihrer Nutzer nach einem Fragebogen erhoben worden. Zum Vergleich ist wegen des andersartigen Zuganges die erreichte Zielgruppe der sozialpädiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes in gleicher Weise untersucht worden.

Statistische Angaben beziehen sich für die beiden Frühförderstellen auf alle Betreuungsfälle des Jahres 1987, für das Gesundheitsamt auf den Zeitraum von März 1986 bis März 1988. Die aufgrund der unterschiedlichen Erfassungszeiträume eingeschränkte Vergleichbarkeit der Daten muß in Kauf genommen werden, weil ein heilpädagogisches Betreuungsangebot im Gesundheitsamt seit 1986 besteht und Zahlenangaben erst nach einer gewissen Anlaufzeit aussagekräftig sind. Auch die beiden Frühförderstellen hatten in den letzten Jahren einen kontinuierlichen Anstieg von Betreuungsfällen zu verzeichnen.

Da die regionalen Betreuungsaktivitäten der Lebenshilfe weit über das Stadtgebiet Wiesbaden hinausgehen, stimmen für diesen Träger die Angaben zur Gesamtzahl der betreuten Kinder und die aufsummierten Zahlen zur regionalen Verteilung im Stadtgebiet nicht überein.

Merkmale der sozialen Situation der Zielgruppe von Frühförderung konnten nicht erfaßt werden. Daher mußte auf den Wohnort der Nutzer zurückgegriffen werden, um aus der regionalen Verteilung im Stadtgebiet Rückschlüsse auf die soziale Struktur zu ziehen. ...

- 1) Die Frühförderstelle der Lebenshilfe und der Hilfs- und Interessengemeinschaft beziehen allerdings einen anderen Standpunkt: Psychologischer Betreuungsbedarf kann für sie nicht durch verstärkte Kooperation mit den vorhandenen Fachdiensten aufgefangen werden, da die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme in den meisten Fällen nicht herzustellen sei.

Zum Vergleich wurde die durch Aktenanalyse ermittelte regionale Verteilung der Eingliederungshilfefälle nach dem BSHG herangezogen.

5.1.3.2. Merkmale der Zielgruppe: Zugangsart, Altersgruppen, Behinderungsarten, Zugangsbarrieren, regionale Verteilung

Der größte Teil der Frühförderung des Gesundheitsamtes ist institutionenorientiert, d. h. , umfaßt vorrangig die Betreuung Behinderter in Regelkindertagesstätten. Nur 24,1 %

(21) aller Klienten wurden im Rahmen von Einzelfallförderung betreut. Aber auch der Zugang zu heilpädagogischen Einzelfallbetreuungen des Gesundheitsamtes ist zum größten Teil administrativ vermittelt - allerdings amtsintern. Demgegenüber erreichten die beiden Frühförderstellen (Lebenshilfe, Hilfs- und Interessengemeinschaft) ihr Klientel bis 1987 ausschließlich im Rahmen von Einzelfallbetreuungen auf der Basis der Selbstanmeldung. (1)

Die Motivation zur freiwilligen Inanspruchnahme heilpädagogischer Frühförderleistungen wurde in diesen Fällen häufig durch eine vorausgegangene medizinisch-therapeutische Frühförderung ausgelöst.

Von den beiden Frühförderstellen und der sozialpädiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes wurden insgesamt 235 Kinder betreut, von denen der größte Teil kurz vor Schuleintritt steht: 2,3 % aller Kinder der Altersstufe von 4 - 6 Jahren in Wiesbaden (2) wurden im Rahmen heilpädagogischer Frühförderung betreut. Damit wird der vom "Arbeitskreis Frühförderung" unterstellte allgemeine Richtwert, wonach 2,5 % eines Geburtsjahrganges frühförderbedürftig seien, in Wiesbaden für diese Altersstufe nahezu erreicht.

Bei weniger als einem Drittel der Frühförderfälle liegt eine klassische, eindeutig diagnostizierbare Behinderungsart vor; der größte Teil der Betreuungen (68,1 % / 160) entfällt auf im Grenzbereich angesiedelte Entwicklungsauffälligkeiten (sogenannte "organische Dysfunktionen meist in Kombination mit sozialer Deprivation") Institutionenorientierte Frühförderung im Rahmen der Kindertagesstättenbetreuungen des Gesundheitsamtes hat mit 86,4 % (57) aller Fälle hier ihre Hauptzielgruppe (siehe Tab. 2)

Wird berücksichtigt, daß die vom Versorgungsamt amtlich anerkannten Behinderten im Vorschulalter (85) und Jugendalter überwiegend schwer Geistig-, Körper- und Mehrfachbehinderte sind (siehe Tab. 2), so hat die heilpädagogische Frühförderung mit 88,2 % (75) einen relativ breiten Zugang zu der Gesamtheit der klassisch Behinderten (siehe Tab. 2),

- 1) Die Betreuung von Kindertagesstätten wurde erst im Jahr 1988 aufgenommen, sie schlägt sich daher in den für 1987 erhobenen Daten noch nicht nieder.
- 2) Quelle: Planungsdatensatz Einwohnerwesen (nur Hauptwohnsitz Wiesbaden), Stand: 30.06.1988

Tab. 2: Zielgruppe heilpädagogischer Frühförderung

Einrichtung	insg.	Erreichte Zielgruppe			Behinderungsarten			
		Altersgruppen	7-15 J.	4-6 J.	7-15 J.	geistig-beh.	körper-/mehrfachbeh.	sinneseh. beh.
Frühförderstelle der Lebenshilfe (1987)	91 100 %	14 15,4 %	68 74,7 %	9 9,9 %	8 8,8 %	19 20,9 %	7 7,7 %	57 62,3 %
Frühförderstelle der Hilfs-u. Integressengemeinschaft (1987)	57 100 %	30 52,6 %	27 47,4 %		9 15,8 %	15 26,3 %		33 57,9 %
Sozialpädagogische Beratungsstelle d. Gesundheitsamtes davon: Einzelfallförderung in Kindertagesstätten (3/86 - 3/88)	87 100 %	20 23,0 %	55 63,2 %	12 13,8 %	4 4,6 %	8 9,2 %	5 5,7 %	70 80,5 %
Frühförderfälle insgesamt	21 66	12 8	2 53	7 5	2 2	3 5	3 2	13 57
Gesamtbevölkerung (Einwohnerwesen) (6/88)	35.022	8.690	6.571	19.761	21 8,9 %	42 17,8 %	12 5,1 %	160 68,1 %
%-Anteil Frühförderf.		0,7 %	2,3 %	0,1 %				
Amtliche Behindertenstatistik (1986) (1)	358	43	42	273				

(1) Der statistisch ausgewiesene Personenkreis der amtlichen Behindertenstatistik und der heilpädagogisch-therapeutischen Frühförderstellen sind nicht deckungsgleich: die Hauptzielgruppe der Frühförderstellen geht noch über den in der amtlichen Behindertenstatistik erfaßten Personenkreis der eindeutig somatisch Behinderten hinaus, indem Entwicklungsauffälligkeiten eingeschlossen werden.

für die wegen der Zielgruppenorientierung der Frühförderstellen auf Kinder im Vorschulalter (91,1 % /214) zum größten Teil die Zugehörigkeit zu dieser Altersstufe unterstellt werden kann.

Allerdings ist zu vermuten, daß jüngere Behinderte in der amtlichen Statistik unterrepräsentiert sind, da der statistischen Erfassung eine medizinische Feststellung und versorgungsamtliche Anerkennung vorausgeht. Letzteres erfordert wiederum die Überwindung von Barrieren, die in ähnlicher Weise auch die Frühförderung umgeben (siehe weiter unten).

Familien mit behinderten bzw. entwicklungsauffälligen Kindern sind häufig auf ein komplexes Angebot von Hilfen angewiesen:

Das eigentliche Wirkungsfeld der Frühförderung sind komplizierte Fälle, bei denen medizinische, therapeutische, pädagogische und soziale Hilfen koordiniert werden müssen. Die spezifische Leistung heilpädagogisch-therapeutischer Frühförderstellen besteht darin, daß Eltern und Erziehern in Kindertagesstätten der richtige, d. h. fördernde Umgang mit dem behinderten bzw. entwicklungsauffälligen Kind erleichter wird, was in Einzelfällen die Vermeidung von Heimunterbringung oder Ausgliederung in Sondereinrichtungen ermöglicht. Dabei kommt der mobilen therapeutischen Förderung im Elternhaus - in Abgrenzung zur Therapie in freien Praxen - ein besonderer Stellenwert zu.

Die Wirkungsmöglichkeiten von Frühförderung werden jedoch durch folgende Faktoren eingeschränkt:

- Nicht alle Behinderungsarten können bereits in der frühen Kindheit (0 - 2 Jahre) medizinisch eindeutig als Behinderung diagnostiziert werden. Insbesondere leichtere geistige Behinderungen, Sprach- und Hörbehinderungen lassen sich in diesem Lebensalter auch als normale Entwicklungsverzögerung interpretieren.
- Die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Frühförderung kann die Chancen rechtzeitiger Prävention mindern, denn: schichtspezifisches Gesundheitsverhalten, aber auch quer durch alle Schichten festzustellende Akzeptanzbarrieren von Eltern gegenüber einer möglichen Behinderung des Kindes reduzieren die Chancen einer frühen Wahrnehmung von Behinderungen.
- Informationsdefizite über das vorhandene Angebot an Hilfen erschweren ebenfalls den Zugang.

Im Vergleich der regionalen Verteilung der Frühförderfälle mit der von Eingliederungshilfefällen nach dem BSHG zeigt sich, daß über heilpädagogisch-therapeutische Frühförderungsangebote überwiegend Mittelschichtsfamilien angesprochen werden, die klassischen Zielgruppen der Sozialverwaltung jedoch nur schwer zu erreichen sind:

Frühförderungsfälle konzentrieren sich in den nördlichen und östlichen Vororten und damit in sozialadministrativ wenig auffälligen Stadtgebieten; in den als sozial belastet bekannten Stadtteilen (Klarenthal, Dotzheim, Biebrich) ist die Frühförderung weniger aktiv, Eingliederungshilfefälle treten hier jedoch verstärkt auf (siehe Tab.3, 4,5 ; Schaubild 1 und 2) (1).

Mit einer gezielten, systematisch organisierten und flächendeckenden Vernetzung der Frühförderstellen mit Kindertagesstätten könnte jedoch ein breiterer Zugang zu sozialen Problemgruppen geschaffen werden.

5.1.4. Bewertung, Perspektiven, Empfehlungen

Die beiden Frühförderstellen haben eine steigende Nachfrage zu verzeichnen, die durch das bestehende Angebot an heilpädagogisch-therapeutischen Frühförderungsmaßnahmen nicht ausreichend abgedeckt werden kann:

Manifester Betreuungsbedarf in Form einer Warteliste besteht im Bereich von Einzelfallförderung behinderter und entwicklungsverzögerter Kinder und deren Familien:

Lebenshilfe

(Stand: Sommer 1988): ca. 8 Fälle ²⁾

Hilfs- und Interessengemeinschaft:

(Stand: 12/1987) ca. 15 Fälle

Beide Frühförderstellen beurteilen das Angebot psychosozialer Hilfen für Familien mit behinderten Kindern als unzureichend. Handlungsbedarf besteht nach Aussagen der Frühförderstellen insbesondere im Bereich psychologischer Familienhilfen, der aus personellen Gründen von den Frühförderstellen zur Zeit nicht abgedeckt werden kann.

Ein zusätzlicher latenter Frühförderungsbedarf wird insbesondere im Bereich institutionenorientierter Betreuungsangebote (Kindertagesstätten) festgemacht:

Durch Ausweitung ihrer Kontakte zu Kindertagesstätten beabsichtigen die beiden Frühförderstellen und die sozialpädiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes, Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten präventiv entgegenzuwirken.

Ausgehend von dem grundlegenden Gedanken, daß die Betreuung Behinderter durch Spezialeinrichtungen nicht nur dem Bedürfnis Behinderter nach besonderer Förderung Rechnung trägt, sondern gleichzeitig das Risiko von Stigmatisierung und gesellschaftlicher Randstellung einschließt,

- 1) Zur Überschneidung von Eingliederungshilfe mit Fällen des allgemeinen Sozialdienstes vgl. Kap. 3.3.
- 2) Durch personelle Erweiterungen bei der Lebenshilfe im Jahr 1988 konnte die Warteliste aus dem Jahr 1987 um mehr als die Hälfte abgebaut werden.

Tab. 3 : Zuordnung der Frühförderfälle und Eingliederungshilfefälle nach regionalen Arbeitsgruppen der Sozialverwaltung

Region	I	II	III	IV	V	VI	VII	VII	Insg.
Haushalte 1)	24.933	9.636	16.565	11.255	10.246	20.682	21.044	10.903	125.264
Haushalte mit Kindern abs.	3.742	1.742	2.733	2.113	2.451	4.134	5.957	2.622	22.872
Frühförderfälle abs.	40	9	17	18	15	28	45	3	175
% der Haushalte mit Kindern	1,1	0,5	0,6	0,9	0,6	0,7	0,8	0,1	0,8
% aller Haushalte	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,02	0,1
Eingliederungshilfefälle (2) abs.	66	28	54	78	82	98	68	26	500
% der Haushalte mit Kindern	1,8	1,6	2,0	3,7	3,3	2,4	1,1	1,0	2,2
% aller Haushalte	0,3	0,3	0,3	0,7	0,8	0,5	0,3	0,2	0,4

1) nach Stromzähler-Statistik der ESWE, Stand: 1984

2) Hochrechnung aller regional zuzuordnenden Fälle der Stichprobe der Aktenanalyse in der Eingliederungshilfe auf 100 % (Stand: 1/1987)

Tab. 4 : Zuordnung der Zielgruppen der einzelnen Frühförderstellen nach regionalen Arbeitsgruppen 1)

Region	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Insg.
Frühförder- fälle, Gesund- heitsamt	abs. 13 %	6 0,3	8 0,3	-	2 0,1	5 0,1	23 0,4	-	57 0,3
Frühförder- fälle Hilfs- und Interessengemein- schaft	abs. 19 %	2 0,1	3 0,1	11 0,5	4 0,2	6 0,1	10 0,2	1 0,03	56 0,3
Frühförder- fälle Lebenshilfe	abs. 8 %	1 0,1	6 0,2	7 0,3	9 0,4	17 0,4	12 0,2	2 0,1	62 0,3
insg. %	40 1,1	9 0,5	17 0,6	18 0,9	15 0,6	28 0,7	45 0,8	3 0,1	175 0,8

1) % Angaben sind bezogen auf Haushalte mit Kindern

Tab. 5: Verteilung der Frühförderfälle nach Ortsbezirken

Ortsbezirk	Gesundheits- amt	Hilfs- und Interessen- gemeinschaft	Lebens- hilfe	insg.
01 Mitte	7	13	6	26
02 Nordost	2	2	3	7
03 Südost	7	3	5	15
06 Rheingauviertel/ Hollerborn	2	8	1	11
07 Klarenthal	-	1	3	4
08 Westend/Bleichstr.	6	2	1	9
11 Sonnenberg	2	1	-	3
12 Bierstadt	3	1	-	4
13 Erbenheim	3	1	1	5
14 Biebrich	1	8	19	28
16 Dotzheim	2	4	9	15
21 Rambach	1	2	1	4
22 Heßloch	-	-	-	-
23 Kloppenheim	-	-	-	-
24 Igstadt	-	-	-	-
25 Nordnestadt	2	3	2	7
26 Delkenheim	-	-	8	8
27 Schierstein	4	1	-	5
28 Frauenstein	-	-	-	-
31 Naurod	7	-	-	7
32 Auringen	1	1	1	2
33 Medenbach	6	4	1	11
34 Breckenheim	1	-	-	1
51 Amöneburg	-	-	-	-
52 Kastel	-	1	2	3
53 Kostheim	-	-	-	-
insgesamt	57	56	62	175

Schaubild 10: Verteilung von Frühförder- und Eingliederungshilfefällen (in Klammern) nach regionalen Arbeitsgruppen der Sozialverwaltung (in % der jeweiligen Gesamtfallzahlen)

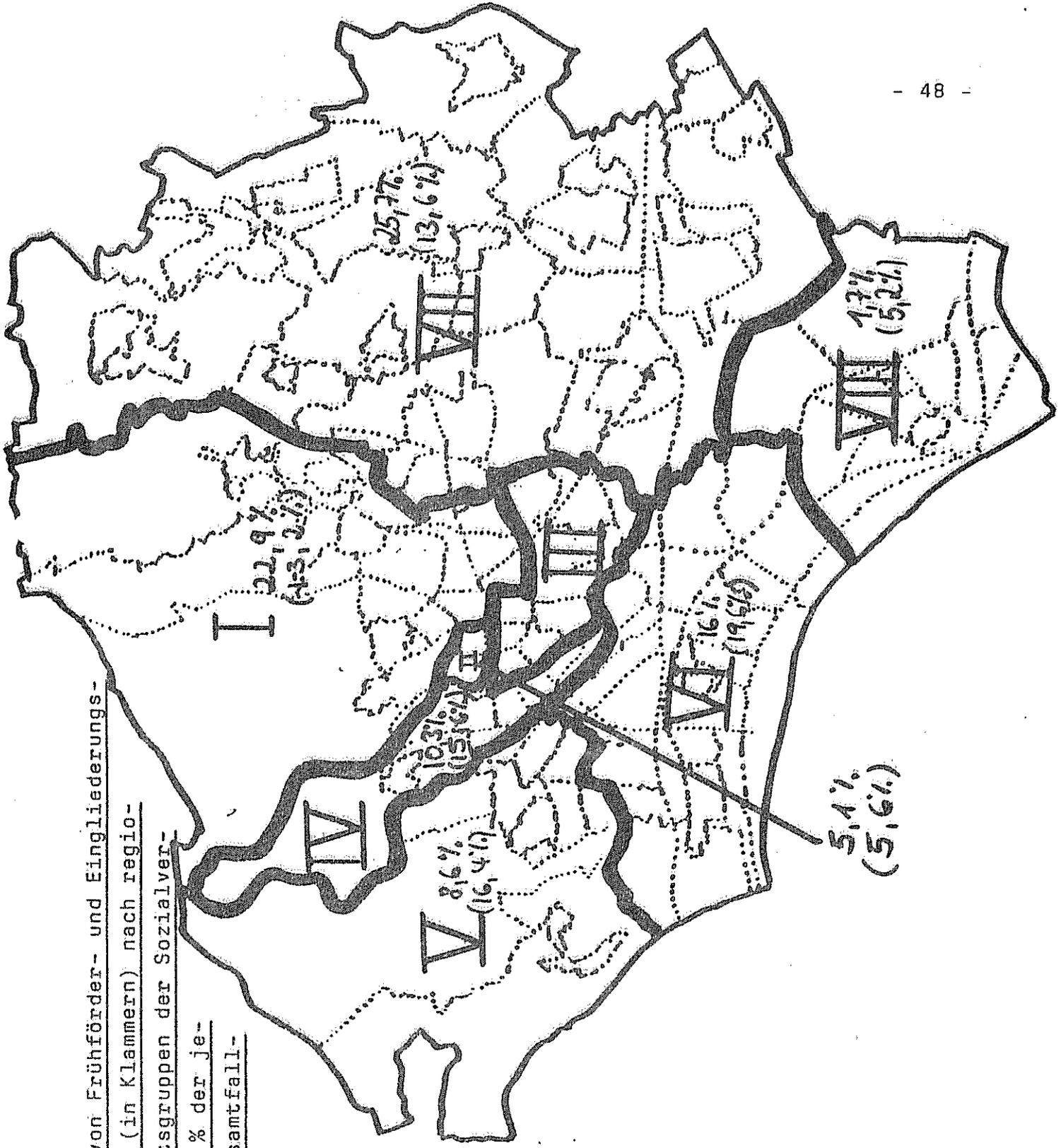
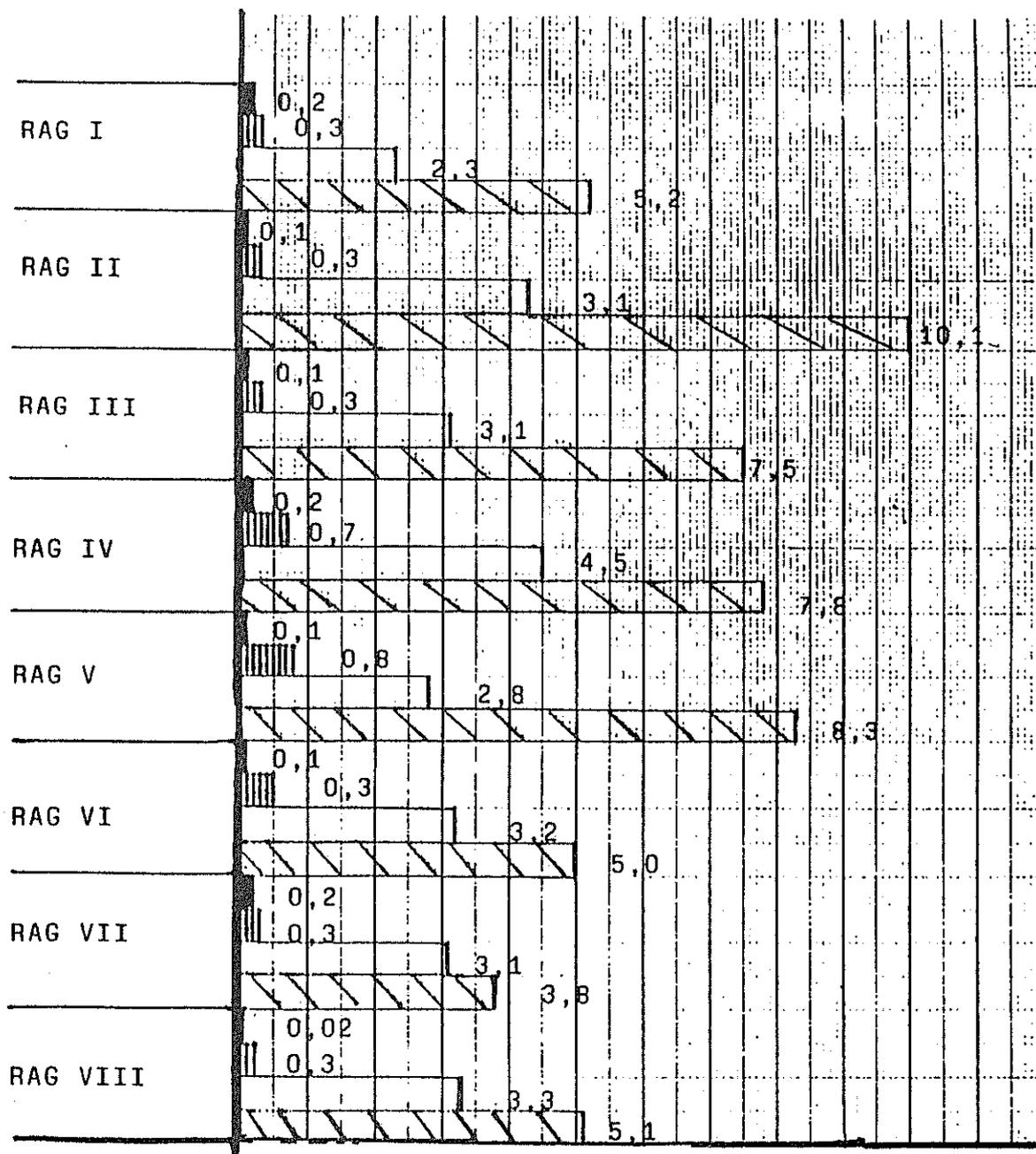


Schaubild 11: Frühförder-, Eingliederungshilfe-, Sozial-
dienst- und Sozialhilfefälle nach regionalen
Arbeitsgruppen (RAG) der Sozialverwaltung
(% der Haushalte/Stromzähler)



- Frühförderfälle (12/1987)
- Eingliederungshilfefälle (1/1987)
- Sozialdienst (1. Quartal/1986)
- HLU + HibL (5/1986)

stellt sich die Frage, inwieweit durch eine Ausweitung heilpädagogischer Frühfördermaßnahmen im Rahmen der bestehenden Angebotsstrukturen das Integrationsziel möglicherweise unterlaufen wird.

Kritisch zu bewerten und ungeklärt ist in diesem Zusammenhang insbesondere folgendes:

- Die Frühförderstellen expandieren - unterstützt durch Landesrichtlinien und -finanzierungszuschüsse - derzeit stark im Bereich der Grauzone von Behinderung und Entwicklungsauffälligkeiten. Eine Grenzverschiebung durch Ausdehnung dieser Spezialdienste für Behinderte in den Randbereich des "Normalen" ist kaum auszuschließen. (1)
- Die Zielgruppe der Frühförderung überschneidet sich insbesondere im Bereich der nicht primär somatisch begründbaren Entwicklungsauffälligkeiten zunehmend mit der von Erziehungsberatungsstellen. Im Interesse einer stärkeren Vernetzung der Hilfen für Behinderte mit dem System allgemeiner sozialer Dienstleistungen und um einer übermäßigen Ausdehnung des Behindertensektors entgegenzuwirken, ist eine verstärkte Kooperation von Frühförderstellen, Erziehungsberatungsstellen und kommunalem Sozialdienst dringend geboten. (2)
- Mit Blick auf das allgemeine System sozialer Dienstleistungen ist die Frage zu stellen, welchen Beitrag Frühfördereinrichtungen zur Qualifizierung von Regelinrichtungen und -diensten leisten können:

In diesem Kontext sollte Frühförderung die Funktion eines Spezialdienstes übernehmen, der dort eingeschaltet wird, wo die übrigen sozialen Dienste bei der Entscheidung über Diagnose und Therapie oder Fragen des Umganges mit dem behinderten bzw. entwicklungsauffälligen Kind noch überfordert sind.

Die Abgrenzung von Zuständigkeiten muß mit der Überwindung von Kooperationshindernissen einhergehen:

- Die verlässliche Regelung von Kooperationsmustern stößt insofern an Grenzen, als die Frühfördereinrichtungen und Erziehungsberatungsstellen in freier Trägerschaft in ihrer inhaltlich-konzeptionellen Arbeit eine kommunale Einflußnahme erschweren.

- 1) Diese Interpretation findet nicht die Zustimmung der Frühförderstellen der Lebenshilfe und Hilfs- und Interessengemeinschaft, die die Ausweitung ihrer Zielgruppen präventiv, insbesondere mit der Vermeidung von Ausgliederung in Sondereinrichtungen, begründen.
- 2) Die beiden Frühförderstellen in freier Trägerschaft äußern auch an dieser Stelle Bedenken, da sie durch verbindliche Kooperationsregelungen ihren Status als freie, unabhängige Anlauf- und Beratungsstelle gefährdet sehen.

- Der Zugang zum sozialen Umfeld des behinderten Kindes ist oft nur über das vordergründige Problem Behinderung oder Entwicklungsauffälligkeit möglich. Erfahrungsgemäß kann diese Zugangsschwelle daher von den Frühförderstellen wesentlich leichter überwunden werden als von den übrigen sozialen Diensten, woraus aber auch nicht ihre universelle Zuständigkeit abgeleitet werden kann.
- Die Kernprobleme der Frühförderung sind nur in erweitertem Kooperationsrahmen lösbar. Dies betrifft insbesondere:
 - Die Verbindung pädagogischer mit medizinischer und therapeutischer Frühförderung: Aus Kostengründen sind niedergelassene Ärzte und Therapeuten oft nicht zur Betreuung von Einzelfällen in Institutionen bereit.
 - Die Herstellung von Freiwilligkeit und Motivation zur Inanspruchnahme medizinischer, therapeutischer und pädagogischer Frühförderungsangebote, insbesondere auf Seiten schwer zugänglicher sozialer Gruppen.
 - Die Unterstützung der Kindertagesstätten:

Für die geschulte Wahrnehmung und die Diagnose von Störungen, bei der Wahl geeigneter therapeutischer Maßnahmen und Maßnahmeträger, und bei der Beratung von Erziehern im Umgang mit auffälligen Kindern sind die Frühförderstellen wie auch die Erziehungsberatungsstellen als Partner der Kindertagesstätten gefordert.

Kindertagesstätten sollten selbst Aufgaben der Frühförderung übernehmen. Dabei ist der Wechselwirkung von Behinderung und sozialem Umfeld Rechnung zu tragen. Ein verstärktes Heranziehen der Frühförderstellen an Kindertagesstätten durch isolierte Einzeltherapien reicht nicht aus. Der integrative pädagogische Anspruch der Kindertagesstätten setzt die Maßstäbe für ein produktives Verhältnis von Einzelförderung und Gestaltung des Gruppenlebens.

5.2. Behinderte Kinder in Kindertagesstätten

5.2.1. Struktur des Angebotes

Behinderte Kinder im Vorschulalter werden derzeit überwiegend in Sonderkindertagesstätten (48 Plätze) oder besonderen integrativen Gruppen (46 Plätze) betreut (siehe Tab. 6 und Tab. 7).

Damit werden 1,6 % aller Kindergartenplätze in Wiesbaden speziell für Behinderte oder für 1,1 % aller Kinder im Vorschulalter (3 - 6 Jahre) (1) spezielle Kindergartenplätze bereitgestellt.

Die Aufnahme Behinderter in Sonder- und integrativen Gruppen sowie die Finanzierung der Plätze weicht ab von den Aufnahme- und Kostenregelungsverfahren für Regelkindertagesstättenplätze: Diese werden auf Antrag der Eltern nach Maßgabe der Verfügbarkeit freier Plätze und gegen Zahlung eines monatlichen Pauschalbetrages als eine Leistung der Jugendhilfe vergeben. Dem gegenüber werden Kindertagesstättenplätze für Behinderte in Sonder- und integrativen Gruppen als teilstationäre, heilpädagogische Maßnahme der Eingliederungshilfe durch den überörtlichen Sozialhilfeträger finanziert. Nach der Aufnahme ist - einkommensunabhängig - ein monatlicher Beitrag in Höhe der Kosten der häuslichen Ersparnis zu zahlen. Der Aufnahme voraus geht die amtsärztliche Begutachtung der Behinderung durch das Gesundheitsamt.

Plätze in Sonderkindertagesstätten und integrativen Gruppen werden mit Ganztagsbetreuung angeboten und überwiegend auch in dieser Form in Anspruch genommen.

Wegen der geringen Jahrgangsbreite sind Sonderkindertagesstätten und integrative Gruppen im Unterschied zu Regeleinrichtungen nicht als wohnortnahes familienergänzendes Angebot, sondern als überlokaler Einrichtungstyp konzipiert. Der regionale Einzugsbereich der heilpädagogischen Tagesstätte der Lebenshilfe und Hilfs- und Interessengemeinschaft reicht sogar weit über das Stadtgebiet Wiesbaden hinaus.

In Regelkindertagesstätten sind Behinderte bisher nur vereinzelt anzutreffen: Derzeit belegen 24 behinderte Kinder 0,4 % aller Regelkindergartenplätze (siehe Tab. 8) (2), die nur selten gezielt in der Absicht aufgenommen wurden, ihnen eine Vorschulerziehung in Regeleinrichtungen zu ermöglichen. Meist wurde die Behinderung erst nach der Aufnahme festgestellt. Besondere Betreuungs- und Frühfördermöglichkeiten für Behinderte sind in den Regelkindertages-

(1) Quelle: Planungsdaten Einwohnerwesen (nur Hauptwohnsitz Wiesbaden),
Stand: 30.06.1988

(2) Erfasst wurden in den Regelkindergärten nur offensichtlich und eindeutig Behinderte. Nicht berücksichtigt sind Grenzfälle, wie Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten, die primär auf eine defizitäre soziale Situation zurückzuführen sind.

Tab.6 : Behinderte Kinder in Sondergruppen
(Stand: Ende 1987)

Einrichtung/Träger	Angebotsform	Zielgruppe	Gruppen/ Zahl der Plätze
Heilpädagogische Tagesstätte der Lebenshilfe	Elementarbereich	geistig- u. Mehrfach- behinderte	1 x 6 Plätze 2 x 8 Plätze
	Hort	geistig Be- hinderte bis zum 14. Lj.	1 x 8 Plätze
Heilpädagogische Tagesstätte der Hilfs- und Inter- essengemeinschaft zur Förderung spastisch gelähm- ter Kinder und anderer Behinderter	Elementarbereich	alle Behinde- rungsarten	2 x 7 Plätze 1 x 6 Plätze
	Hort	alle Behin- derungsarten bis zum 14 Lj.	1 x 8 Plätze
Heilpädagogische Tagesstätte des Caritasverbandes, bes. Einrichtung der Erziehungs- beratungsstelle im Roncalli-Haus	Elementarbereich	Verhaltens- und Entwick- lungsauff., Sprachstö- rungen, Autismus	1 x 6 Plätze
Wichernschule , Sonderschule für Praktisch Bildbare (Innere Mission)	Hort	Schwerpunkt liegt bei geistiger Be- hinderung ab dem 14. Lj.	1 x 9 Plätze
insgesamt	Elementarbereich:		48 Plätze
	Hort:		25 Plätze

Tab.7 : Behinderte Kinder in integrativen Gruppen
(Stand: Anfang 1988)

Einrichtung/Träger	Zielgruppe	Gruppen/ Zahl der Plätze
Heilpädagogische Tagesstätte der Lebenshilfe Albert-Schweizer-Allee 46, Biebrich	alle Behinderungsarten	2 x 14 Plätze, davon: je 5 Behinderte, 9 Nicht-Behinderte
Heilpädagogische Tagesstätte der Hilfs- und Interessengemeinschaft zur Förderung spastisch gelähmter Kinder und anderer Behinderter Schiersteiner Str. 46/48	alle Behinderungsarten	2 x 15 Plätze, davon: je 5 Behinderte, 10 Nicht-Behinderte
Integrative Gruppe in der Regelkindertagesstätte Wolfsfeld (Stadt Wiesbaden) Weimarer Str. 4 Wiesbaden-Bierstadt	alle leichteren Behinderungsarten	1 x 15 Plätze, davon: 5 Behinderte, 10 Nicht-Behinderte
Integrative Gruppe in der Regelkindertagesstätte Wallufer Platz (Stadt Wiesbaden) Wallufer Str. 15 Wiesbaden	Sprachbehinderungen	2 x 10 Plätze, davon: 5 Behinderte, 5 Nicht-Behinderte
		1 x 14 Plätze, davon: 2 Behinderte, 12 Nicht-Behinderte
		1 x 18 Plätze, davon: 4 Behinderte, 14 Nicht-Behinderte
Integrative Gruppe in der Regelkindertagesstätte der Lutherkirchengemeinde (Diakonisches Werk) Roseggerstr. 6 Wiesbaden	alle leichteren Behinderungsarten	1 x 15 Plätze, davon: 5 Behinderte, 10 Nicht-Behinderte
insgesamt		Plätze insgesamt 131 davon: Plätze f. Beh. 46 Plätze f. N.-Beh. 85

Tab.8 : Behinderte Kinder in Regelkindertagesstätten
(Stand: Anfang 1988)

Zahl der Einrichtungen mit Behinderten nach Trägern	Behinderte					
	insg.	Davon: Behinderungsarten				
		Körperbeh.	Geistigbeh.	Sehbeh.	Hörbeh.	Autismus
1 Diakonisches Werk	2		1			1
6 Caritasverband	16			14	2	
3 Stadt Wiesbaden	3	(Hort) 1	2			
4 e. V.	5	3 (davon: 1 Hort)	2			
insgesamt	26 (davon 2 Hort)	4 (davon 2 Hort)	5	14	2	1

stätten derzeit kaum gegeben. Die erforderlichen Therapien müssen von den Eltern selbst organisiert werden.

Für diese Form der Einzelintegration Behinderter in Regelkindertagesstätten werden bisher keine Finanzierungshilfen für zusätzliches Personal, Hilfs- und Arbeitsmittel etc. bereitgestellt. (1)

Nicht als systematischer Aufnahmeanreiz, sondern unter dem faktischen Druck des erhöhten Betreuungsaufwandes für vereinzelt aufgenommene Behinderte, ist für städt. Kindertagesstätten eine interne Kompensationsregelung getroffen worden: Bei entsprechender Antragsstellung in der Abteilung Kindertagesstätten gelten mit Aufnahme eines behinderten Kindes drei Regelkindergartenplätze als belegt.

Im Hortbereich werden derzeit 2,3 % (27) aller Plätze von Behinderten in Anspruch genommen, die fast alle (25) in Sondereinrichtungen angesiedelt sind. (siehe Tab.6+8)

Damit stehen für 16,8 % aller Schüler der Sonderschulen für Praktisch Bildbare und Körperbehinderte Hortplätze zur Verfügung. Darüber hinaus wird von der Bodelschwingschule der Hortplatzbedarf für Körperbehinderte im Rahmen der Ganztagsbeschulung zum Teil mit abgedeckt.

Nutzerstruktur

Schwerkörper oder -mehrfachbehinderte Kinder werden zur Zeit überwiegend in Sondergruppen betreut; integrative Gruppen nehmen aufgrund des niedrigen Personalschlüssels bei größeren Gruppen mehr andere Behinderungsarten auf. Eine Ausnahme bilden die integrativen Gruppen der Lebenshilfe und Hilfs- und Interessengemeinschaft: Als spezialisierte Träger auch von Sondergruppen verfügen sie über besondere baulich-technische, personelle und therapeutische Ressourcen sowie über eingespielte Kooperationsbeziehungen zu externen Fachdiensten oder sonstigen Institutionen, auf die im Bedarfsfall auch bei der Betreuung Schwerbehinderter in integrativen Gruppen zurückgegriffen werden kann.

Die Regelkindertagesstätten sind bisher noch nicht mit Aufnahmeanträgen für Schwerbehinderte konfrontiert worden. Da für diese Kinder Spezialeinrichtungen derzeit günstigere Förderungsbedingungen bieten, wurden Aufnahmeanträge bisher ausschließlich für die integrativen Gruppen oder Sondergruppen der ausgewiesenen, in der Behindertenarbeit erfahrenen Träger gestellt (Lebenshilfe, Hilfs- und Interessengemeinschaft).

- (1) Zur Förderung der Einzelintegration Behinderter in Regelkindertagesstätten wurden vom Land Hessen besondere Finanzierungsanreize angekündigt; mit denen gleichzeitig das Aufnahmeverfahren Behinderter in Regelkindertagesstätten dem Verfahren für Sonder- und integrative Gruppen angeglichen werden soll.

Anschluß und desto unwahrscheinlicher wird die Konstitution lebenslanger Absonderung.

Gerade für die Integrationschancen in der Regelschule ist die Vorschul-Integration von entscheidender Bedeutung, wobei sie Kinder und Eltern auf Regelsituationen einstellt.

- Über die Integration in Regelkindertagesstätten können auch für behinderte Kinder wohnortnahe Betreuungsformen gewährleistet werden. Dadurch können die zum Teil langen Fahrwege zu Sondereinrichtungen vermieden und soziale Kontakte, insbesondere auch zu nicht-behinderten Kindern in der Nachbarschaft aufgebaut und stabilisiert werden.
- Familiäre Belastungen, die sich in Kindertagesstätten zunehmend als Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten niederschlagen, werden in Zukunft die Kindertagesstätten zur weiteren Qualifizierung ihrer Unterstützungsformen zwingen, sofern sie nicht einer weiteren Ausdehnung des Behindertenstatus in Theorie und Praxis Vorschub leisten wollen. (1)

Eine beliebige Erweiterung der Aufnahmekapazitäten oder ein Verbleib von Behinderten und Entwicklungsauffälligen sowie die Betreuung schwerwiegenderer Behinderungsarten in Regel-Kindertagesstätten ist allerdings zur Zeit kaum möglich. Die Chancen zur Integration Behinderter in Regelkindertagesstätten hängen wesentlich davon ab, inwieweit es gelingt, folgende Barrieren zu überwinden:

- Bauliche Gegebenheiten sind oft das geringste Hindernis. Bei den städt. Einrichtungen stehen nennenswerte Schwierigkeiten nur in Kindertagesstätten mit einem Obergeschoß (Wallufer Platz, Kellerstraße, Frauensteiner Straße) der Aufnahme Körperbehinderter entgegen. Der Raumbedarf für zusätzliche Gruppen- und Therapieangebote ist allerdings oft nicht gedeckt.
- Die angemessene personelle Ausstattung kann erreicht werden durch
 - differenzierte Gruppengrößen,
 - Fortbildung des Personals und
 - ergänzende therapeutische Hilfestellung in ambulanter Form.

(1) Fraglich ist allerdings, inwieweit die vom Land in Aussicht gestellten Finanzierungszuschüsse zur Einzelintegration Behinderter in Regelkindertagesstätten eine Ausweitung der Behinderungsdefinition auf genau diese Problemgruppe fördern und damit die Grenzen zwischen Behinderung und Nichtbehinderung weiter verschwimmen.

Manche Regelkindertagesstätten verzeichnen zur Zeit eine Zunahme von Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten, die dort nicht immer durch eine angemessene Betreuung aufgefangen werden können. Da integrative Gruppen wegen ihrer geringeren Größe in solchen Fällen bessere Förderungsbedingungen bieten, kommt es mitunter zur Vermittlung auf Plätze für Nicht-Behinderte in integrativen Gruppen oder an die heilpädagogische Tagesstätte im Roncalli-Haus.

Da in Regelkindertagesstätten ein Verbleib auch der Kinder nicht immer möglich ist, deren leichte körperliche oder geistige Behinderung dort erstmals festgestellt wurde, werden manche sogar von Regel- in Sondereinrichtungen überwiesen: Die Lebenshilfe und Hilfs- und Interessengemeinschaft verzeichnen zusammen jährlich ca. 5 - 7 Neuaufnahmen von Kindern aus Regelkindertagesstätten.

Der vorhandene Bestand spezieller Hortplätze für Behinderte beschränkt sich derzeit auf das Hortangebot für geistig Behinderte an der Wichernschule.

5.2.3. Bestandsbewertung, Empfehlungen

Die amtliche Behindertenstatistik, die im Kindesalter fast nur eindeutig Schwerbehinderte erfaßt, ist zur Beurteilung der Versorgungssituation für Behinderte im Kindertagesstättenbereich wenig geeignet: Demnach wäre der Platzbedarf durch die Sonder- und integrativen Gruppen bei der Lebenshilfe und Hilfs- und Interessengemeinschaft bereits mehr als abgedeckt.

Die beiden Einrichtungen verzeichnen jedoch nach der Entlassung von Schulanfängern im Sommer 1988 insgesamt noch einen Wartelistenüberhang von 14 behinderten Kindern (1) bei einer Neuaufnahmekapazität von zusammen 19 Behinderten.

Um diesen Engpaß zu beseitigen, sollte jedoch der Einrichtung weiterer integrativer Gruppen, vor allem aber einer konsequenten Förderung der Einzelintegration in Regeleinrichtungen der Vorzug gegeben werden. Dafür und gegen Kapazitätserweiterungen im Bereich der heilpädagogischen Einrichtungen sprechen folgende Gründe:

- Aus biographischer Sicht ist festzustellen:

Je früher die Betreuung Behinderter in Regeleinrichtungen einsetzt, desto niedriger sind die Übergangsschwellen im

- (1) Doppelanmeldungen sind hierbei nicht auszuschließen. Unberücksichtigt bleibt aber auch der Anteil Behinderter aus dem weiteren Einzugsgebiet der Einrichtungen.

- Kooperative Beziehungen zu niedergelassenen Therapeuten, Schulen und sonstigen sozialen Diensten müssen von den Regelkindertagesstätten meist erst hergestellt werden.
- Als soziale Barrieren werden zum Teil Widerstände auf Seiten der Eltern von nicht-behinderten Kindern wirksam, die es auszuräumen gilt. Der Erfolg solcher Bemühungen hängt nicht nur vom Engagement des Personales ab, sondern auch von den Möglichkeiten des Zeitbudgets.
- Aufgrund begrenzter Platzkapazitäten in Regelkindertagesstätten ist eine weitere Verschärfung bereits bestehender, örtlicher Disparitäten zu erwarten, die in einigen Stadtteilen faktisch Zugangssperren erzeugen.

Hortplätze für Behinderte kommt, unabhängig vom Alter des Behinderten und der Haushaltsstruktur, die Funktion eines familienentlastenden Dienstes zu. Daher kann unterstellt werden, daß der größte Teil der Schüler der Sonderschulen für Körperbehinderte und Praktisch Bildbare auch außerschulische Betreuungsangebote braucht und somit der Bedarf durch das bestehende Angebot an Hortplätzen nicht gedeckt ist:

- Ablehnungen von Aufnahmeanfragen (ca. 3 im letzten Jahr) spiegeln weniger den tatsächlichen Bedarf wider als vielmehr die bereits durch das knappe Angebot reduzierte Nachfrage.
- Ein Teil der Behinderten ist nicht täglich auf eine außerschulische Betreuung angewiesen, sondern nur in den Schulferien (Ganztagschüler) oder zur stundenweisen familiären Entlastung.
- Unklar ist, inwieweit mit dem beabsichtigten Ausbau der Wichernschule zur Ganztagschule der künftige Bedarf an Hortplätzen abgedeckt wird.
- Auch und gerade für Behinderte ist die Hortfrage nicht unabhängig von der Schulfrage - Ganztags-Sonderschule oder Halbtags-Regelschule und Hortbetreuung am Nachmittag - zu lösen. Der Einzelintegration behinderter Schüler stehen allerdings im Regel-Hort die auch im Kindergartenbereich wirksamen Barrieren entgegen. Der integrative Ansatz im Elementarbereich muß dennoch mittelfristig auf den Hortbereich übertragen werden.

5.3. Behinderte in Sonder- und Regelschulen

5.3.1. Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen

Historisch betrachtet wird die Differenzierung des Schulsystems in Sonder- und Regelschulen seit den 60-er Jahren mit dem bildungspolitischen Reformziel der "Chancengleichheit" begründet:

Sonderschulen sollen aufgrund ihrer besonderen personellen und baulichen Ausstattung sowie durch den gezielten Einsatz spezieller pädagogischer Methoden dem individuellen Lern-, Leistungs- und Sozialverhalten Rechnung tragen und somit für Behinderte optimale, flexible schulische Förderungsmöglichkeiten gewährleisten.

Dieser spezielle Förderungsauftrag der Sonderschulen wird heute zunehmend mit seiner negativen Kehrseite - der sozialen Desintegration - konfrontiert. Es werden intensive Diskussionen darüber geführt, inwieweit Behinderte in Regelschulen integriert bzw. die besonderen pädagogischen Kompetenzen der Sonderschulen auf Regelschulen übertragen werden können.

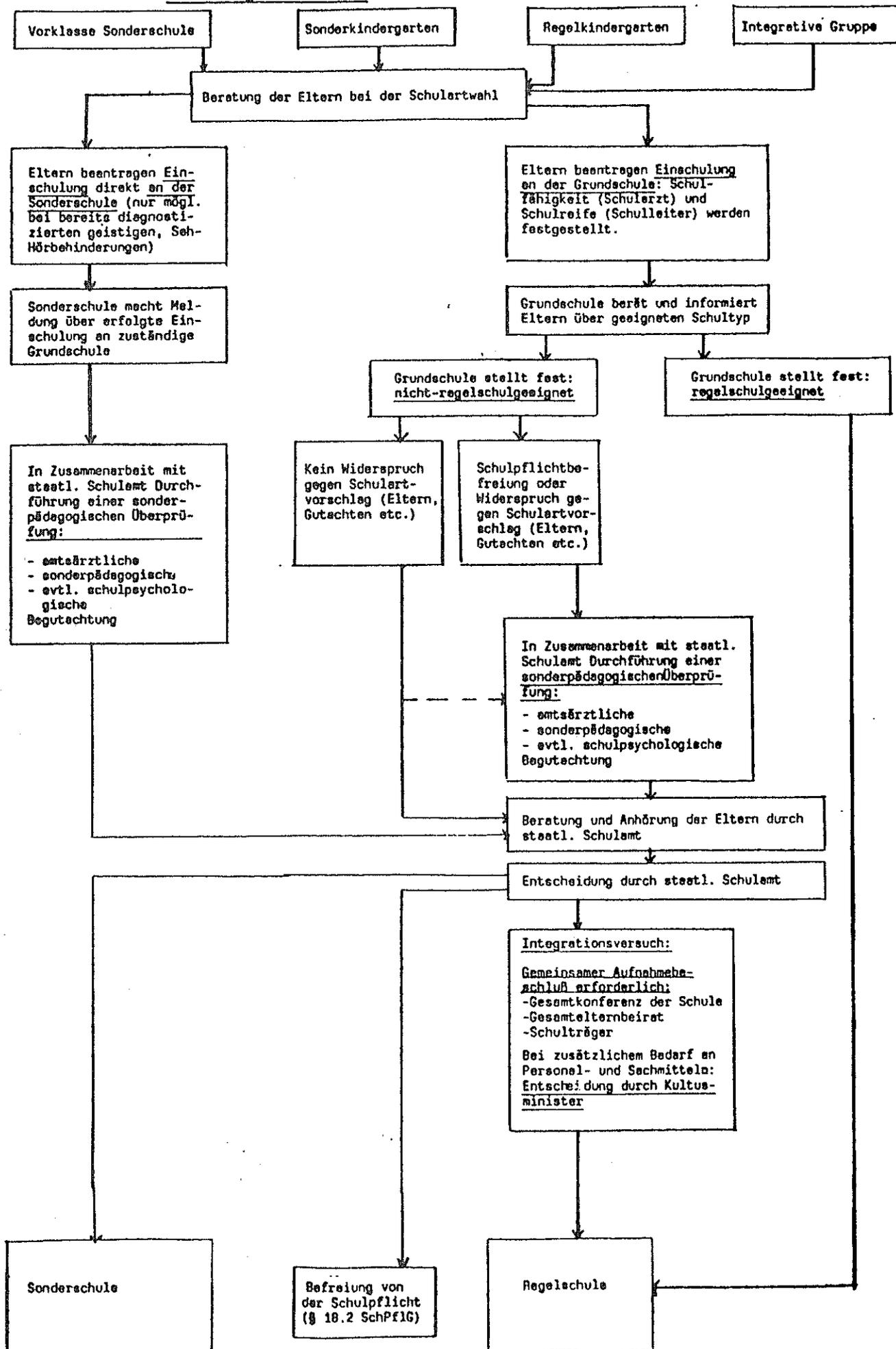
Nach den Verwaltungsvorschriften zum Hessischen Schulpflichtgesetz ist eine Behinderung allein kein zureichender Grund für eine Sonderbeschulung. Die Grundschule als für alle schulpflichtigen Kinder gemeinsame Schule ist im Regelfall auch zuständig für die Beschulung Behinderter. Eine Einschulung oder Umschulung in die Sonderschule wird erst begründbar durch die Auswirkung der Behinderung auf schulisches Lern-, Leistungs- und Sozialverhalten. Sie ist an ein kompliziertes Beschluß- und Entscheidungsverfahren gekoppelt, das allerdings die Integration Behinderter in Regelschulen erschweren kann (siehe Schaubild 3).

So kann ein Kind auch gegen den Willen der Eltern in die Sonderschule eingewiesen werden aufgrund einer sonderpädagogischen Überprüfung oder einer ablehnenden Stellungnahme gegenüber einer Regelbeschulung von Seiten der Schulkonferenz, des Elternbeirates und/oder des Schulträgers. Die zentrale Entscheidungskompetenz über Sonder- oder Regelbeschulung Behinderter liegt beim staatlichen Schulamt oder, sofern eine Regelbeschulung mit zusätzlichen Personal- und Sachmittelkosten verbunden ist, sogar beim Kultusminister.

Abgesehen von diesen verfahrensbedingten administrativen Hürden werden die Integrationschancen in Regelschulen derzeit durch aktuelle bildungspolitische Zielvorgaben blockiert: Im Zuge einer Rückbesinnung auf die "besonderen Förderungsqualitäten" der Sonderschulen erhält die Stabilisierung dieser Schulform Priorität gegenüber einer weiteren Ausdehnung der gemeinsamen Beschulung Behinderter

...

Schaubild 12: Aufnahmeverfahren Behinderter in Sonder- und Regelschulen



und Nicht-Behinderter in Regelschulen:

- Die Einzelintegration Behinderter in Regelschulen soll bis auf weiteres vom Land nicht mehr durch besondere personelle und sachliche Hilfen gefördert werden.
- Neuanträge für integrative Schulversuche sollen solange zurückgestellt werden, bis die Erfahrungen laufender hessischer Schulversuche ausgewertet sind.
- Integrative Schulversuche sollen nicht über den Grundschulbereich hinaus fortgeführt werden.

5.3.2. Zum Stand der Integration behinderter Schüler in Wiesbaden

In Wiesbaden kann zur Zeit von einer systematischen Förderung der Integration Behinderter in Regelschulen nicht die Rede sein: Behinderte besuchen in der Regel Sonderschulen:

- Es gibt sieben öffentliche und zwei private Sonderschulen für Behinderte, die im Jahr 1987 von 3,5 % (925) der Schüler allgemeinbildender Schulen besucht wurden. (1) Im Vergleich mit dem Wert von 1980 (3,5 %) ist damit die Sonderschulquote konstant geblieben (siehe Tab.9).
- 52,4 % (485) aller Sonderschüler sind Lernbehinderte. Die Integration dieser Gruppe in Regelschulen ist in den letzten Jahren am weitesten fortgeschritten: Während bei einem allgemeinen Rückgang der Schülerzahlen von 23,1 % (8.113) im Zeitraum von 1980 bis 1987 die absolute und relative Zahl der körper-, geistig-, sinnesbehinderten und verhaltensgestörten Sonderschüler nicht in vergleichbarem Ausmaß zurückgegangen, zum Teil konstant geblieben oder gar angestiegen ist, zeigt sich mit 35,7 % (269) demgegenüber ein überdurchschnittlicher Rückgang der Schülerzahl an den Schulen für Lernbehinderte (siehe Tab. 9). Dieser ist durch demographische Veränderungen allein nicht hinreichend zu erklären: Durch Reduzierung von Klassengrößen in Folge sinkender Schülerzahlen wurde es vielmehr möglich, auch Lernbehinderte in Regelklassen besser zu fördern und ihre Ausgliederung in Sonderschulen zu vermeiden.
- Nur vereinzelt gibt es Körperbehinderte in Regelschulen, jedoch überhaupt keine geistig Behinderten: Im Jahr 1984 besuchten 20,7 % (18) aller körperbehinderten Schüler eine Regelschule, darunter 11 die Grundschule, 5 das Gymnasium und 2 berufliche Schulen ...

1) Unberücksichtigt sind dabei Wiesbadener Schüler in überregionalen Sonderschulen außerhalb Wiesbadens.

Tab. 9: Entwicklung der Schülerzahlen an Sonderschulen und sonstigen allgemeinbildenden Schulen

(Sonder) -Schultyp	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Körperbehinderte abs. % der Gesamtschülerzahl	67 0,2	64 0,2	59 0,2	67 0,2	64 0,2	66 0,2	80 0,3	84 0,3
Praktisch Bildbare abs. % der Gesamtschülerzahl	91 0,3	83 0,3	84 0,3	83 0,3	75 0,3	77 0,3	69 0,3	65 0,3
Sensitiv Behinderte abs. % der Gesamtschülerzahl	134 0,4	134 0,4	144 0,5	134 0,4	138 0,5	137 0,5	121 0,5	139 0,5
Lernbehinderte abs. % der Gesamtschülerzahl	754 2,2	723 2,2	698 2,2	646 2,1	585 2,0	527 1,9	496 1,9	485 1,9
1) Verhaltenegestörte abs. % der Gesamtschülerzahl	132 0,4	129 0,4	125 0,4	123 0,4	147 0,5	152 0,6	151 0,6	152 0,6
2) Hörbehinderte abs. % der Gesamtschülerzahl								19 0,1
3) Sonderschüler insg. % der Gesamtschülerzahl	1.178 3,5	1.133 3,5	1.110 3,6	1.053 3,6	1.009 3,6	959 3,6	917 3,6	925 3,5
Schüler allgemeinbil- dender Schulen insg. (ohne Sonderschüler) abs.	34.040	32.608	31.152	29.517	28.015	26.628	25.540	26.200

Quellen: Statistiken des städt. Schulamtes (öffentl. Schulen),
Stat. Angaben der Sonderschulen (private Schulen)

Die Einzugsgebiete der Sonderschulen gehen über das Stadtgebiet Wiesbaden hinaus. Die Angaben der Schülerzahlen schließen Schüler aus Mainz, MTK und RTK ein.

- 1) Normalbegabte, verhaltenseuffällige Schüler besuchen die private staatlich anerkannte Sonderschule "Am Geisberg" in Trägerschaft der Inneren Mission. Die Schule ist eine Ganztagschule mit angeschlossenem Internat. Die Einweisung erfolgt als stationäre oder teilstationäre Maßnahme für die Jugendamt, Sozialamt und LWV die Kosten tragen.
Eine weitere private, staatlich anerkannte Sonderschule für Verhaltensgestörte ist die Agnes-Neuhaus-Schule (Johannesstift) in Trägerschaft des Caritasverbandes. Die Schule besteht seit dem 01.01.1983 und hat pro Schuljahr ca. 20 Schüler insgesamt.
- 2) Hörbehinderte aus Wiesbaden besuchen die überregionale Sonderschule in Bad Camberg. Erfasst wurden nur die Wiesbadener Schüler.
- 3) Ohne Sonderschüler für Hörbehinderte.

(vgl. MV 847, Dez. VI/26.10.87; Mag.-Beschluß Nr. 1105/27.10.87).

Es handelt sich allerdings ausschließlich um normal begabte Behinderte, die überweiegend ohne zusätzliche personelle und sachliche Hilfen den Leistungs- und Verhaltensanforderungen der Regelschulen entsprechen.

Da an der Bodelschwingschule in Wiesbaden über den Hauptschulabschluß hinaus keine höheren Schulabschlüsse erzielt werden können, sind höhere Schulabschlüsse für Körperbehinderte, die während der Schulzeit mobilitäts- oder therapeutische Hilfen benötigen, mit einem Wohnortwechsel verbunden oder mit längeren täglichen Schulfahrten. Ähnliches gilt für Behinderte, die der Regelberufsschulpflicht unterstellt sind. (1)

- Es gibt in Wiesbaden bisher keine gezielten praktischen Versuche, das Risiko der sozialen Ausgliederung im Übergang vom Kindergarten zur Schule aufzufangen:

Schwerkörper-, Geistig- und Mehrfachbehinderte, die zum Teil bereits in integrativen Kindergartengruppen gefördert wurden, werden derzeit ausschließlich in Sonderschulen beschult. Einen integrativen Schulversuch, der dem besonderen Förderungsbedarf dieser Zielgruppe Rechnung trägt, gibt es in Wiesbaden bisher nicht.

- Die Grundschule wurde erstmals im Jahr 1988 mit dem Problem der Regelbeschulung Behinderter öffentlich konfrontiert: Eine Elterninitiative fordert die Einrichtung eines integrativen Schulversuches an der Götheschule für ca. 5 im Sommer 1988 erstmals schulpflichtige schwerbehinderte Kinder, die zuvor einen integrativen Kindergarten durchlaufen haben. Der Versuch wird von Schulkonferenz und Elternbeirat zwar befürwortet, das Kultusministerium als zuständiger Entscheidungs- und Kostenträger hat hierfür bisher wenig Bereitschaft zur Unterstützung signalisiert.
- Inwieweit Behinderungsarten und Schweregrade von Behinderungen der Integration Grenzen ziehen, kann nicht im vorhinein sozial-administrativ entschieden, sondern muß praktisch erprobt werden. Die positiven Erfahrungen aus Modellversuchen anderer Städte und Gemeinden legen allerdings nahe, daß die Integrationsmöglichkeiten insbesondere für Körper-, Geistig- und Mehrfachbehinderte in Regelschulen in Wiesbaden nicht ausgeschöpft sind. Hinzu kommt, daß Erfahrungsberichte von Lehrern und Eltern aus integrativen Schulversuchen sowie auch von Sonderschullehrern selbst die den Sonderschulen zugeschriebenen außerordentlichen Förderungsqualitäten relativieren:

...

- 1) Angaben über die Zahl der Behinderten, die zur Erlangung höherer Schulabschlüsse weiterführende Sonderschulen außerhalb Wiesbadens besuchen, liegen nicht vor.

- Die Sonderschulen arbeiten im Hinblick auf Klassenstärken, personelle Ausstattung und Unterrichtsorganisation zwar unter günstigeren Bedingungen als die Regelschulen, gemessen an den Anforderungen der Zielgruppe sind diese jedoch unzureichend: Die personellen Ressourcen lassen kaum eine intensive pädagogische Förderung zu und - soweit therapeutische Kapazitäten an den Schulen überhaupt vorhanden sind - werden diese meist dauerhaft durch wenige Schwerstbehinderte gebunden.
- Andererseits kann auch eine noch so gute Sonderpädagogik Behinderten nicht den Lern- und Erfahrungshorizont ersetzen, den das im alltäglichen und vielfältigen Anregungsmilieu der Regelschulen verankerte "versteckte Curriculum" erschließt.
- Mit dem geplanten Ausbau zu Ganztagschulen ¹⁾ werden Sonderschulen als Regelschulform für Behinderte stabilisiert. Da sie so nicht nur rein schulische Aufgaben erfüllen, sondern gleichzeitig das besondere außerschulische Betreuungsproblem für Behinderte (Hort, siehe Kap.2.23.) lösen sollen, wird der Sonderschulalltag ausgedehnt auf weitere Bereiche der Lebenswelt; dadurch wächst eher das Risiko des Ausschlusses vom "normalen" sozialen Leben.

5.3.3. Perspektiven und Probleme der Integration von Behinderten in Regelschulen

Angesichts des derzeitigen niedrigen Integrationsstandes in Regelschulen, wegen der strukturellen Defizite von Sonderschulen und auch aufgrund der Tatsache, daß Sonderschulen z. Z. nur ein relativ geringes Bedarfsvolumen aufzufangen haben, sollte die Initiative in Zukunft weniger dem Ausbau und der Verbesserung des Sonderschulwesens, sondern vielmehr einer verstärkten Öffnung und Qualifizierung der Regelschulen für die Aufnahme Behinderter gelten:

Gemessen an der durchschnittlichen Jahrgangsbreite erstmals schulpflichtiger Kinder (ca. 2.200) werden Sonderschulen für weniger als 1% (max. 20) der jährlichen Schulanfänger bereitgestellt.

Die Aufnahmekapazitäten für Behinderte in Regelschulen lassen sich bei gegebener Integrationsfähigkeit über die bisher erreichte "Elite der Behinderten" hinaus schwerlich erweitern.

Kurz- und mittelfristig sind insbesondere jenseits des Grundschulalters die schulischen Integrationschancen für Behinderte ungünstig zu bewerten, solange die zahlreichen Barrieren nicht ausgeräumt bzw. abgebaut werden, die einer direkten ...

1) Die Bodelschwingschule (Körperbehinderte) ist bereits in einigen Bereichen Ganztagschule, die Wichernschule (Praktisch Bildbare) soll zur Ganztagschule ausgebaut werden.

kommunalen Einflußnahme zudem weitgehend entzogen sind.

- Der Kommune als Schulträger kommt in erster Linie die Aufgabe der Beseitigung baulich-technischer Hindernisse zu. Die Dezernate VI und II prüfen zur Zeit im Auftrag des Magistrats, wie in jeder Schulform mindestens ein geeigneter Standort für die Aufnahme Körperbehinderter angeboten werden kann und welche Investitionskosten dabei voraussichtlich entstehen. Die bautechnischen Verhältnisse in den Altbauten der Innenstadt werden im Hinblick auf behindertengerechte Anpassungen insgesamt ungünstiger beurteilt als die in den Schulneubauten an der Peripherie.
- Wesentlich gravierender als bauliche Mängel sind Blockierungen, die mit der bildungspolitischen Brisanz der Integration Behinderter in Regelschulen im Zusammenhang stehen. Denn Integrationsgrenzen werden zunächst durch die Bildungspolitik abgesteckt: Eine Veränderung der methodisch-didaktischen, personellen, organisatorischen und kooperativen Gegebenheiten der Regelschule ist unumgänglich, um für Behinderte unterschiedlicher Leistungsstärken optimale Förderungsbedingungen zu gewährleisten, dazu gehören:
Differenzierte Lernangebote, kleinere Klassen, Sonderschullehrer an Regelschulen, zusätzliche Beratungs- und Therapieangebote, Kooperation mit außerschulischen Einrichtungen wie Kindergärten, Sonderschulen, Arbeitsamt, sozialen Diensten, Therapeuten, Ärzten etc..
- Dagegen regen sich ideologisch-politische Widerstände, denn die Integration von Behinderten in Regelschulen wird mit einem Wandel der Schule als reiner Leistungsschule einhergehen: Nicht mehr der Behinderte muß seine Eignung im Hinblick auf die Anforderungen der Regelschulen nachweisen, sondern die Schule muß sich für den Umgang mit Behinderten befähigen, auch wenn der größte Teil der jetzigen Sonderschüler nicht dazu in der Lage sein wird, einen Regelschulabschluß zu erwerben (siehe Tab. 10).
- Nicht zuletzt ist auch mit sozialen Gegenkräften von Seiten jener Eltern nicht-behinderter Kinder zu rechnen, die (als Folge verstärkter Integration von Behinderten in Regelschulen) ebenfalls allgemeine kognitive Leistungseinbußen befürchten.
- Die kommunale Handlungsstrategie sollte vor allem darauf angelegt sein, Elterninitiativen zur Regelbeschulung Behinderter zu unterstützen. Zur Klärung der damit verbundenen Fragen und um die anstehenden Entscheidungen herbeizuführen über geeignete Schultypen und Standorte, wird die engere Zusammenarbeit der Ausschüsse Jugend/Soziales und Schule/Kultur empfohlen.

Tab. 10: Ab- und Übergänge Wiesbadener Sonderschulen

Sonderschultyp	1982/1983				1983/1984				1984/1985			
	insg.	MS	OS	H OH Ü	insg.	MS	OS	H OH Ü	insg.	MS	OS	H OH Ü
Lernbehinderte	114	79	27	- 8	113	64	31	- 18	111	74	17	6 - 14
Körperbehinderte	4	-	-	4 - -	3	1	-	1 - 1	4	-	-	4 - -
Sensitivbehinderte ¹⁾	21	-	-	- 21	20	-	-	- 20	17	-	-	- - 17
Praktisch Bildbare	5	-	5	- - -	9	-	9	- - -	6	-	6	- - -
Verhaltensgestörte ²⁾	16	2	1	10 - 3	16	3	2	3 4 4	16	3	2	5 3 3

Sonderschultyp	1985/1986				1986/1987			
	insg.	MS	OS	H OH Ü	insg.	MS	OS	H OH Ü
Lernbehinderte	102	73	11	- 18	98	67	9	- 22
Körperbehinderte	13	-	1	12 - -	2	-	1	- 1
Sensitivbehinderte ¹⁾	18	-	-	- 18	16	-	-	- 16
Praktisch Bildbare	6	-	6	- - -	2	-	2	- - -
Verhaltensgestörte ²⁾	22	2	2	15 1 2	18	3	1	14 - -

MS : mit Sonderschulabschluss
 OS : ohne Sonderschulabschluss
 H : Hauptschulabschluss
 OH : ohne Hauptschulabschluss
 Ü : Übergänge/Überweisungen an Regelschule

1) Die Sonderschule für Sprach- und Sehbehinderte (Helen-Keller-Schule) endet mit der 6. Klasse. Es erfolgt eine automatische Überweisung an die Regelschule.

2) Berücksichtigt sind nur die Abgänger der Sonderschule für Verhaltensgestörte "Am Geisberg", jedoch nicht die Abgänger der Agnes-Neuhaus-Schule. Letztere bereitet auf den externen Hauptschulabschluss vor, die Schule wird immer ohne Abschluss verlassen.

Quelle: Stat. Angaben des städt. Schulamtes und Angaben privater Sonderschulen

6. Eingliederungshilfen nach dem BSHG unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen

6.1. Zur Untersuchungsmethode

Da die Daten der amtlichen Behindertenstatistik kaum Informationen über Hilfsbedürftigkeit und zur sozialen Situation Behinderter enthalten, sind in einer eigenen Sonderuntersuchung Eingliederungshilfeakten des Sozialamtes Wiesbaden statistisch ausgewertet worden.

Der Datenerhebung lag eine 50 %ige Stichprobe von 292 Fällen (nach dem Buchstabenprinzip zufällig ausgewählt) zugrunde. Als Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen eingesetzt. Die Ergebnisse sind im KGRZ-Wiesbaden verarbeitet worden.

6.2. Zielgruppen und Maßnahmenschwerpunkte von Eingliederungshilfen

Bedingt durch die besonderen Anspruchsvoraussetzungen (Nachrangigkeit gegenüber anderen Reha-Trägern, Bedürftigkeitsnachweis) und das spezifische Leistungsspektrum der Sozialhilfe für Behinderte (einziger Reha-Träger mit sozialen und pädagogischen Hilfen neben medizinischen und beruflichen) ergibt sich ein charakteristisches Profil der Hilfeempfänger, das in seinen demographischen und behinderungsbezogenen Merkmalen deutlich abweicht von dem durchschnittlichen Strukturbild aller vom Versorgungsamt anerkannten Behinderten:

- Behinderte Kinder und Jugendliche bilden die Hauptzielgruppe von Eingliederungshilfen nach dem BSHG: Fast 70 % (202) des Klientels der Eingliederungshilfe sind jünger als 26 Jahre (siehe Tab.11).
- Während bei den amtlich anerkannten Behinderten der größte Teil der Behinderten an einer chronischen Krankheit leidet (34,5 %) und Behinderungen insgesamt zu über 80 % krankheitsbedingt sind, dominieren in der Eingliederungshilfe die "klassischen", d. h. schweren und angeborenen Behinderungsarten:
- Bei 71,2 % (208) ist die Behinderung angeboren oder in der Kindheit erworben, so daß für das Klientel der Eingliederungshilfe ein Übergewicht der lebenslang Behinderten unterstellt werden kann.
- Geistige Behinderungen stellen mit 28,6 % (132) die häufigste Behinderungsart dar, gefolgt von 21,9 % (101) Körperbehinderungen. Wegen des großen Anteiles von Kindern und Jugendlichen in der Eingliederungshilfe sind darüberhinaus auch Behinderungsarten stark vertreten, die erst durch Selektionsprozesse im Erziehungs- und Bildungssysteme definiert werden, wie Sprachbehinderung, Legasthenie, Lernbehinderungen und Verhaltensstörungen (siehe Tab.12).

...

Tab. 11: Behinderte nach Altersgruppen: Eingliederungshilfe, amtliche Behindertenstatistik

Altersgruppen	Eingliederungshilfe (Aktanalyse 1/1987)			Amtliche Behindertenstatistik (1985)		
	abs.	%	% d. amtlich anerkannten Behinderten (Hochrechnung der Stichprobe auf 100 %)	abs.	%	% d. Gesamtbevölkerung, Einwohnerwesen 12/1987
0 - 6 J.	24	8,2	54,5	88	0,2	0,6
7 - 15 J.	88	30,1	64,7	272	0,8	1,4
16 - 25 J.	90	30,8	23,2	776	1,2	2,0
26 - 35 J.	56	19,2	8,5	1.324	3,8	3,4
36 - 45 J.	17	5,8	1,4	2.509	7,1	6,8
46 - 64 J.	11	3,8	0,1	16.469	46,8	25,4
65 J. u. älter	6	2,1	0,1	13.762	39,1	28,7
insgesamt	292	100	1,7	35.200	100	13,5

Tab. 12: Behinderungsarten nach Altersgruppen (Mehrfachnennungen), Aktenanalyse
Eingliederungshilfe (1/ 87)

Altersgruppe	0-6	7-15	16-25	26-35	36-44	45-64	65 u. älter	insgesamt abs. %
Behinderungsart								
Körperbehinderungen	7	19	41	16	8	6	4	101 21,9
chron. Krankheiten	0	1	2	0	0	2	2	7 1,5
Anfallskrankheiten	2	6	8	6	1	1	0	24 5,2
Blindheit/Sehbehind.	0	6	5	3	0	0	0	14 3,0
Sprach-/Hörbehinderung	14	24	17	3	1	1	4	64 13,9
geistige Behinderung	11	29	41	38	10	3	0	132 28,6
Lernbehinderung/ Legasthenie	0	39	20	4	0	0	0	63 13,6
Verhaltensstörungen	6	5	12	1	0	0	0	24 5,2
psychische Behind.	0	0	10	5	2	3	1	21 4,5
Sonstige	2	5	4	1	0	0	0	12 2,6
insgesamt abs. %	42 9,1	134 29,0	160 34,6	77 16,7	22 4,8	16 3,5	11 2,4	462 100

Heimunterbringungen stellen die häufigste Maßnahme der Eingliederungshilfe dar:

- Fast die Hälfte (46,2 %, 135) aller Empfänger von Eingliederungshilfen lebt in Heimen, wobei 41,1 % (83) aller Kinder und Jugendlichen (0 - 25 Jahre) im Rahmen von Eingliederungshilfen stationär untergebracht sind. Die mittleren Altersgruppen sind mit 57,8 % (52) zwar wesentlich häufiger Zielgruppe stationärer Eingliederungshilfen, Heimunterbringungen haben für sie jedoch einen anderen Stellenwert (siehe Kap. 3.4.).
- Der größte Teil der in Heimen lebenden Behinderten unter 26 Jahren ist in Einrichtungen außerhalb Wiesbadens untergebracht (78,3 %, 65). Dabei handelt es sich weniger um Wohnheime für erwachsene Behinderte, sondern überwiegend um heilpädagogische Einrichtungen für schwerbehinderte Kinder und Jugendliche. Stationäre Unterbringungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe bestehen in Wiesbaden zur Zeit lediglich im:

Haus Sonnenuhr (Schwerstbehinderte bis zum Schulalter:

25 Plätze, davon: 3 Wiesbadener

Wiesbadener Kinder und Jugendliche sind im Rahmen der Eingliederungshilfe in folgenden überregionalen Einrichtungen der näheren Umgebung untergebracht:

Kalmenhof, Idstein:

198 Plätze, davon: 13 Wiesbadener

Vincenzstift, Aulhausen:

375 Plätze, davon: ca. 12 Wiesbadener

- Heimunterbringungen erfolgen am häufigsten bei geistig Behinderten: Bei 41,1 % (90 Mehrfachnennungen) aller Heimunterbringungen liegt eine geistige Behinderung vor. Gemessen an den übrigen Behinderungsarten und unter Berücksichtigung der Dominanz geistig Behinderter in der Eingliederungshilfe überhaupt, ist festzustellen, daß geistige Behinderungen mit 40,2 % überdurchschnittlich häufig stationäre Eingliederungshilfen auslösen.

6.3. Behinderung und soziale Benachteiligung

Aufgrund der Ergebnisse der Aktenanalyse ist davon auszugehen, daß in der von Eingliederungshilfen erreichten Gruppe überwiegend die Behinderung mit anderen Faktoren sozialer Benachteiligung kumuliert. Anzeichen dafür ist die Häufung von sozialen Strukturmerkmalen, die zum einen auf eine schwierige sozio-ökonomische Situation hinweisen, zum anderen auf ein problematisches familiäres Sozialisationsmilieu schließen lassen:

...

- In der Eingliederungshilfe dominieren subsidiäre Einkommensarten, deren Struktur mit den Einkommensverhältnissen des Sozialdienst-Klientels vergleichbar ist (siehe Tab. 13).
- Zielgruppe der Eingliederungshilfe sind - ebenso wie beim Sozialdienst mit ca. 80 % fast ausschließlich Haushalte mit Kindern (siehe Tab. 14).
- Auch der Anteil der Alleinerziehendenhaushalte liegt in der Eingliederungshilfe mit 32,9 % (73) weit über dem städt. Durchschnitt von 22,6 % (siehe Tab. 15) (1).
- Die regionale Verteilung der Eingliederungshilfefälle weist in den Regionen IV (Wohngebiete des soz. Wohnungsbaues westlicher Rand der Innenstadt einschl. Klarenthal) und V (Dotzheim einschl. Schelmengraben) - ebenso wie die des Sozialdienstes und der Sozialhilfe - eine im Vergleich zum städt. Durchschnitt überdurchschnittliche Interventionsdichte auf. Darüber hinaus ist die Region VI ein besonderer Interventionsschwerpunkt der Eingliederungshilfe (siehe Tab. 16).

Eine hohe Falldichte der Eingliederungshilfe kommt allerdings auch in Gebieten mit niedrigen Interventionen von Sozialdienst und/oder Sozialhilfe vor, umgekehrt gilt ähnliches. Diese Differenzen lassen sich zunächst damit erklären, daß der Tatbestand "Behinderung" im Unterschied zu "Armut" oder "schwierige Erziehungsverhältnisse" stärker streut über das Spektrum sozialer Statusgruppen und Milieus. Zum anderen werden über das spezifische Leistungsniveau der Eingliederungshilfe (z. B. einkommensunabhängige, heilpädagogische Maßnahmen im Vorschulalter) Zielgruppen angesprochen, die nicht zum Durchschnittsklientel der Sozialverwaltung zählen (siehe Schaubild 4).

- Die Eingliederungshilfe hat einen relativ hohen Bestand von Dauerfällen zu verzeichnen: 48,9 % (142) aller Hilfeempfänger beziehen seit mehr als 7 Jahren Eingliederungshilfe. Von diesen Dauerfällen leben 64,3 % (92) in Heimen. Darunter befindet sich eine Mehrheit von 57,6 % (53) im Alter von unter 25 Jahren, von denen 81,1 % (43) seit 10 Jahren zum Klientel der Eingliederungshilfe gehören.
- 22,6 % (66) der Behinderten leben laut Sozialdienstbericht in schwierigen sozialen Verhältnissen (2), die häufig eine stationäre Unterbringung zu Folge haben. Umgekehrt sind ca. 1/3 (32,6 %, 44) aller Heimunterbringungen verknüpft mit Problemen im sozialen Umfeld. Heimunterbringungen sind die am häufigsten mit schwierigen sozialen Milieubedingungen

1) Im Sozialdienst liegt der Anteil der Alleinerziehendenhaushalte sogar über 50 %, was sich dadurch erklärt, daß Alleinerziehendenhaushalte oft aus Ehescheidungen hervorgehen und der Sozialdienst im Rahmen der Sorgerechtsregelungen in diesen Fällen automatisch beteiligt ist.

2) Diese Gruppe ist eher untererfaßt, da nicht jede Akte hierzu Informationen enthält.

Tab. 13: Einkommensarten (Mehrfachnennungen): Aktenanalyse
Eingliederungshilfe (1/1987) und Sozialdienstaus-
zählung (1986)

Einkommensarten	Sozialdienst	Eingliederungshilfe
allg. Arbeits- markt	2.041	161
	38,6 %	39,2 %
AlG/Alhi	218	23
	4,1 %	5,6 %
Rente/Pension	460	47
	8,7 %	11,4 %
MLU/Hibl	1.688	112
	31,9 %	27,3 %
Sonstige oder nicht bekannt	886	68
	16,7 %	16,5 %
insgesamt	5.293	411
	100 %	100%

Tab. 14: Haushaltsstruktur: Aktenanalyse Eingliederungshilfe
(1/1987) und Sozialdienstauszählung (1986)

Haushaltstyp	Eingliederungshilfe abs.	Sozialdienst abs.	Sozialdienst %
Haushalte ohne Kinder	37	1.010	23,6
Haushalte mit Kindern	222	3.268	76,4
Deverheimpfälle	33	-	-
Fälle insgesamt	292	4.278	100

Tab. 15: Haushalte mit Kindern: Aktenanalyse Eingliederungshilfe (1/1987), Sozialdienstauszählung (1986)
und Gesamtbevölkerung (1985)

Haushalte mit Kindern	Eingliederungshilfe abs.	Eingliederungshilfe % aller Fälle	Sozialdienst abs.	Sozialdienst %	% aller Fälle	Gesamtbevölkerung abs.	Gesamtbevölkerung %
Alleinerziehende	73	32,9	1.775	54,3	41,5	5.772	22,6
Sonstige	149	67,1	1.493	45,7	34,9	19.722	77,4
insgesamt	222	100	3.268	100	76,4	25.494	100

Tab. 16: Interventionsdichte von Sozialhilfe, Sozialdienst und Eingliederungshilfe nach regionalen Arbeitsgruppen (RAG) der Sozialverwaltung

Region	Dichte der HLU-Fälle auf 1.000 HH in Personen	Dichte der Sozialdienst-Fälle auf 1.000 HH in Personen	Dichte der Eingliederungshilfe-Fälle auf 1.000 HH in Personen
I	42,5	24,1	2,7
II	91,4	40,7	2,9
III	62,1	30,9	3,3
IV	65,8	42,1	6,9
V	64,4	48,4	8,0
VI	39,6	27,3	4,7
VII	29,3	31,2	3,2
VIII	41,9	29,7	2,4
Miesbaden insgesamt	50,0	32,1	4,0

HH: Stromzähler-Statistik der ESWE, Stand: 1984
 HLU-Fälle: Planungsdatensatz Sozialwesen, Stand: 5/1986
 Sozialdienst-Fälle: Planungsdatensatz Sozialdienst, Stand: 1. Quartal/1986
 Eingliederungshilfe-Fälle: Aktenanalyse, Stand: 1/1987 (Hochrechnung der Stichprobe auf 100 %)

Schaubild 13: Regionale Verteilung von Eingliederungshilfe-, Sozialdienst- und HLU-Fällen nach Planungsräumen

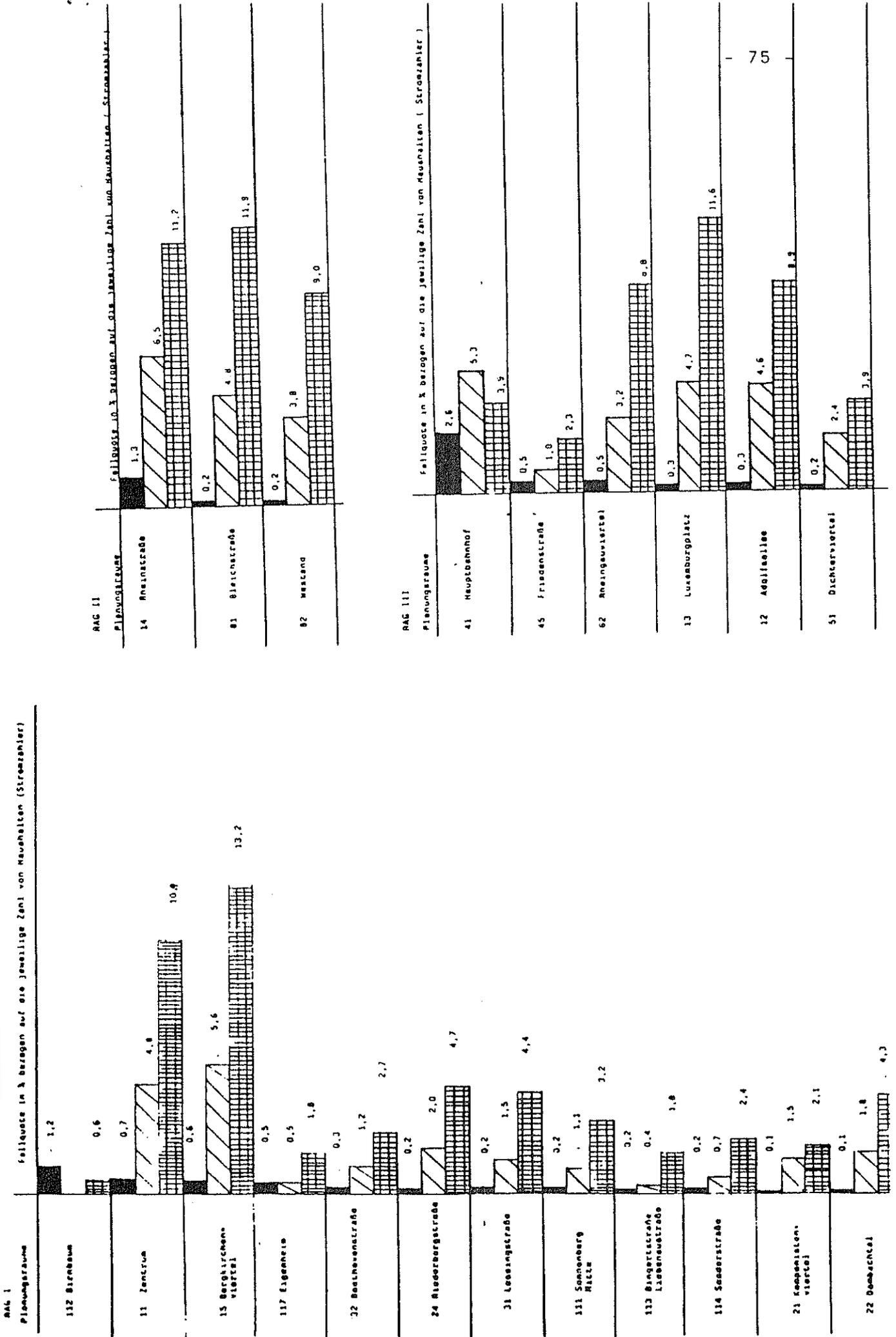


Schaubild 13: Regionale Verteilung von Eingliederungshilfe-, Sozialdienst- und HLU-Fällennach
Planungsräumen

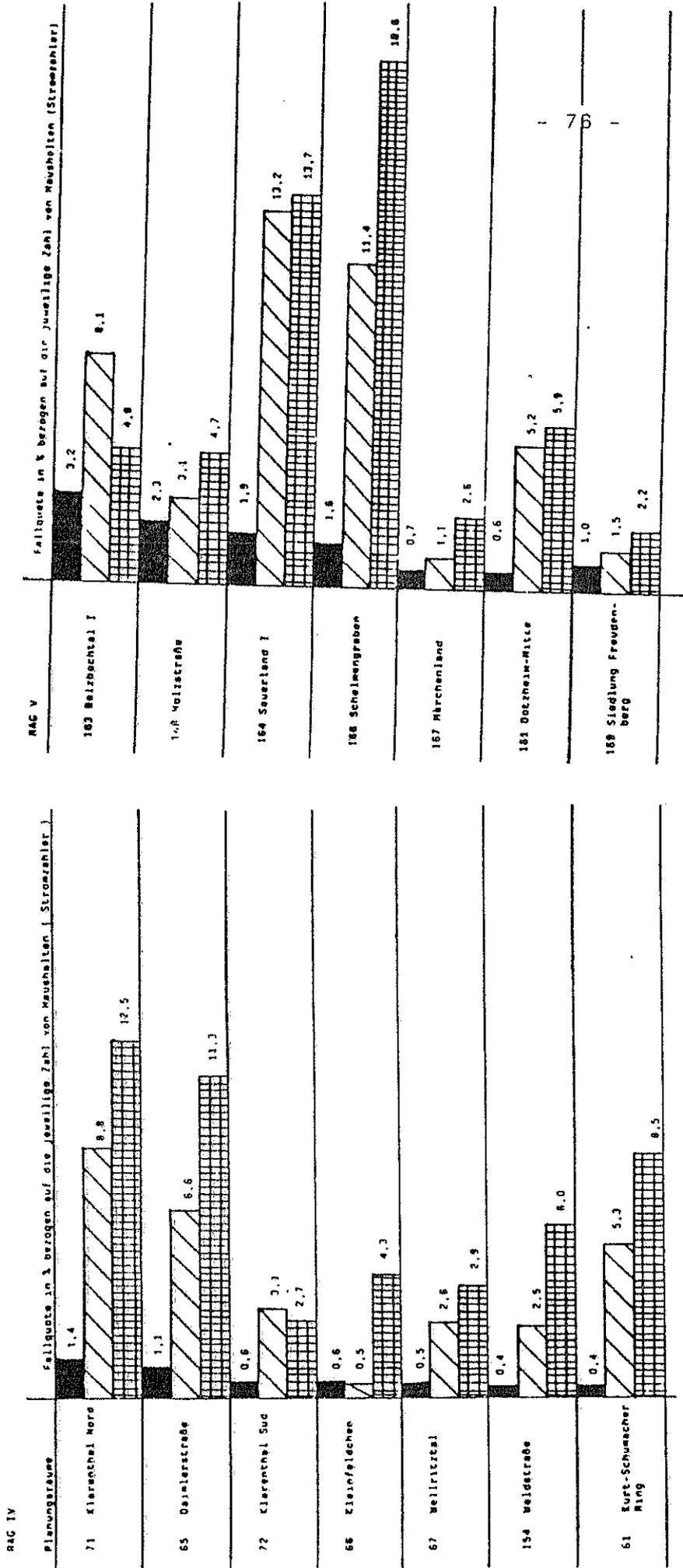


Schaubild 13: Regionale Verteilung v. Eingliederungshilfe-, Sozialanst- und HLU-Fällennach Planungsräumen

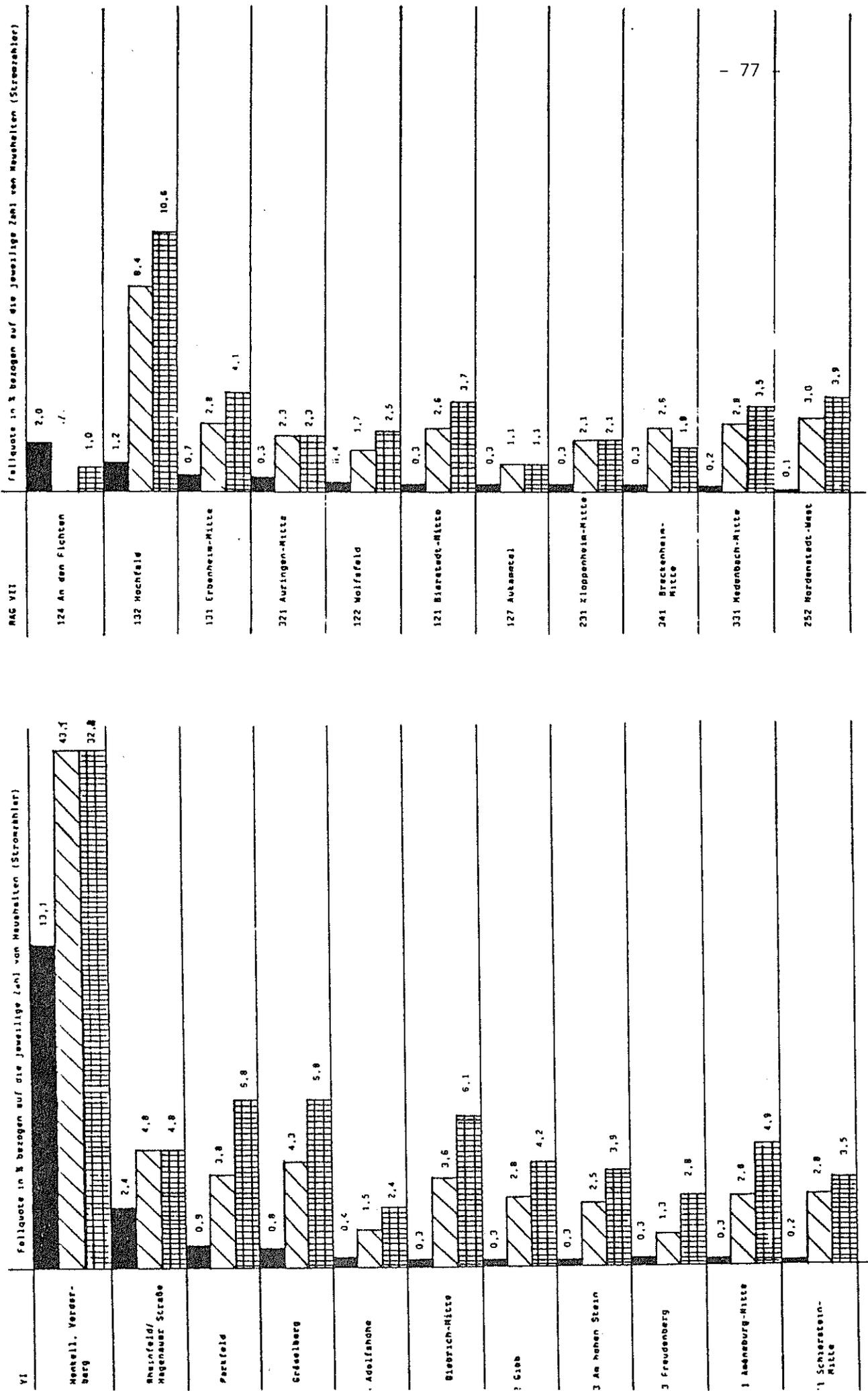
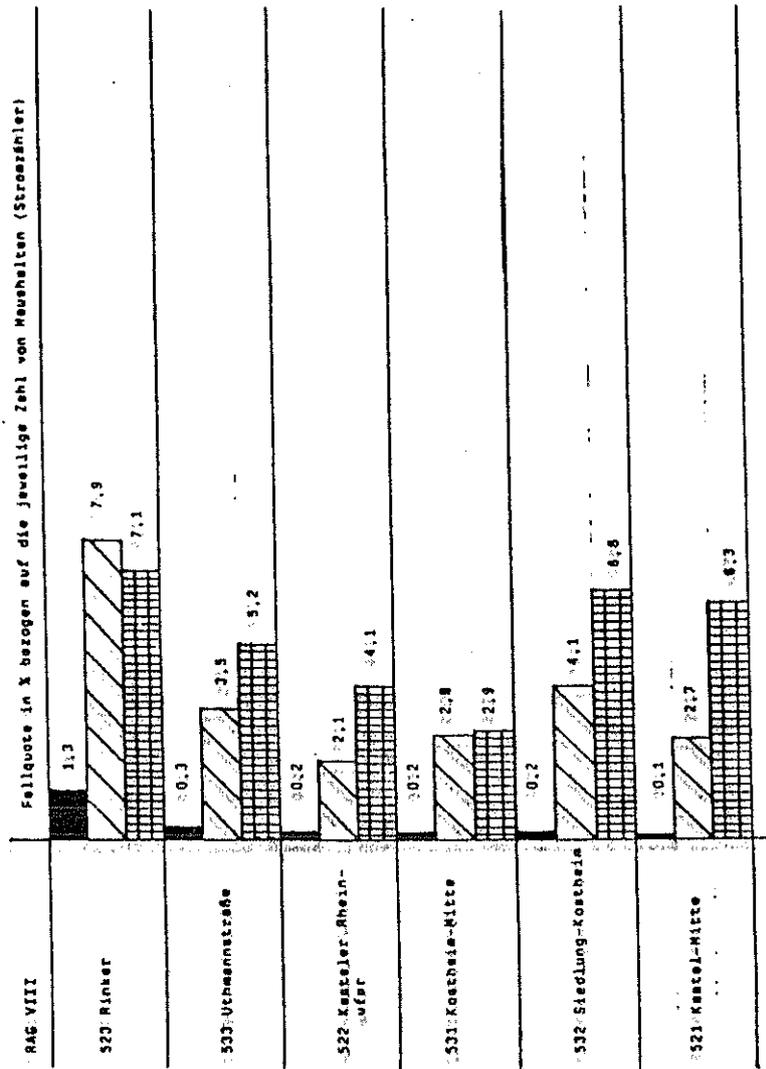


Schaubild 13: Regionale Verteilung von Eingliederungshilfe-, Sozialdienst- und HLU-Fällen nach Planungsräumen



Eingliederungshilfe (1/1987)

Sozialdienst (1. Quartal 1986)

HLU/Hibl (5/1986)

zusammenhängende Maßnahme, und machen fast die Hälfte aller Maßnahmen aus, bei denen soziale Probleme in der Akte erwähnt werden.

6.4. Zur Problematik von Heimunterbringungen behinderter Kinder und Jugendlicher

Heimunterbringungen behinderter Kinder und Jugendlicher sind im wesentlichen unter zwei Aspekten zu problematisieren:

- Zum einen sind sie unter anderem auf Infrastrukturdefizite im Bereich alternativer, d. h. nicht-stationärer Maßnahmen zurückzuführen:

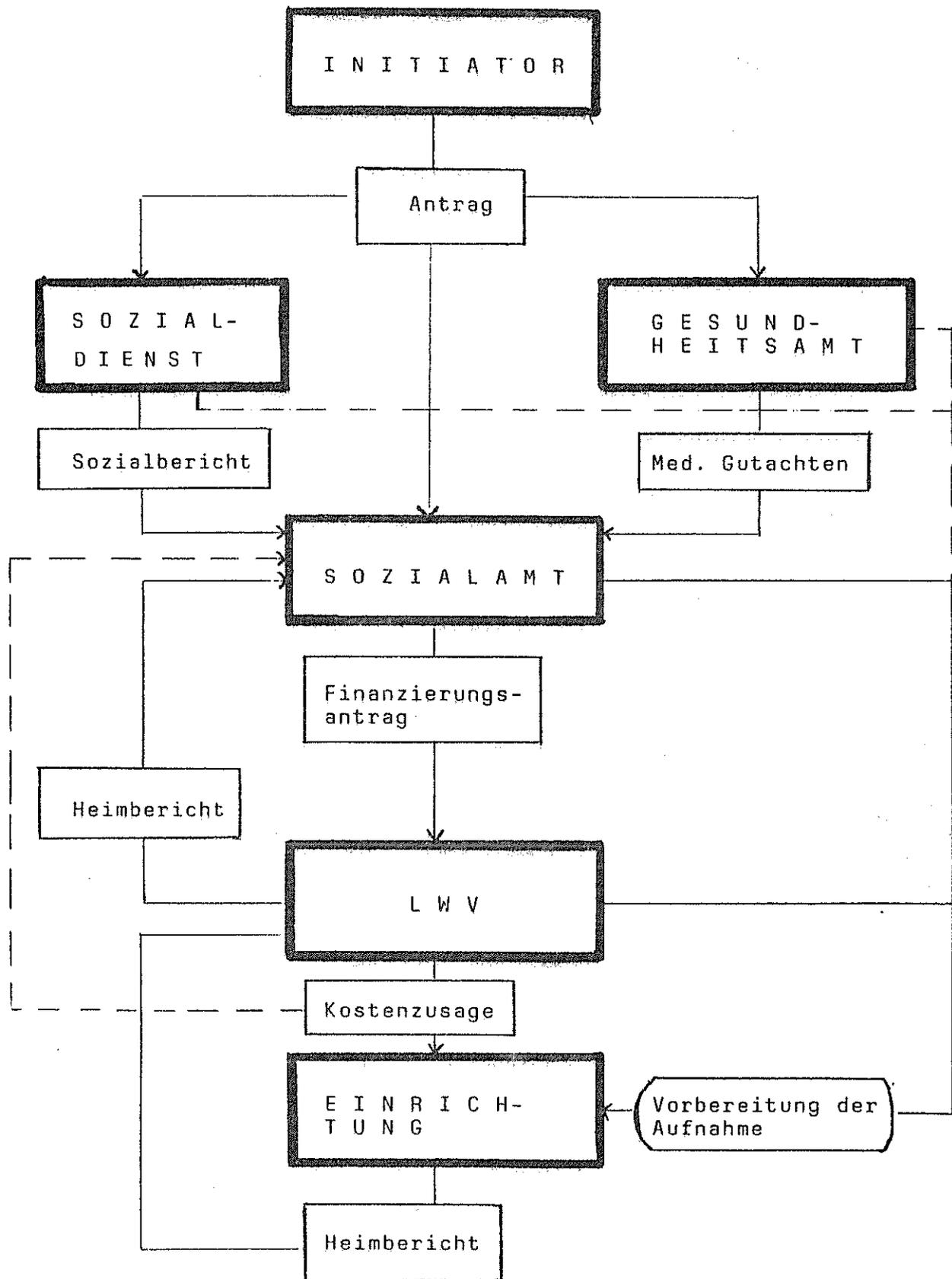
Heimunterbringungen sind bei behinderten Kindern und Jugendlichen grundsätzlich anders zu bewerten, als bei erwachsenen Behinderten, denn während für letztere eine Heimunterbringung vielfach sogar als Übergangsstufe des Normalisierungs- und Verselbständigungsprozesses interpretiert werden kann (vgl. Kap.5.1), wird schon die Regelmäßigkeit des Sozialisationsverlaufes durch die Heimunterbringung eines behinderten Kindes durchbrochen. Wird doch bei Nicht-Behinderten wie bei Behinderten "Normalität" im frühen Kindes-/Jugendalter vordergründig geprägt durch die Betreuung und Versorgung in der Familie.

Heimunterbringungen behinderter Kinder und Jugendlicher erfolgen oft auf der Grundlage typischer Jugendhilfeindikationen. D. h., sie werden meist durch Probleme im familiären Erziehungsmilieu bzw. eine dauerhafte Überforderung der Familie ausgelöst. Diese Probleme können wegen des unzureichenden Angebotes ambulanter Hilfen für Familien mit Behinderten derzeit meist nicht anders als durch stationäre Maßnahmen aufgefangen werden.

- Zum anderen wird aufgrund von verfahrensmäßig bedingten Steuerungsdefiziten im Bereich stationärer Eingliederungshilfen eine qualifizierte Bearbeitung der sozialen Hintergrundprobleme von Behinderung erschwert (s. Schaubild 14):

Zur Heimunterbringung behinderter Kinder und Jugendlicher im Rahmen der Eingliederungshilfe bedarf es eines entsprechenden Antrages, der in der Regel von den Eltern selbst gestellt wird, und einer medizinischen Begründung für die Notwendigkeit der Maßnahme (Gutachten des Gesundheitsamtes). Probleme des sozialen Umfeldes (Sozialdienstbericht) spielen bei der Maßnahmeentscheidung und bei der Auswahl von Einrichtungen eine untergeordnete Rolle. Eine kompetente Vermittlung von medizinischen Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen mit sozialpädagogischen Problemdefinitionen und Kriterien kann durch

Schaubild 14: Verfahrensablauf stationärer Eingliederungshilfen nach § 39/100 BSHG



---> mögliche Abläufe aufgrund von Kann-Bestimmungen
-> verbindliche Regelabläufe

den derzeitigen Verfahrensablauf nicht gewährleistet werden. Denn mit der Entscheidung über Maßnahme und Auswahl der Einrichtung durch den Sozialhilfesachbearbeiter bzw. den LWV gibt die rein administrative Bearbeitung den Ausschlag. So bleibt es der persönlichen Initiative des einzelnen Sozialarbeiters überlassen, dem wiederum die medizinische Beurteilungskompetenz fehlt, inwieweit er die Durchführung stationärer Eingliederungshilfen zu beeinflussen versucht. (1)

Eine fachlich begründete, systematische Gegensteuerung zu Heimunterbringungen behinderter Kinder und Jugendlicher ist im derzeitigen Entscheidungsablauf nicht vorgesehen. Für Gesundheitsamt und Sozialdienst ist der "Fall" mit der Erstellung eines Gutachtens bzw. Sozialberichtes in der Regel abgeschlossen. Folglich werden Alternativen zu stationären Eingliederungsmaßnahmen kaum geprüft und sind, da der Bedarf bisher nicht offenkundig wurde, auch nicht entwickelt worden.

Erfolgskontrollen stationärer Eingliederungshilfen sind verfahrensmäßig unzureichend entwickelt, da hierfür die örtliche Zuständigkeit des Sozialdienstes nicht verbindlich vorgesehen ist. Die Beurteilung der Wirkung, die Feststellung der Angemessenheit und die Begründung für eine Fortsetzung der Maßnahme sind ausschließlich und allein Sache des Maßnahmeträgers selbst. Heimberichte werden über den LWV zwar dem örtlichen Sozialhilfeträger zugeleitet, deren regelmäßige Überprüfung auf kommunaler Ebene ist jedoch verfahrensmäßig nicht abgesichert. In Extremsituationen kann es vorkommen, daß Behinderte in Heimen "vergessen" und so "lebenslange Heimkarrieren" festgeschrieben werden.

6.5. Qualifizierungsbedarf stationärer Eingliederungshilfen und Ausbau ambulanter Hilfen

Regelungs- bzw. Handlungsbedarf im Bereich stationärer Eingliederungshilfe insbesondere für Kinder und Jugendliche ergibt sich daraus, daß Behinderung häufig mit sonstigen Problemen sozialer Benachteiligung kumuliert die Eingliederungshilfe jedoch über keine qualifizierten Instrumente zur Bearbeitung der sozialen Hintergrundprobleme von Behinderung verfügt.

Verschiedene Wege zur Behebung dieser Defizite sind denkbar, die aber auch neue Unzulänglichkeiten mit sich bringen können:

...

- 1) Da Eingliederungshilfen gegenüber Jugendhilfeleistungen als nachrangig definiert sind, muß eine eindeutige Abgrenzung zur Jugendhilfe vorgenommen werden, was in der Praxis oft die gegenseitige Abschottung der beiden Bereiche zur Folge hat.

- a) Die Behindertenhilfe selbst wird erweitert, indem in der Hauptabteilung Soziales des Amtes für Jugend, Soziales und Wohnen ein "Sozialdienst für Behinderte" eingerichtet wird. Dieser hätte im wesentlichen die Aufgabe, Eltern bei der Betreuung ihrer behinderten Kinder zu unterstützen, erforderliche Hilfen zu vermitteln, Heimunterbringungen möglichst zu vermeiden und wo diese nicht zu vermeiden sind, die kommunale Betreuung des Minderjährigen in der Einrichtung sicherzustellen und zu überprüfen, inwieweit der Behinderte innerhalb oder auch außerhalb der Einrichtung selbständiger leben könnte.

Der wesentliche Nachteil dieses Organisationsmodells liegt darin, daß damit die Spezialisierung der Behindertenhilfe weiter fortgeschrieben wird, ohne dem immanenten Risiko einer Senkung der Zugangsschwellen zum Behindertenbereich entgegen zu wirken: Denn wenn sich die Behindertenhilfe selbst zur Bearbeitung sozialer Hintergrundprobleme qualifiziert, ist nicht auszuschließen, daß damit vermehrt soziale Probleme in den Bereich der Behindertenhilfe verschoben werden und damit einer direkten sozialpolitischen Bearbeitung entzogen werden.

- b) Ein anderer Ansatz geht dahin, stationäre Eingliederungshilfen für Minderjährige stärker als bisher der Verantwortlichkeit des Gesundheitsamtes zu unterstellen, indem nicht nur die medizinische Begutachtung, sondern ebenfalls die Erstellung des Sozialberichtes und andere Aufgaben eines sozialen Dienstes für Behinderte in der sozialpädagogischen Behindertenberatung des Gesundheitsamtes angesiedelt werden. Denn dort sind neben medizinischem Fachwissen zugleich heilpädagogische, sozialpädagogische und psychologische Kompetenzen gebündelt vorhanden.

Die Nachteile dieses Modells wären folgende:

- Mit den vorhandenen personellen Ressourcen (3 Planstellen, 1 Honorarstelle) kann die Betreuung von derzeit ca. 400 Kindern und Jugendlichen in Maßnahmen der Eingliederungshilfe insgesamt (davon ca. 160 in stationären Maßnahmen) nicht gewährleistet werden. (1)
- Nicht auszuschließen ist eine Doppelbetreuung von Familien, da diese gleichzeitig Klientel des allgemeinen kommunalen Sozialdienstes sein können.

...

1) Gruppe der 0 - 25 J. insgesamt in Maßnahmen der Eingliederungshilfe bzw. in Heimen, hochgerechnet auf der Basis der Stichprobe der Aktenanalyse.

- Die Aufgabenstruktur des Gesundheitsamtes ermöglicht zum einen keine amtsinterne Gegensteuerung zu stationären Maßnahmen, zum anderen ist die Zusammenarbeit mit anderen kommunalen sozialen Diensten nicht vollständig geregelt. Die Maßnahmeentscheidung wäre einem Sachgebiet und die Kooperation mit anderen Dienststellen dem persönlichen Ermessen überlassen.
- c) Die Mängel dieser beiden Modelle lassen sich weitestgehend vermeiden, wenn die Bewilligung stationärer Eingliederungshilfen im Kindes- und Jugendalter an das Entscheidungsverfahren für die Einleitung von Erziehungshilfemaßnahmen nach dem JWG angekoppelt wird. Die Vorteile dabei sind offensichtlich:
- Die Vernetzung der Behindertenhilfe mit dem System allgemeiner sozialer Dienstleistungen ist gewährleistet.
 - Vor Einleitung stationärer Eingliederungshilfemaßnahmen müssen fachlich-administrative Hürden überwunden werden, da nicht der einzelne Sozialarbeiter, sondern seine regionale Arbeitsgruppe nach Abwägen von Alternativen sich für eine Heimunterbringung aussprechen muß. Dadurch können drohende stationäre Maßnahmen unter Umständen durch teilstationäre oder ambulante Hilfen abgewendet werden. Es wirkt dem Abschieben von Jugendhilfeproblemen in den Behindertenbereich entgegen, wenn vor dem Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe das Interventionsinstrumentarium der Jugendhilfe zur Diskussion steht.
 - Vermeidbare lebenslange "Heimkarrieren" werden verhindert, sofern eine dauerhafte örtliche Verantwortung für den Fall besteht und die Betreuung des Behinderten auch nach der Heimunterbringung nicht abgeschlossen, sondern durch regelmäßige Erfolgskontrollen der örtlichen Dienste (Anfordern von Heimberichten, Besuche etc.) weiterhin sichergestellt ist.

Die Umsetzung dieses Konzeptvorschlages zur Qualifizierung stationärer Eingliederungshilfen setzt die Bewältigung bzw. Klärung einiger Fragen und Probleme voraus:

- Solange die Eingliederungshilfe für Behinderte keine ausreichenden Alternativen zu stationären Maßnahmen bereithält, kann diesen auch nicht entgegengesteuert werden. Daraus ergibt sich die dringende Forderung zur Neueinrichtung und Erweiterung des Angebotes teilstationärer und ambulanter Hilfen für Behinderte auf örtlicher Ebene.
 - Die Einrichtung eines Heimes für behinderte Kinder und Jugendliche in Wiesbaden wird wahrscheinlich gegenstandslos, wenn wohnortnah Tages- und Wochenpflegeplätze für Behinderte geschaffen werden, das Hortplatzangebot erweitert und eine ambulante soziale Betreuung von Familien mit Behinderten gewährleistet wird (Einzelfallbetreuung, Fa-
- ...

milienhelfer etc.). Erwägenswert ist die Einbindung spezieller ambulanter Dienste für Behinderte (medizinische, therapeutische, heilpädagogische, psychologische Qualifikationen), die im Hintergrund von Regeldiensten speziell für die Betreuung von Familien mit Behinderten bereitstehen. Auch die Initiative der Lebenshilfe zur Einrichtung eines ambulanten familienentlastenden Dienstes sollte in diesem Zusammenhang unterstützt werden.

- Umfassende Kompetenzen sind im Hinblick auf die medizinische Diagnose sowie die Entscheidung über geeignete und verfügbare Maßnahmen bzw. Einrichtungen derzeit weder im Sozialdienst noch in der Erziehungshilfe verfügbar. Informationen über das Potential der vorhandenen Einrichtungen könnten systematisch gewonnen werden, indem zunächst mit der Betreuung von bereits laufenden Fällen in Heimen begonnen wird. Bei der Diagnose und erstmaligen Feststellung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmeanforderungen stellt sich die Frage, wie die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt effektiviert und welchen Beitrag die Erziehungsberatungsstellen der Stadt und anderer Träger dabei leisten können.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, daß die einzelnen regionalen Arbeitsgruppen durch bereits laufende stationäre Eingliederungshilfen für jeweilige Altersgruppen unterschiedlich stark belastet wären (s. Tab. 17 und 18).

Tab. 17: Behinderte nach Altersgruppen und regionalen Arbeits-
gruppen der Sozialverwaltung, Aktenanalyse Eingliederungs-
hilfe, Stand: 1/1987

Alter RAG	0-6 Jahre	7-15 Jahre	16-25 Jahre	26-35 Jahre	36-44 Jahre	45-64 Jahre	65 J. u.älter	insge- samt
I	4	14	9	4	1	1	-	33 13,2 %
II	4	4	3	1	-	1	1	14 5,6 %
III	2	7	8	5	3	1	1	27 10,8 %
IV	4	18	14	2	1	-	-	39 15,6 %
V	3	12	14	4	4	2	2	41 16,4 %
VI	3	10	13	16	3	3	1	49 19,6 %
VII	2	16	8	6	1	1	-	34 13,6 %
VIII	-	3	5	3	1	-	1	13 5,2 %
Insge- samt	22 8,8	84 33,6	74 29,6	41 16,4	14 5,6	9 3,6	6 2,4	250 100 %
nicht zuzu- ordnen	2	5	15	15	3	2	-	42

Tab. 18: Behinderte in Heimen nach regionalen Arbeitsgruppen, Aktenanalyse Eingliederungshilfe,
Stand 1/1987 (1)

	RAG I	RAG II	RAG III	RAG IV	RAG V	RAG VI	RAG VII	RAG VIII	insge- samt	nicht zu- zuordnen
Behinderte in Heimen	abs. 8	4	15	14	19	22	11	6	99	36
	% 8,1	4,0	15,2	14,1	19,2	22,2	11,1	6,1	100	

1) Erfasst sind alle Altersgruppen

- Die Steuerungsprobleme im Bereich stationärer Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche können nur in Abstimmung mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger (LWV) gelöst werden, denn die örtliche Zuständigkeit für diese Maßnahmen muß erst zur Geltung gebracht bzw. hergestellt werden.

7. Ausbildung und Arbeitswelt

7.1. Problemstellung

Arbeit ist für die gesellschaftliche Integration einer Person von zentraler Bedeutung:

Zum einen werden Lebenslagen vorwiegend durch die Stellung im Arbeitsleben bestimmt: Das Ausmaß von Abhängigkeit und Selbständigkeit, sozialer Status, Einkommen und Wohnverhältnisse einer Person sind wesentlich von der Stellung im Erwerbsleben abhängig.

Zum anderen wird auch "Normalität" erwerbsbezogen definiert. Die Ausübung einer regelmäßigen Tätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt ist ein zentrales Merkmal der "Normalbiographier". Bestimmte Gruppen, darunter auch Behinderte können von dieser Verpflichtung zu regelmäßiger Arbeit zwar entlastet werden, allerdings um den Preis ihrer gesellschaftlichen Randstellung.

Die Anwendung des "Normalisierungsprinzips" auf den Arbeitsbereich bleibt aus folgenden Gründen ambivalent und ist nur begrenzt sinnvoll:

Volle Integration in den Arbeitsmarkt beinhaltet auch die Anpassung an verbreitete Verhaltens- und Leistungsstandards des Erwerbslebens, wodurch gerade Behinderte auf ein Lebensziel verpflichtet werden, welches sie oft kaum erreichen können. Am Rand des allgemeinen Arbeitsmarktes angesiedelte Sondereinrichtungen wie die Behindertenwerkstätten, können daher noch am ehesten Raum für kommunikationsorientierte, leistungs-, streß- und konkurrenzarme Lern- und Arbeitsformen bieten.

Hinzu kommt, daß-historisch betrachtet - der sozialpolitische Fortschritt dieser Sonderbetriebe nicht nur in ökonomischer Bereitstellung von Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb des schwer zugänglichen allgemeinen Arbeitsmarktes besteht, sondern ebenso in der sozialen Alternative zur totalen Abhängigkeit und Betreuung Behinderter durch Familie oder Heim.

Die Frage nach der Integration Behinderter in das Arbeitsleben stellt sich somit von zwei Seiten:

Zum einen geht es um die Eingliederungschancen und -probleme für Behinderte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Zum anderen um die Beschäftigung und Betreuung Behinderter auf beschützten Arbeitsplätzen in Behindertenwerkstätten, wobei beschützte Arbeitsplätze auch auf einen späteren Übergang in "Normalarbeitsverhältnisse" vorbereiten sollten. Diese Durchlässigkeit wird jedoch in der Umkehrung fragwürdig, wenn leistungsgeminderte, schwer vermittelbare Arbeitskräfte - etwa als Lernbehinderte - in "beschützten" Arbeitsverhältnissen abgestellt werden.

...

7.2. Die Situation Behinderter am Arbeitsmarkt

7.2.1. Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen

Zur politisch-administrativen Regulierung der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation Behinderter steht eine Vielzahl rechtlicher Steuerungsinstrumente zur Verfügung: Einige sind von zentraler Bedeutung, durch sie werden sowohl besondere Schutzvorschriften für Behinderte am Arbeits- und Ausbildungsplatz als auch besondere Hilfen ausgewiesen, die die Integration Behinderter in Arbeit und Beruf fördern sollen:

- | | |
|--|--|
| Schwerbehinderten-
gesetz (<u>SchwBG</u>): | Regelt die Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber gegenüber Behinderten, den besonderen Kündigungsschutz, die Aufgaben und besonderen Hilfen von Arbeitsamt und Hauptpfürsorgestelle, den Stellenwert und die Zielgruppe der Behindertenwerkstätten. |
| Rehabilitations-
angleichungsge-
setz (<u>RehaAnglG</u>): | Verpflichtet alle Reha-Träger in gleichem Ausmaß, aller erforderlichen Maßnahmen zur beruflichen Integration Behinderter zu leisten (Vereinheitlichung der Leistungen der unterschiedlichen Kostenträger) und in allen beruflichen Angelegenheiten bzw. Ausbildungsfragen mit dem Arbeitsamt zusammen zu arbeiten. |
| Anordnung des Ver-
waltungsrates der
Bundesanstalt für
Arbeit über die
Arbeits- und Be-
rufsförderung Be-
hinderter (<u>A-Reha</u>): | Listet berufsfördernde und -ergänzende Leistungen des Arbeitsamtes auf und definiert verbindlich die Rehabilitationsfähigkeiten und Erfolgsaussichten als Leistungsvoraussetzungen im Zusammenhang mit Formen der Behinderung. |
| Arbeitsförderungs-
gesetz (<u>AFG</u>): | Regelt auch berufsfördernde und ergänzende Hilfen des Arbeitsamtes für Behinderte. |
| Schwerbehinderten-
gesetz Werkstätten-
verordnung
(<u>SchwWV</u>): | Legt die Aufgabenbereiche, den besonderen Förderungsauftrag und die Platzkapazität im Verhältnis zur personellen Ausstattung der Behindertenwerkstätten fest. |
| Berufsbildungs-
gesetz (<u>BBiG</u>): | Definiert abweichend von der allgemeinen Ausbildungsverordnung Sonderregelungen für die Berufsausbildung Behinderter. |

...

Das Ausmaß von Integrationschancen Behinderter wird durch das vom allgemeinen Arbeitsmarkt konkret bereitgestellte Angebot an Arbeits- und Ausbildungsplätzen für Behinderte bestimmt. Das Arbeitsamt ist der vorrangige Kompetenzträger für Berufs- bzw. Arbeitsberatung und -vermittlung und wirkt als zentrale Steuerungsinstanz der beruflichen Eingliederung Behinderter. Unabhängig von der Zuständigkeit des Arbeitsamtes als Kostenträger etwaiger Maßnahmen werden dort in jedem Einzelfall berufliche Eignung, Neigungen und Fähigkeiten festgestellt, werden Behinderte auf Arbeits- und Ausbildungsplätze vermittelt, berufliche Rehabilitationsaussichten bewertet, über erfolgsversprechende berufsfördernde Hilfen entschieden und diese dem zuständigen Kostenträger als Eingliederungsvorschlag unterbreitet. Da der institutionelle Zugang zum Arbeitsmarkt beim Arbeitsamt konzentriert ist, sind die kommunale bzw. kommunal-politischen Steuerungsmöglichkeiten eng beschränkt, allerdings schließt die Arbeitgeberfunktion der Kommune auch den Auftrag zur Bereitstellung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für Behinderte ein.

7.2.2. Beschäftigungssituation und Arbeitslosigkeit

Behinderte bilden nachweislich eine besondere Problemgruppe des Arbeitsmarktes:

- Die Erwerbsquote der Behinderten ¹⁾ liegt mit 39,1 % deutlich unter der Erwerbsquote der Wiesbadener Gesamtbevölkerung von 66,0 %.
- Die Beschäftigungspflichtquote, wonach 6,0 % aller Arbeitsplätze in Betrieben/Dienststellen ab 16 Mitarbeitern mit Behinderten zu besetzen sind, wird in Wiesbaden seit einigen Jahren zwar erfüllt, allerdings sind auf diesen Arbeitsplätzen meist "leistungsstarke" Behinderte beschäftigt. D. h. Behinderte, die ohne größere Leistungseinbußen für den Arbeitgeber und ohne besonderen Aufwand an Betreuung sowie technische und/oder persönliche Hilfe am Arbeitsplatz eingesetzt werden können. Vielfach handelt es sich um ältere Körperbehinderte, die denselben Arbeitsplatz schon vor Eintritt der oft krankheitsbedingten Behinderung innehatten und problemlos weiter ausfüllen können, sofern es sich nicht um eine schwere körperliche Tätigkeit handelt. Die betriebsexterne Besetzung der insgesamt 4.293 unbesetzten Pflichtarbeitsplätze für Behinderte ist jedoch wesentlich schwieriger. (2)

...

- 1) Erwerbsquote = Anteil der beschäftigten und arbeitslosen amtlich anerkannten Behinderten im Alter von 18 - 65 Jahren an der Gesamtheit der Behinderten derselben Altersgruppe.
- (2) Angabe beruht auf interner Statistik des Arbeitsamtes für 1986. Auch bei einer durchschnittlichen Beschäftigungsquote von 6 % können Pflichtarbeitsplätze unbesetzt sein, weil nicht alle Arbeitgeber 6 % ihrer Arbeitsplätze mit Behinderten besetzen.

- Starke Unterschiede weisen die Beschäftigungsquoten Behinderter nach Wirtschaftszweigen und Betriebsgrößen auf:

Während die öffentlichen Arbeitgeber mit 8,4 % die Pflichtquote deutlich überschreiten, wird diese mit durchschnittlich 5,2 % von den privaten Arbeitgebern nicht erreicht (Stand: 1986).

Von kleineren und mittelständischen Betrieben (unter 200 Arbeitsplätze), die in Wiesbaden 84,3 % aller Arbeitgeber ausmachen und 40 % aller Arbeitsplätze stellen, wird die Pflichtquote nicht erfüllt.

Die Beschäftigungsbilanz der Stadt Wiesbaden ergibt

für 1986: 665 Behinderte $\hat{=}$ 9,8 % aller Beschäftigten
davon: 22 Neueinstellungen $\hat{=}$ 2,7 % aller
Neueinstellungen (incl. Zeitverträge).

für 1987: 667 Behinderte $\hat{=}$ 9,5 % aller Beschäftigten
davon: 9 Neueinstellungen $\hat{=}$ 1,1 % aller
Neueinstellungen (incl. Zeitverträge)

- Nur 38,0 % (412) der im Jahr 1987 im Arbeitsamtsbezirk Wiesbaden offen gemeldeten Stellen waren auch Schwerbehinderten zugänglich. In früheren Jahren war dieser Wert noch weitaus niedriger.
- Etwa jeder 4. Arbeitslose ist eine Person mit gesundheitlichen Einschränkungen (1) (siehe Tab. 19). Als Arbeitslose können diese Personen jedoch nur schwer auf einen Arbeitsplatz vermittelt werden. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit von Behinderten und sonstigen gesundheitlich Eingeschränkten ist mehr als doppelt so hoch wie die der Nicht-Behinderten.
- Mit dem Anstieg der allgemeinen Arbeitslosigkeit ist auch die Arbeitslosigkeit Behinderter - trotz steigender Beschäftigungsquoten - kontinuierlich angestiegen (siehe Tab. 19 und Schaubild 6). Allerdings haben die konjunkturellen Einbrüche und die wachsende Arbeitslosigkeit Anfang der 80er Jahre in verstärktem Maße auch andere Beschäftigungsgruppen getroffen und sich insofern zunächst nivellierend auf die Arbeitslosigkeit Behinderter ausgewirkt. So ist es zu erklären, daß von 1977 - 1987 die Arbeitslosigkeit Nicht-Behinderten um 78 % gestiegen ist, die der Behinderten (mit und ohne amtliche Anerkennung) jedoch nur um 59,6 %.

...

1) Der Behinderungsbegriff des Arbeitsamtes und der Arbeitsamtsstatistiken unterscheidet zwischen Schwerbehinderten und Gleichgestellten, die vom Versorgungsamt als Behinderte definiert wurden und sonstigen, nicht amtlich anerkannten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen (meist chronisch Kranke). Eine amtliche Anerkennung der Behinderung wird häufig auch deshalb nicht verlangt, weil diese am Arbeitsmarkt als zusätzliches Einstellungshindernis wirken kann.

Tab. 19: Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen im Arbeits-
amtsbezirk Wiesbaden.

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
(1) Arbeitslose insg. abs. \pm 100 %	6.701	5.845	4.855	4.360	6.341	9.153	11.867	11.902	11.735	11.526	11.606
(1) Arbeitslosenquote	4,1	3,5	2,9	2,6	3,7	5,4	6,9	7,0	6,9	6,9	6,9
(2) Arbeitslose mit gesundheitl. Einschränkungen abs. insg. %	1.742 27,1	1.336 26,5	1.496 36,0	1.705 41,2	2.070 32,9	2.624 28,0	3.082 26,9	2.666 23,4	2.954 25,7	2.880 26,6	2.780 25,7
darunter: Arbeitslose ohne amtll. Anerkennung als Behinderter abs. %	- -	- -	1.162 77,7	1.309 76,8	1.493 72,1	1.782 67,9	- -	1.546 58,0	1.878 63,6	1.816 63,1	1.800 64,7
Arbeitslose mit amtll. Anerkennung als Behinderter abs. %	- -	- -	334 22,3	396 23,2	577 27,9	842 32,1	- -	1.120 42,0	1.076 36,4	1.064 36,9	980 35,3
davon: Schwerbehinderte abs. %	- -	- -	260 17,4	308 18,1	454 21,9	650 24,8	- -	794 29,8	768 26,0	772 26,8	670 24,1
Gleichgest. abs. %	- -	- -	22 1,5	10 0,6	7 0,3	22 0,8	- -	80 3,0	32 1,1	34 1,2	32 1,2
Nicht-Gleichgest. abs. %	- -	- -	52 3,5	78 4,6	116 5,6	170 6,5	- -	246 9,2	276 9,3	258 9,0	278 10,0
%-Anteil der arbeitslosen amtll. anerkannten Beh. an der Gesamtarbeitslosigkeit	-	-	6,9	9,1	9,1	9,2	-	9,4	9,2	9,2	
(3) Beschäftigte Schwerbehinderte + Gleichgest. abs. (ohne Mehrfachanrechnungen)	4.450	5.011	5.392	9.035	-	10.175	6.770	7.059	6.926	6.992	
(3) Quote der besetzten Pflichtarbeitsplätze (incl. Mehrfachanrechnungen)	4,28	4,78	5,14	6,50	-	7,18	6,26	6,10	5,91	6,20	
(4) Zahl der arbeitslosen Nicht-Beh. auf 100 beschäftigte Nicht-Beh.	-	-	-	-	-	6,1	-	7,7	7,6	7,3	
(4) Zahl der arbeitslosen Beh. auf 100 beschäftigte Behinderte	-	-	-	-	-	8,3	-	15,9	15,5	15,2	

Anmerkungen zur Tabelle siehe nächste Seite.

Anmerkungen zur Tabelle 19: Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen

(1) Jahresberichte des Arbeitsamtes

(2) Sonderuntersuchungen des Arbeitsamtes jeweils im September

Die 1. + 2. Quelle weisen unterschiedliche Arbeitslosenzahlen aus, da der Erhebungsstichtag nicht identisch ist.

(3) Statistiken des Arbeitsamtes über die Beschäftigung Schwerbehinderter

(4) Eigene Berechnungen:

Anteil der arbeitslosen Nicht-Behinderten an den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Nicht-Behinderten und Anteil der arbeitslosen Behinderten an den beschäftigten Behinderten.

Definitionen:

Gesundheitlich

Eingeschränkte: Personen, deren Arbeitsmarktprobleme nachweislich in Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Einschränkung stehen. Dazu Zahlen vom Versorgungsamt anerkannter Behinderter und Personen, deren gesundheitliche Einschränkung durch ein medizinisches Gutachten festgestellt wurde. Für letztere hat das SchwbG keine Gültigkeit, sie sind jedoch ebenfalls Zielgruppe berufsfördernder Reha-Maßnahmen.

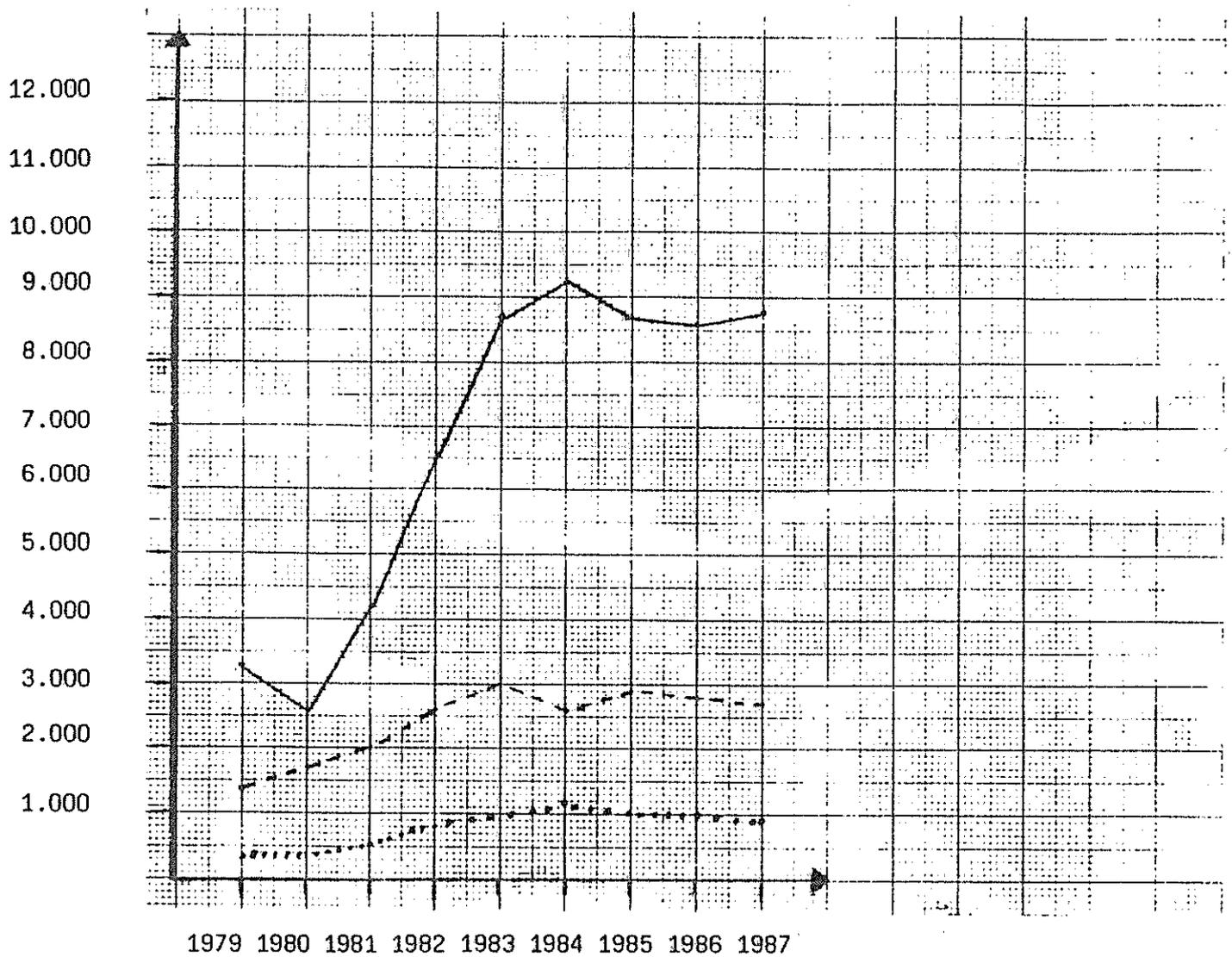
Gleichgestellte:

Vom Versorgungsamt anerkannte Behinderte mit einem Behinderungsgrad von 30 % - 50 %, die juristisch den Schwerbehinderten (Behinderungsgrad: 50 % - 100 %) gleichgestellt sind (§ 2 SchwbG). Ihre Anerkennung als Behinderte erfolgte vor Eintritt ihrer Arbeitslosigkeit bzw. während eines Beschäftigungsverhältnisses.

Nicht-Gleichgestellte:

Vom Versorgungsamt anerkannte Behinderte mit einem Behinderungsgrad von 30 % - 50 %, deren Anerkennung als Behinderte jedoch erst zum Zeitpunkt einer bereits bestehenden Arbeitslosigkeit erfolgte. Die Gleichstellung wird vom Arbeitsamt durchgeführt und kann nicht unabhängig von einem Arbeitsverhältnis erfolgen. Nicht-Gleichgestellte werden mit Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses zu Gleichgestellten, die den Schutzbestimmungen des SchwbG unterstehen.

Schaubild 15: Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen im Arbeitsamts-
bezirk Wiesbaden



- Arbeitslose ohne gesundheitliche Einschränkungen
- Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen
- Arbeitslose mit Anerkennung als Behinderter

Quelle: Sonderuntersuchung des Arbeitsamtes Wiesbaden
(jeweils im September)

- Die Quote arbeitsloser Behinderter ist etwa doppelt so hoch wie die der Nicht-Behinderten: 100 beschäftigten Behinderten stehen ca. 15 arbeitslose Behinderten gegenüber, jedoch kommen auf 100 beschäftigte Nicht-Behinderte nur ca. 7 arbeitslose Nicht-Behinderte (siehe Tab.19).

7.2.3. Besondere Problemgruppen am Arbeitsmarkt

In Anbetracht dieser insgesamt ungünstigen Arbeitsmarktsituation für Behinderte stellt sich die Integration bestimmter Personen in den Arbeitsmarkt als besonders problematisch dar, weil für sie auch über berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen kaum ein Chancenzuwachs erzielt werden kann.

Dazu zählen:

- Behinderte ab dem 40. Lebensjahr:

76,7 % (816) aller arbeitslosen amtlich anerkannten Behinderten sind älter als 40 Jahre. Während jüngere Behinderte meist zunächst in Reha-Maßnahmen oder auf beschützte Arbeitsplätze vermittelt werden können (siehe Kap.: 4.4. und 4.5.), steigt für Behinderte mit zunehmendem Alter das Risiko Arbeitslosigkeit rapide an.

Umgekehrt verhält es sich mit der Arbeitslosigkeit Nicht-Behinderter : während gerade nicht-behinderte Berufsanfänger in besonderem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen sind, sinkt der Anteil der arbeitslosen Nicht-Behinderten mit zunehmendem Alter kontinuierlich (siehe Schaubild7).

- Behinderte bei denen die Behinderung mit weiteren für die Eingliederung in das Erwerbsleben ungünstigen Faktoren kumuliert:

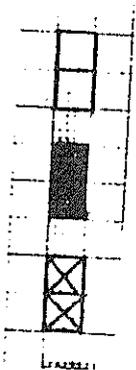
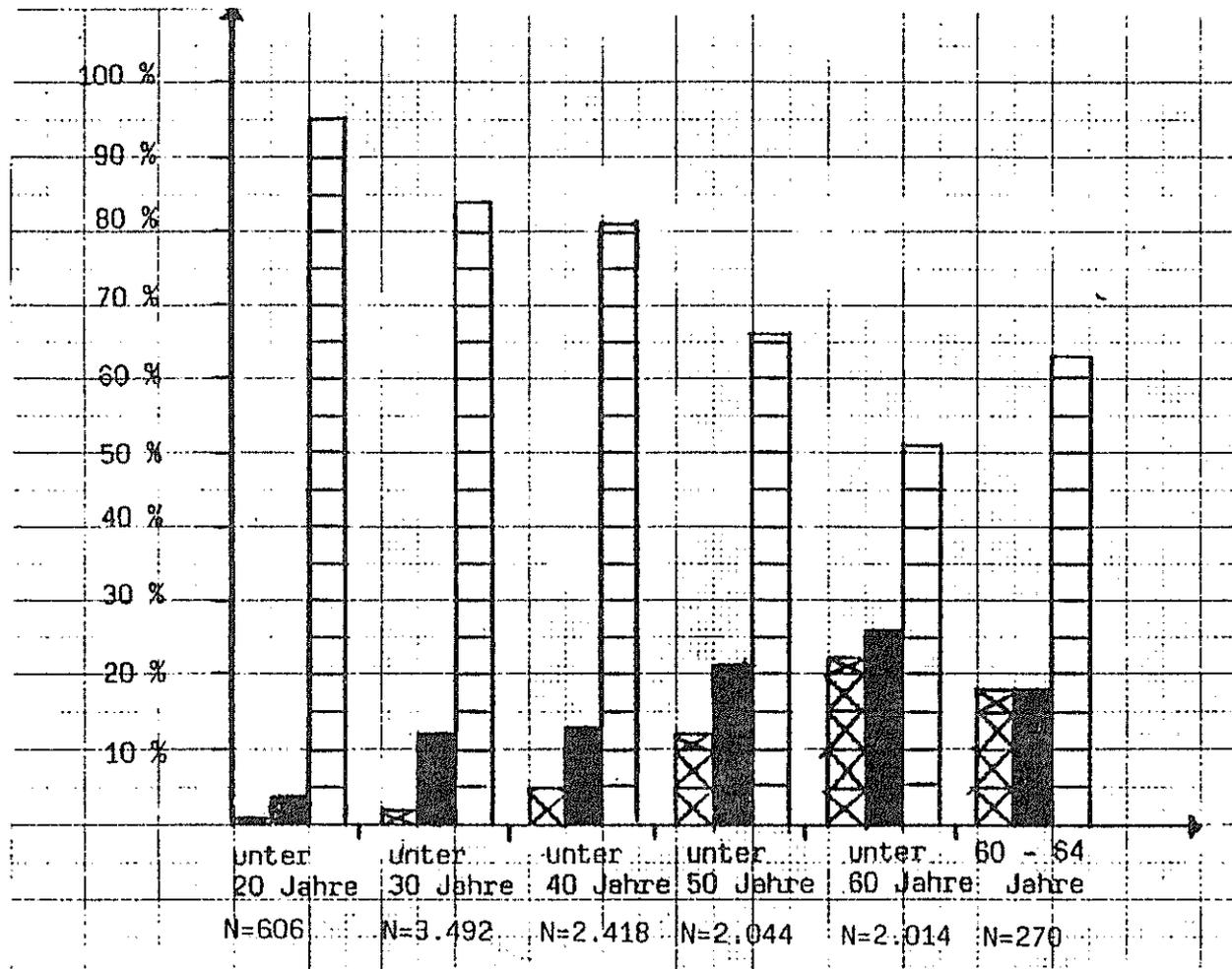
Das sind, abgesehen vom höheren Lebensalter, die Merkmale "ohne Hauptschulabschluß", "ohne abgeschlossene Berufsausbildung" und "längere Dauer der Arbeitslosigkeit".

- Personen mit psychisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten:

Die Rehabilitationsstatistik des Arbeitsamtes spiegelt die besonderen Arbeitsmarktprobleme dieser Gruppe allerdings nicht eindeutig wider (siehe Tab. 20). Auch die Neuzugänge dieser Gruppe beim Arbeitsamt sind von 1982 - 1987 mit 39,6 % nicht stärker angestiegen als die Zahl der erstmals beim Arbeitsamt registrierten Behinderten insgesamt (39,4 %).

...

Schaubild 16: Arbeitslose nach gesundheitlicher Einschränkung und Altersgruppen (1987)



- Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen
- sonstige Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen
- amtlich anerkannte Behinderte

Quelle: Sonderuntersuchung über Arbeitslose Ende September 1987 (EDV-Auszug Arbeitsamt Wiesbaden)

Tabelle 20:

Neuzugänge von psychisch Behinderten beim Arbeitsamt

(Quelle: jährliche Rehabilitationsstatistik des Arbeitsamtes)

Jahr	abs.	%-Anteil (aller Neuzugänge von Behinderten)
1987	67	4,9
1986	59	5,3
1985	61	6,3
1983	49	4,9
1982	48	4,8

Dennoch stehen der Integration dieser Gruppe insofern spezifische Barrieren entgegen, als sie im Vergleich zu anderen Behinderten häufiger ihren Arbeitsplatz verlieren, als Arbeitslose besonders große Vermittlungsprobleme haben und über Rehabilitationsmaßnahmen ihre Chancen am allgemeinen Arbeitsmarkt bisher kaum erhöht werden konnten.

Aus diesen Gründen wird bereits seit einiger Zeit Bedarf an beschützten Arbeitsplätzen in einer speziellen Werkstatt für psychisch Behinderte auch in Wiesbaden artikuliert.

- Schwer Körper- und geistig Behinderte:

Als lebenslang Behinderte ohne besonderen Pflegebedarf sind sie häufig arbeitslos und haben geringe berufliche Rehabilitationsaussichten, so daß sie meist nur auf beschützten Arbeitsplätzen in der Behindertenwerkstatt beschäftigt werden können.

Arbeitsplätze am allgemeinen Arbeitsmarkt liegen für diese Gruppe überwiegend im Bereich rationalisierbarer Tätigkeitsfelder. Im Zuge wachsender Automatisierung einerseits sowie gestiegener Qualifikationsanforderungen andererseits sind typische Behindertenarbeitsplätze (z. B. Fahrstuhlführer) verschwunden bzw. reduziert worden. Zu den noch vorhandenen, wenigen "Arbeitsmarktnischen" für Behinderte haben gerade Institutionen wie das Arbeitsamt kaum Zugang. Die Vermittlung auf sogenannte Nischenarbeitsplätze gelingt meist nur auf Initiative von Sonderschulen, Eltern und Wohnheimen: so konnten aufgrund erfolgreicher Bemühungen der Wichernschule in den letzten 10 Jahren 17,9 % (10) aller Abgänger der Sonderschule über Berufspraktika auf Arbeitsplätze am allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden.

...

- Behinderte zwischen allgemeinen Arbeitsmarkt und Behindertenwerkstatt:

Hierzu zählen insbesondere Behinderte, die im Hinblick auf ihre kognitiven Fähigkeiten in der Behindertenwerkstatt unterfordert sind, als sogenannte Lernbehinderte den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes jedoch nicht genügen oder als lebenslang Körperbehinderte oft nur schwer einen Arbeitsplatz am allgemeinen Arbeitsmarkt finden.

7.3. Bestand berufsfördernder Hilfen für Behinderte

Es gibt eine Vielzahl von Hilfen zur beruflichen Integration von Behinderten, die sich im wesentlichen in 3 Gruppen zusammenfassen lassen:

- Bildungsmaßnahmen:

Die Vermittlung erfolgt über das Arbeitsamt, die Finanzierung über einzelne Reha-Träger. Durchgeführt werden sie meist in überregionalen und überbetrieblichen Einrichtungen wie Berufsbildungs- und -förderungswerken, vereinzelt auch von örtlichen, gemeinnützigen Trägern:

Aus- und Fortbildung, Umschulung, Arbeitserprobungs- und Berufsfindungsmaßnahmen, Vorbereitungs- und Förderlehrgänge, Eingliederungsmaßnahmen in die Behindertenwerkstatt.

- Finanzielle Hilfen:

Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsaufnahme und Erhaltung des Arbeitsplatzes werden finanziert über Arbeitsamt und Hauptfürsorgestelle:

- Diverse zweckgebundene Zuschüsse an Arbeitgeber bei der Beschäftigung besonderer Problemgruppen von Behinderten, zur Einrichtung technischer Arbeitshilfen etc.

- Diverse arbeitsfördernde und -begleitende Hilfen an Behinderte wie Fahrkostenbeihilfe, Überbrückungsgeld, Verdienstausschlag, PKW, Führerschein etc.

Hilfen zu laufenden Bildungsmaßnahmen werden von den jeweiligen Reha-Trägern finanziert: Reisekosten, Unterkunft, Lernmittel, etc.

- Psychosoziale Hilfen:

Bereitgestellt oder vermittelt über die Hauptfürsorgestelle werden Formen der psychosozialen, persönlichen Betreuung Behinderter am Arbeitsplatz. Dieses Angebot besteht erst seit August 1986 (Novellierung des SchwbG).

Verschiedene Einzelmaßnahmen können zum Teil gleichzeitig oder nacheinander, aber auch als sich gegenseitig ausschließende Alternativen eingesetzt werden. Das Arbeitsamt ist laut Rehabilitationsstatistik des Hess. Stat. Landesamtes mit weit über 80 % größter Maßnahmeträger der beruflichen Rehabilitation Behinderter.

Zur beruflichen Integration Behinderter werden überwiegend Qualifizierungsmaßnahmen angeboten.

Inwieweit der Bestand beruflicher Integrationshilfen den realen Bedarf abdeckt, kann nicht abschließend beurteilt werden, da

- bestimmte, nur schwer quantifizierbare Gruppen von Behinderten die Leistungsvoraussetzungen beruflicher Rehabilitation nicht erfüllen und bereits durch das Selektionskriterium "rehabilitationsgeeignet" (günstige Prognose für erfolgreichen Abschluß der Reha-Maßnahme und anschließende Vermittlung am Arbeitsmarkt) von berufsfördernden Reha-Maßnahmen faktisch ausgeschlossen werden ,
- das Angebot nicht einfach die Nachfrage, sondern eher noch die finanzierungsbedingten Kapazitätengrenzen der Reha-Träger widerspiegelt,
- das geringe Ausmaß finanzieller Hilfen und Anreize an Arbeitgeber oder Behinderte auch auf generelle Beschäftigungsvorbehalte von Arbeitgebern gegenüber Behinderten zurückzuführen ist.

Eine Reihe von Anhaltspunkte deuten zumindest darauf hin, daß bisher nur eine Minderheit von Behinderten mit beruflichen Integrationsproblemen von berufsfördernden Hilfen erreicht wird:

- Das Arbeitsamt ist zwar größter Kostenträger berufsfördernder Reha-Maßnahmen, finanziert aber nur für ein gutes Drittel (37,7 %, 520) (1) der Neuzugänge von Rehabilitanden anschließend berufliche Bildungsmaßnahmen (Tab.21).
- Versorgungslücken im Rehabilitationsbereich Behinderter sind derzeit Gegenstand öffentlicher politischer Diskussionen:
Die haushaltsbedingte Sparpolitik der Bundesanstalt für Arbeit bringt es im Bereich der Berufsförderung von Behinderten mit sich, daß im Jahr 1988 Kapazitätserweiterungen - vergleichbaren vorausgegangener Jahre - nicht vorgenommen werden können, da die verfügbaren Haushaltsmittel durch laufende Maßnahmen der Jahre 1986/87 noch gebunden sind. Damit gerät die manifeste
...

1) Zahlenangaben in Klammern beziehen sich im folgenden auf das Jahr 1987, sofern nicht anders vermerkt.

Tab. 21: Verteilung der Neuzugänge in der Reha-Abteilung des Arbeitsamtes nach Berufsanfängern, Behinderte mit Berufserfahrung und Art der Maßnahme

	1983	1984	1985	1986	1987
Zugänge beim Arbeitsamt insg.	1.006	848	961	1.105	1.380
% Veränderung zum Vorjahr	+ 1,6 %	- 15,7 %	+ 13,3 %	+ 15,0 %	+ 24,9 %
<u>Davon:</u>					
<u>Berufsanfänger insg.:</u>	368	277	276	313	327
<u>davon:</u>					
Zugänge in Bildungsmaßnahmen finanz. Hilfen	247 26	226 23	245 24	294 25	283 25
<u>Behinderte mit Berufserfahrung insg.:</u>	638	571	685	792	1.053
<u>davon:</u>					
Zugänge in Bildungsmaßnahmen finanz. Hilfen	219 21	182 31	163 40	155 49	237 137

Quelle: Rehabilitationsstatistik des Arbeitsamtes

Nachfrage in offenen Konflikt mit finanzpolitisch begründeten Rahmenbedingungen.

7.4. Zielgruppen und Wirkung berufsfördernder Rehabilitationsmaßnahmen

Die Zielgruppen berufsfördernder Maßnahmen für Behinderte lassen sich im wesentlichen nach den Merkmalen Alter, Stellung im Erwerbsleben, Schulabschluß und Behinderungsart differenzieren: (1)

- Etwa die Hälfte der Behinderten, die beim Arbeitsamt in den letzten Jahren erstmals mit der Bitte um berufliche Integrationshilfen in Erscheinung traten, waren jünger als 25 Jahre (651). Dieses sind etwa wiederum zur Hälfte Sonderschulabgänger und sonstige Berufsanfänger ohne Hauptschulabschluß (327). Das Angebot beruflicher Rehabilitationshilfen, das schwerpunktmäßig Ausbildungs- und Berufsvorbereitung bezweckt, ist insofern im wesentlichen auf Jugendliche bzw. junge Erwachsene zugeschnitten, obwohl diese Gruppe nur etwa ein Viertel (23,7 %, 327) der jährlichen Neuzugänge in der Rehabilitationsabteilung des Arbeitsamtes ausmacht (Tab.21).

Sonderschulabgänger und Berufsanfänger werden am häufigsten in berufsfördernden Bildungsmaßnahmen vermittelt: 86,5 % (283) aller Neuzugänge von Berufsanfängern wurden im Jahr 1987 in berufliche Bildungsmaßnahmen vermittelt (Tab. 21).

- Erwachsene Behinderte mit Berufserfahrung hingegen stellen zwar fast 3/4 des jährlichen Zugangs in der Rehabilitationsabteilung des Arbeitsamtes (Tab.21), sie kommen aber nur relativ selten in den Genuß von beruflichen Reha-Maßnahmen: Nur 22,5 % (237) der neuen Bewerber wurden 1987 vermittelt (2). Das Angebot an Integrationshilfen für diese Gruppe umfaßt im wesentlichen Umschulungs-, Fortbildungsmaßnahmen und finanzielle Beschäftigungshilfen. Arbeitslose oder wenig qualifizierte Behinderte werden von dem zur Zeit verfügbaren Angebot an Hilfen für Erwachsene am wenigsten erreicht; berufsfördernde Maßnahmen für erwachsene Behinderte dienen überwiegend der Stabilisierung bestehender Arbeitsverhältnisse: sie werden zu 96,5 % (1.018) von erwerbstätigen Behinderten und zu 93,7 % (987) von Behinderten mit Hauptschul- oder höherem Schulabschluß nachgefragt.

...

- 1) Zahlenangaben beruhen im folgenden auf der Rehabilitationsstatistik des Arbeitsamtes für das Jahr 1987, sofern nicht anders vermerkt.
- 2) Das Arbeitsamt ist für Berufsanfänger fast immer Kostenträger, Behinderte mit Berufserfahrung haben jedoch eher Ansprüche gegenüber anderen Reha-Kostenträgern, so daß sie auch aus diesem Grund in der Arbeitsamtsstatistik weniger stark vertreten sind. Da jene als Träger berufsfördernder Maßnahmen im Vergleich mit dem Arbeitsamt allerdings nicht wesentlich ins Gewicht fallen, verzerrt der statistische Fehler das Gesamtbild kaum.

- Das Kriterium "rehabilitationsfähig" grenzt die Zielgruppen berufsfördernder Hilfen für Behinderte grundsätzlich ein. Darüber hinaus wird die Förderungspraxis aufgrund der Vielfalt von Maßnahmen für Jugendliche bzw. Berufsanfänger noch weiter differenziert: Bei Sonderschulabgängern und teilweise auch Hauptschülern ohne Hauptschulabschluß wird die "Berufsreife" durch Bewertung der kognitiven Fähigkeiten festgestellt. Nach Ergebnissen dieses Überprüfungsverfahrens werden Jugendliche in Ausbildungsmaßnahmen, ausbildungs- oder berufsvorbereitende Maßnahmen, in die Behindertenwerkstatt oder auf einen Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes vermittelt (siehe Schaubild 17 und Tab. 22). Erfahrungen aus der Praxis der Rehabilitationsabteilung des Arbeitsamtes zufolge, ist nach Abschluß der Sonderschule kaum ein Jugendlicher direkt ausbildungs- oder Vermittlungsfähig. Daher werden sowohl Ausbildungsmaßnahmen als auch Arbeitsplatzvermittlungen im Regelfall Vorbereitungslehrgänge vorgeschaltet.
- Von Personen mit Krankheiten des Skelettes werden mit einem Anteil von 40,0 % (553) berufsfördernde Reha-Maßnahmen am häufigsten nachgefragt, gefolgt von Lernbehinderten mit 12,8 % (176). Der größte Teil der Reha-Maßnahmen ist auch auf diese Zielgruppen zugeschnitten.
- Über berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen können die Arbeitsmarktchancen nur eines Teils der Behinderten effektiv verbessert werden:

Bei 39,7 % (745) aller abgeschlossenen Maßnahmen gelingt die Integration in den Arbeitsmarkt oder in sonstige Reha-Maßnahmen nicht (siehe Tab. 23).

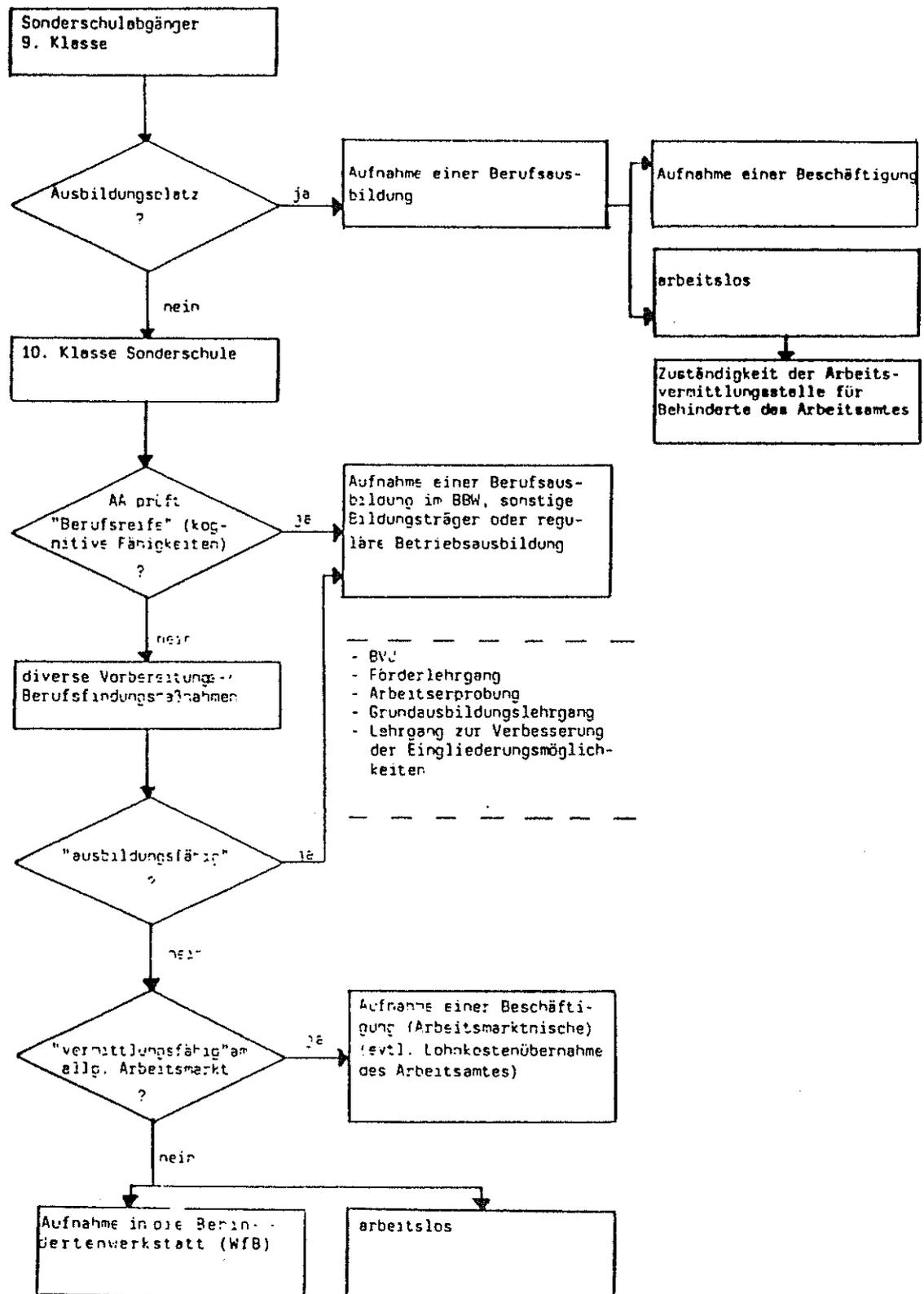
In der Vermittlungspraxis des Arbeitsamtes zeigt sich, daß der Chancenzuwachs von Reha-Maßnahmen nach Art und Schwere der Behinderung und der durch die Maßnahme erreichten Qualifikation variiert. Generell gilt, je qualifizierter die Maßnahme und je erfolgreicher ihr Abschluß, desto größer ist auch der Chancenzuwachs am Arbeitsmarkt: Lernbehinderte mit qualifizierter Ausbildung haben anschließend relativ gute Vermittlungschancen.

Weniger günstig sind demgegenüber die Integrationschancen von Körperbehinderten mit qualifizierter Berufsausbildung; sie finden über private Initiative selten einen Arbeitsplatz, sondern bleiben in weitaus stärkerem Maße auf die Vermittlungstätigkeit des Arbeitsamtes angewiesen.

Unabhängig von der Behinderungsart ist nach Abschluß eines Vorbereitungs- und Förderlehrganges ohne anschließende Ausbildungsmaßnahme kaum jemand vermittelbar, nur vereinzelt gelingt es, Personen in dieser Lage über finanzielle Anreize (Einarbeitungszuschüsse etc.) bei größeren Betrieben oder im Bereich des Gartenbaues unterzubringen.

...

Schaubild 17: Zuordnung von Behinderten in berufliche Reha-
Maßnahmen (Berufsberatung für Behinderte)



Tab. 22: Neuzugänge von Behinderten in berufsfördernde
Bildungsmaßnahmen (1987)

	Jugendliche vor dem Eintritt ins Berufsleben, sonstige Berufsanfänger		Erwachsene Behinderte mit Berufserfahrung	
	abs.	%	abs.	%
Staatlich anerkannter Ausbildungsberuf	99	35%		
Ausbildung nach § 48 BBiG bzw. § 42 HWO	32	11,3%		
Fortbildungsmaßnahme § 16 A-Reihe			9	3,8%
Umschulungsmaßnahme § 17 A-Reihe			127	53,6%
Fernunterrichtsmaßnahmen § 18				
Berufsfindung	18	6,4%	25	10,6%
Arbeitserprobung	17	6,0%	36	15,2%
Grundausbildungslehrgang	13	4,6%		
Förderungslehrgang - F 1	15	5,3%		
Förderungslehrgang - F 2	1	0,4%		
Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten	65	22,9%	1	0,4%
blindentechn. und vergl. spez. Grundausbildung			2	0,8%
Maßnahme im Eingangs-/ Trainingsbereich einer WfB	23	8,1%	4	1,7%
Vorbereitungsmaßnahme für Umschulung			33	13,9%
Insgesamt	283	100%	237	100%

Quelle: Rehabilitationsstatistik des Arbeitsamtes 1987

Tab. 23: Beendigung von berufsfördernden Maßnahmen des
Arbeitsamtes nach dem Ergebnis der Maßnahmen (1987)

	abs.	%
Insgesamt:	875	100%
Darunter: mit folgendem Ergebnis:		
Vermittlung in unbefristete Arbeit	84	4,4%
Aufnahme selbstgesuchter unbefristeter Arbeit	311	36,6%
Aufnahme in den Arbeitsbereich einer WfB	50	2,7%
Innerbetriebliche Umsetzung	7	0,4%
Verbleib im bisherigen Beruf	451	24,1%
Verbleib in bisheriger Schule	89	4,7%
Besuch einer allg./berufsfördernden Schule	96	5,1%
Einmündung in mediz. Reha-Maßnahmen	41	2,2%
Einmündung in Reha-Maßn. z. soz. Eingliederung	1	0,05%
mangelnde Eignung für Reha-Maßnahmen	21	1,1%
fehlende Bereitschaft f. Reha-Maßnahmen	273	14,6
sonstige Gründe	451	24,1

Quelle: Rehabilitationsstatistik des Arbeitsamtes 1987

7.5. Behinderte auf beschützten Arbeitsplätzen

7.5.1. Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen

§ 54 SchwbG definiert die Werkstatt für Behinderte (WfB) als eine Einrichtung der beruflichen Integration mit besonderem Förderungsauftrag gegenüber der Zielgruppe von Behinderten, die in der Lage sind, ein "Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung" zu erbringen und die wegen "Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Ausschlusskriterien sind nach § 1 SchwbWV "fehlende Gemeinschaftsfähigkeit" oder ein "außerordentliches Pflegebedürfnis".

Aufgabe der WfB ist es, die Leistungsfähigkeit der Behinderten "zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und ein dem Leistungsvermögen angemessenes Arbeitsentgelt zu erzielen" (§ 54 SchwbG). Sie soll über ein breites Angebot an Arbeitsplätzen verfügen, um individuellen Leistungsfähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten Rechnung zu tragen.

Der Zugang zur WfB wird institutionell durch das Arbeitsamt gesteuert, meist in Zusammenarbeit mit den Sonderschulen, vereinzelt auch in Kooperation mit Gesundheitsamt, sozialen Diensten oder psychiatrischen Krankenhäusern.

Die WfB ist konzeptionell in zwei zentrale Bereiche gegliedert:

- Der Eingangs- und Trainingsbereich dient der Feststellung und Förderung beruflicher Neigungen sowie der Vorbereitung auf den Arbeitsbereich. Der Personalschlüssel liegt bei 1 : 6. Das Arbeitsamt ist für maximal zwei Jahre Kostenträger.
- Der Arbeitsbereich soll - unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Behinderten - dem allgemeinen Arbeitsmarkt vergleichbar ausgestattet sein und die Voraussetzungen zur Vorbereitung auf eine Vermittlung am allgemeinen Arbeitsmarkt erfüllen. Der Personalschlüssel liegt bei 1 : 12, Kostenträger der Maßnahme ist der überörtliche Sozialhilfeträger (LWV).

Darüber hinaus sollen bereichs übergreifende begleitende Dienste (zur sozialen, pädagogischen und medizinischen Betreuung) angeboten werden. Der Personalschlüssel liegt bei 1 : 120.

Die wöchentliche Arbeitszeit ist auf mindestens 35 Std. und max. 40 Std. einschließlich Teilnahme an begleitenden Maßnahmen festgelegt.

7.5.2. Kapazität und Beschäftigungsangebote der Wiesbadener Behindertenwerkstatt

In Trägerschaft des gemeinnützigen Vereins für Behindertenhilfe in Wiesbaden und dem Rheingau-Taunus-Kreis wird derzeit eine Werkstatt für Behinderte mit insgesamt 322 Plätzen betrieben (Stand: 01.10.1987). Davon entfallen 187 Plätze auf die Werkstatt in Wiesbaden-Biebrich und 135 Plätze auf die Zweigwerkstatt in Hohenstein-Breithardt.

Arbeitsplätze werden in folgenden Tätigkeitsbereichen angeboten:

Wiesbaden: Metall, Druckerei, Verpackung und Montage

Hohenstein-Breithardt: Elektrotechnik, EDV, Holz- und Textilverarbeitung

Ein Kapazitätsausbau auf 240 Plätze in Wiesbaden mit zusätzlichen Beschäftigungsmöglichkeiten im Gärtnereibereich ist geplant. Darüber hinaus soll eine weitere Zweigwerkstatt in Oestrich-Winkel mit 90 Plätzen für den Rheingau in den Bereichen Wäscherei und evtl. EDV neu eingerichtet werden.

Da die regionale Zuständigkeit der Werkstatt und ihrer Zweigwerkstätten eng definiert ist (Wiesbaden: Einzugsbereich Stadt Wiesbaden, Hohenstein-Breithardt: Einzugsgebiet Taunus, Oestrich-Winkel: Einzugsgebiet Rheingau), sind trotz insgesamt vorhandener differenzierter Beschäftigungsangebote diese für Behinderte aus den verschiedenen Regionen nicht voll nutzbar. Ein im Hinblick auf die Zugänglichkeit der unterschiedlichen Arbeitsplatzangebote wünschenswerter betriebsinterner Austausch zwischen den Standorten wird aus Kostengründen (Fahrtskosten) kaum für durchführbar gehalten.

In der Sondergruppe für pflegebedürftige erwachsene Schwerstbehinderte werden zur Zeit 5 Behinderte tagsüber betreut. Eine Ausweitung auf 12 Plätze, die eine Verbesserung der räumlichen Bedingungen (Gruppenräume) einschließt, ist beabsichtigt.

Der zukünftige Bedarf an Werkstattarbeitsplätzen für Behinderte aus Wiesbaden und dem Rheingau-Taunus-Kreis soll nach der Realisierung laufender Planungsvorhaben abgedeckt sein. Die Zahl der Neuaufnahmen stagniert zwar seit einigen Jahren bei jährlich ca. 13 Behinderten, da jedoch kurzfristig noch keine Plätze durch ältere Behinderte frei werden und die Werkstatt derzeit überbelegt ist, ist mittelfristig noch eine Kapazitätserweiterung notwendig.

Das Arbeitsentgelt orientiert sich an der Arbeitsleistung und Arbeitsmotivation, die von den Gruppenleitern und Sozialarbeitern bewertet wird. Zugrunde gelegt ist eine Lohnstaffelung von derzeit 100,-- DM/mtl. (= Ausbildungsvergütung für Behinderte im 2. Lehrjahr durch Arbeitsamt) bis zu 570,-- DM/mtl. (= Geringverdienergrenze).

Neben der bereits bestehenden Werkstatt ist die Einrichtung einer weiteren speziellen Werkstatt für psychisch Behinderte in Trägerschaft der Inneren Mission in Wiesbaden ("Im Rad") geplant, die voraussichtlich im Herbst 1988 eröffnet werden soll. Sie wird insgesamt ca. 90 Plätze in den Arbeitsfeldern Montage, Holz und Büroservice anbieten. Die Integration kleinerer, befristeter Arbeitsprojekte für ehemalige Psychiatrie-Patienten ist beabsichtigt, um deren Existenz dauerhaft zu gewährleisten. Das Klientel soll sich schwerpunktmäßig aus Bewohnern von Wohneinrichtungen für psychisch Behinderte und des PKH Eichberg zusammensetzen.

7.5.3. Zielgruppe der Wiesbadener Behindertenwerkstatt ¹⁾

In der Werkstatt für Behinderte sind derzeit überwiegend jüngere und mittlere Altersgruppen beschäftigt, die drei biographisch differenzierte Hauptgruppen bilden:

- Behinderte, die das 3. Reich überlebt haben (45 Jahre und älter):
18 (9,6 %)
- Behinderte, die weitgehend ohne vorschulische und schulische Förderung in der Familie aufgewachsen sind (30 - 45 Jahre):
78 (41,7 %)
- Behinderte, die seit der Kindheit zahlreiche institutionelle Förderungsmaßnahmen für Behinderte durchlaufen haben (unter 30 Jahre):
91 (48,7 %)

Ein Verbleib in der Werkstatt ist bis zum Rentenalter möglich. Die heutige demographische Struktur der WfB läßt noch keine empirischen Aussagen darüber zu, welche besonderen Probleme sich ergeben, wenn Behinderte mit dem Erreichen eines bestimmten kalendarischen Alters und dem Ausscheiden aus der WfB gleichzeitig einen großen Teil ihrer Sozialkontakte verlieren.

...

1) Zahlenangaben beziehen sich im folgenden nur auf Behinderte der Werkstatt in Wiesbaden-Biebrich, unberücksichtigt bleibt die Zweigwerkstatt in Hohenstein-Breithardt.

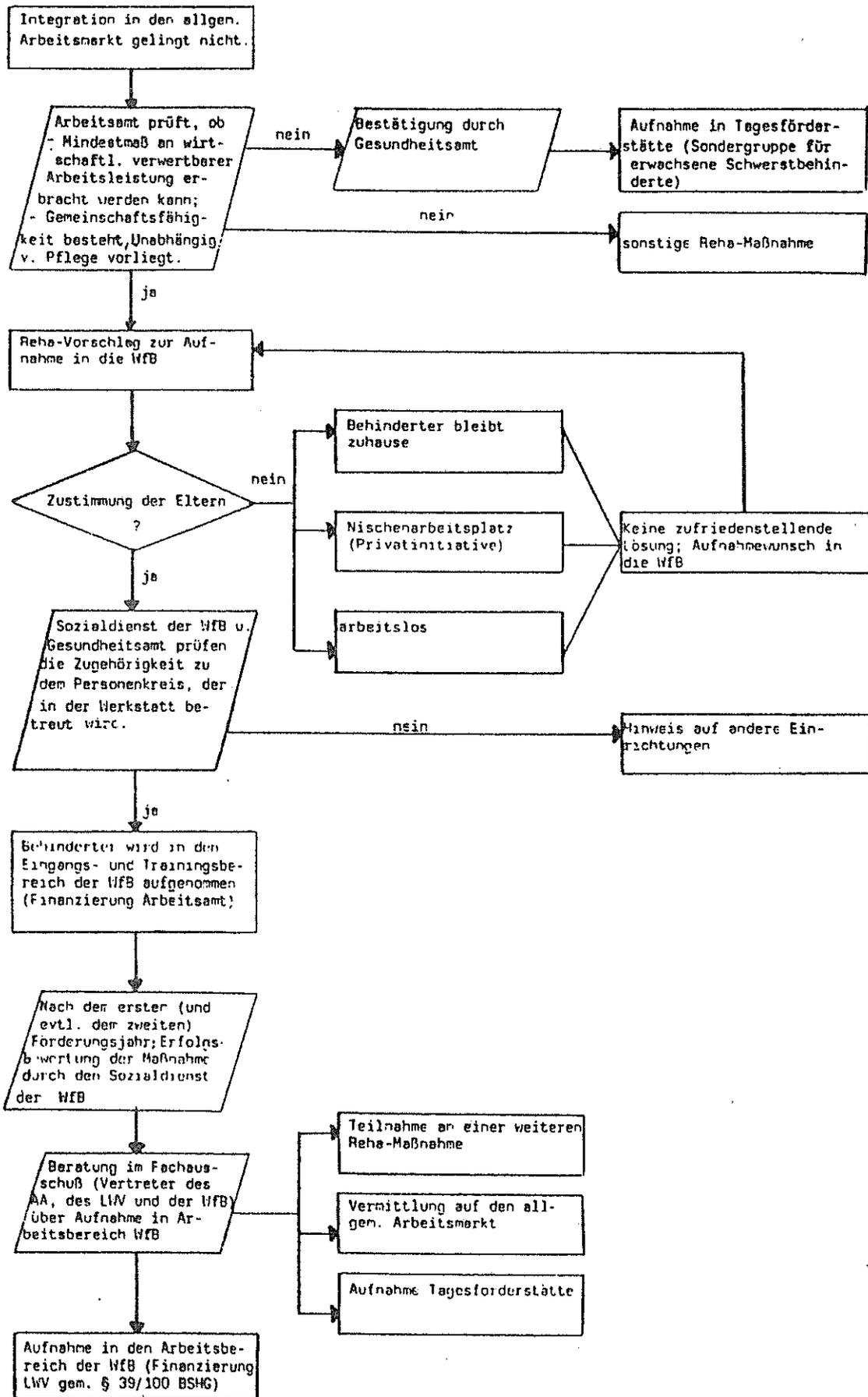
Behinderungsarten und Schwere von Behinderungen stellen Zugangsschwellen der Behindertenwerkstatt dar, die im Rahmen des Aufnahmeprüfungsverfahrens durch Arbeitsamt, Gesundheitsamt und Sozialdienst der WfB derzeit relativ hoch angesetzt sind. Fremdplazierungen können aufgrund der verschiedenen vorgeschalteten Filter in Wiesbaden als unwahrscheinlich gelten (siehe Schaubild 18). Zu berücksichtigen ist jedoch, daß die der Aufnahme zugrundeliegenden Bewertungsstandards am allgemeinen Arbeitsmarkt orientiert sind und insofern Strukturprobleme des Arbeitsmarktes bis in die Behindertenwerkstatt hineinwirken.

Zielgruppe der Werkstatt sind zum größten Teil Abgänger der Sonderschule für Praktisch Bildbare (Wichernschule). Bei 3/4 (142) der Behinderten in der WfB liegt eine geistige Behinderung vor bzw. ist dominierender Teil einer Mehrfachbehinderung. Körperbehinderungen kommen unter den Beschäftigten der WfB meist in Verbindung mit weiteren Behinderungsarten vor. Bloß Lernbehinderte werden nicht in die WfB aufgenommen (siehe Tab. 24). Allerdings hat sich in den letzten Jahren die Zielgruppe leicht verschoben, so daß heute bereits 8 % der Beschäftigten einem Personenkreis angehören, dessen dominante Behinderung in einer Lernbehinderung besteht. Überwiegend handelt es sich um Abgänger der Sonderschulen für Lernbehinderte, deren Aufnahme in die Werkstatt mit ihrer Zuordnung zum Grenzbereich der geistigen Behinderung begründet wird.

Für den größten Teil der derzeit in der WfB beschäftigten Behinderten (ca. 98 %) ist mit der Aufnahme in die Behindertenwerkstatt der weitere Berufsweg festgelegt. Sie können auch in der WfB nur Tätigkeiten mit niedrigem Schwierigkeitsgrad ausüben. Allein im Bereich von Verpackung und Montage sind 176 Behinderte beschäftigt. Im EDV-Bereich in Breithardt sind nur 2 Behinderte tätig. Eine Modernisierung des Erfassungssystems (Lochkarten) ist erforderlich, um die stark rückläufige Auftragslage aufzufangen (früher 13 %, heute 2 % der Werkstatteinahmen), entsprechend qualifizierte Behinderte sind jedoch derzeit für eine Besetzung zeitgemäßer EDV-Arbeitsplätze nicht verfügbar.

Obwohl es für kaum einen der in der WfB tätigen Behinderten derzeit eine Beschäftigungsalternative außerhalb der Werkstatt gibt, reagieren die Eltern von Behinderten auf einen Vermittlungsvorschlag in die Behindertenwerkstatt oft reserviert bis ablehnend (siehe Schaubild 18). Infolge solcher Akzeptanzbarrieren erfolgt nur bei einem Teil der Sonderschulabgänger die Aufnahme in die WfB im direkten Anschluß an die Schulentlassung. Einer Aufnahme in die WfB werden vielfach sonstige Reha-Maßnahmen oder Integrationsversuche in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorgeschaltet:

Schaubild 18 Aufnahmeverfahren Behinderter in die Behindertenwerkstatt (WfB)



Tab. 24 : Behinderte in der Behindertenwerkstatt nach Behinderungsarten (Stand: 15.10.1987)

Geistig Behinderte insg. <u>davon: Mehrfachbehinderte</u>	142 31	(75,9 %)
Körperbehinderte insgesamt <u>davon: Mehrfachbehinderte</u>	24 22	(12,8 %)
Psychisch Behinderte	2	(1,1 %)
Anfallskranke	4	(2,1 %)
Lernbehinderte mit weiteren Behinderungen (Sinnesbehin- derung, psychisch Kranke, Anfallskranke, Verhaltens- auffälligkeiten)	15	(8,0 %)
Insgesamt	187	(100 %)

Tab. 25: Zugänge der Behindertenwerkstatt nach vorausgegangenen Maßnahmen

Neuaufnahmen (4/1986 - 12/1987): insgesamt	18
<u>davon Aufnahme:</u>	
im direkten Anschluß an Schulentlassung	5
nach Scheitern sonstiger Reha-Maßnahmen	4
arbeitslos nach Hilfsarbeiter-tätigkeit, Familienbetreuung (ältere Geburtsjahrgänge)	7
Wohnheim	2

Von Seiten der WfB wurden in der Vergangenheit kaum Ablehnungen ausgesprochen:

In den letzten 10 Jahren wurde 1 Behinderter wegen "fehlender Gemeinschaftsfähigkeit" ausgeschlossen, in einem anderen Fall wurde wegen erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf ein Wechsel vom Eingangs- und Trainingsbereich in die "Sondergruppe für erwachsene Schwerstbehinderte" vorgenommen. Zielgruppe dieser Tagesförderstelle der WfB sind in privaten Haushalten lebende Behinderte, die alternativ zur teilstationären Unterbringung in Wohnheimen in der Behindertenwerkstatt tagsüber - abgelöst von einer Beschäftigung - versorgt und sozialpädagogisch betreut werden.

7.5.4. Besondere Probleme der Wiesbadener Behindertenwerkstatt

Noch ungelöst, sind in der Behindertenwerkstatt derzeit folgende Schwierigkeiten:

- Die Auftragslage der WfB wird zur Zeit zwar positiv beurteilt; um aber weiterhin konkurrenzfähig zu bleiben, ist bei stagnierender Arbeitsproduktivität eine evtl. Lohnsenkung nicht auszuschließen.
- Defizite in der Behindertenwerkstatt bestehen insbesondere für Körperbehinderte, die mit geistig Behinderten zusammenarbeiten. Das Arbeitsangebot ist hauptsächlich abgestimmt auf geistig Behinderte, so daß überwiegend Körperbehinderte, die geistig anspruchsvollere Tätigkeiten monotoner Industriearbeit vorziehen würden, unterfordert sind.
- Der Umgang mit den Behinderten in der Werkstatt ist in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden. Insbesondere mit den jüngeren Behinderten wächst derzeit ein Klientel in die Werkstatt hinein, welches neue Betreuungsanforderungen stellt. Denn immer häufiger werden bei geistig Behinderten Verhaltensauffälligkeiten (Aggressionen, psychische Erkrankungen) als sekundäre bzw. "tertiäre" Behinderung festgestellt. Hierfür gibt es verschiedene Erklärungen:

...

- Die mit einer inzwischen meist lebenslangen Dauerförderung und Betreuung verbundene Überinstitutionalisierung der Lebenswelt von Behinderten sowie oftmals Überfordernde Eltern erzeugen einen Leistungs- und Anpassungsstreß, auf den Behinderte zunehmend mit Verhaltensauffälligkeiten reagieren.
- Verhaltensauffälligkeiten sind zum Teil auch Ausdruck einer nicht gelungenen Ablösung von der Herkunftsfamilie, die für Behinderte noch schwieriger ist wie für Nicht-Behinderte, wenn sie häufig auch erst mit einer zeitlichen Verzögerung offensichtlich wird.
- Hinzu kommt, daß eine unter Umständen "lebenslange Elternschaft" für Familien mit behinderten Kindern zusätzliche psychische und soziale Belastungen schafft.
- Von der Werkstatt für Behinderte können die psychischen und sozialen Probleme der Behinderten derzeit nur unzureichend aufgegriffen werden: zum einen sind die Gruppen- und Arbeitsleiter weniger pädagogisch qualifiziert, zum anderen läßt der Personalschlüssel des Sozialdienstes der Werkstatt kaum eine intensive Betreuung zu. Der Sozialdienst interveniert zur Zeit ausschließlich arbeitsbezogen; arbeitsunabhängige Betreuungsangebote bestehen kaum, teilweise auch wegen der noch bestehenden räumlichen Engpässe.
- Aus dem widersprüchlichen Auftrag der WfB, zum einen betriebswirtschaftlichen und zum anderen sozialpädagogischen sowie sozialpolitischen Anforderungen zu genügen, erwächst eine doppeldeutige Situation: die WfB ist sowohl Kommunikations- und Lernumfeld als auch Leistungs- und Arbeitswelt und die Grenzen zwischen den Bereichen Arbeit und Freizeit verflüssigen sich. Diese erwünschte Doppelfunktion der Werkstatt wirkt aber auch als Integrationsbarriere: sie stabilisiert die Abhängigkeit der Behinderten von der Werkstatt, insofern die Behinderten kaum dazu befähigt werden, den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes (Pünktlichkeit, 8 Std. Arbeitszeit ohne Freizeit) standzuhalten.
- Von der Werkstatt wird derzeit, abgesehen von vereinzelten Versuchen, die Integration Behinderter in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht systematisch gefördert (s. Schaubild 18). Ausgliederungen aus der WfB in den allgemeinen Arbeitsmarkt sind selten: Von 1980 - 1987 gelang lediglich 11 Behinderten der Wechsel aus der WfB in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Mit der Aufnahme eines Behinderten aus dem Eingliederungs- und Trainingsbereich in den Produktionsbereich der Werkstatt ist auch für das Arbeitsamt die berufliche Integration erfolgreich abgeschlossen. Die Initiative zur Integration Behinderter in den regulären Arbeitsmarkt ging daher bisher überwiegend von Wohnheimen, von Eltern und Angehörigen der Behinderten aus. ...

Es gibt allerdings Überlegungen, den Übergang von Beschäftigten der Werkstatt in den regulären Arbeitsmarkt gezielt zu fördern (Bildung von Vorbereitungsgruppen in der WfB, Einrichtung von Außenarbeitsplätzen, Vermittlung auf beschützte Arbeitsplätze) in der freien Wirtschaft.

7.6. Perspektiven und Handlungsbedarf

Unter den Bedingungen einer fortschreitenden allgemein ungünstigen Arbeitsmarktentwicklung ist kaum mit einem Rückgang der Arbeitslosigkeit oder einer Verbesserung der Beschäftigungssituation Behinderter zu rechnen. Vielmehr sind bei anhaltend hoher Arbeitslosigkeit vor allem gering qualifizierter Personen in Zukunft eher rückläufige Beschäftigungsquoten Behinderter zu erwarten.

In naher Zukunft werden die kriegsversehrten Behinderten das Rentenalter erreicht haben, die Zahl der Erstanerkennung nach dem SchwBG ist rückläufig, während gleichzeitig unter den jüngeren Behinderten - bedingt durch die medizinische Verbesserung der Überlebenschancen - die Zahl der Schwerstbehinderten zunimmt, die kaum eine Beschäftigungschance am allgemeinen Arbeitsmarkt haben werden. Die Kommune als Arbeitgeber sollte angemessen reagieren, indem insbesondere bei Neueinstellungen in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt und der Hauptfürsorgestelle in verstärktem Maße Arbeitsplätze mit jüngeren Behinderten besetzt werden.

Die von der Werkstatt beabsichtigte gezielte Vorbereitung von Behinderten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist grundsätzlich zu begrüßen, sie birgt aber in Anbetracht gleichzeitiger demographischer Veränderungen der Beschäftigtenstruktur in der Werkstatt und einer allgemein ungünstigen Arbeitsmarktsituation das Risiko einer Verzerrung der Zielgruppe in sich:

- Die Ausgliederung "leistungsstarker" Behinderter und der Verbleib "leistungsschwacher" Behinderter in der WfB erzeugt ein betriebswirtschaftliches Interesse der Werkstattleitung an der verstärkten Aufnahme anderer "leistungsstarker" Behinderter (Lernbehinderte, Körperbehinderte), wodurch das Risiko der Fehlplatzierung steigt.
- Auch von Seiten des Arbeitsamtes könnte die WfB als ein Instrument zur Verbesserung der Eingliederungschancen am allgemeinen Arbeitsmarkt bewertet werden, was eine verstärkte Vermittlung Lern- und Körperbehinderter in die WfB zur Folge hätte.

Den kommunalen Einflußmöglichkeiten sind sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Ausgliederung aus der WfB enge Grenzen gesetzt: Lediglich bei der etwaigen Vergabe von Investitionskostenzuschüssen könnte die Kommune auf das beschäftigungspolitische und pädagogische Konzept der WfB

Einfluß nehmen. Beim Aufnahmeverfahren wird das Sozialamt allerdings stellvertretend für den LWV als zuständiger Kostenträger tätig. Von den Sachbearbeitern der Eingliederungshilfe kann die Angemessenheit einer Werkstattunterbringung kaum beurteilt werden. Die Zuordnung zum Personenkreis der Behindertenwerkstatt erfolgt allein auf der Grundlage eines medizinischen Gutachtens des Gesundheitsamtes. Berichte über den Erfolg der Maßnahme und weitere Anforderungen werden im Fachausschuß der Werkstatt erörtert. Die unbefristete Entscheidung fällt dort beim Übergang vom Eingangs- und Trainingsbereich in den Produktionsbereich.

Die besten Chancen einer effektiven Einflußnahme auf die Behindertenwerkstatt liegen bei Eltern, Wohnheimen und Behindertenverbänden, d. h. dort, wo ggf. konstruktive Kritik auf der Grundlage von Betroffenheit und Alltagserfahrungen geübt wird.

Auf zwei neue Problemgruppen wird die Behindertenwerkstatt sich in den kommenden Jahren einstellen müssen:

- Die Zunahme älterer Behinderter stellt Betreuungsanforderungen, die wahrscheinlich nur in enger Kooperation mit den Wohnheimen zu lösen sein werden.
- Im Zuge der aktuellen Ausgliederung von geistig Behinderten aus psychiatrischen Krankenhäusern und ihrer gemeindenahen Unterbringung in Wohnheimen kommt eine Problemgruppe auch auf die WfB zu, deren angemessene Betreuung durch die vorhandene Ausstattung mit Personal und sozialen Diensten kaum gewährleistet werden kann.

8. Wohnungen und Sonderwohnformen

8.1. Unterschiedliche Wohnformen und ihre Bedeutung für die Verselbständigung von Behinderten

Behinderte leben in unterschiedlichen Wohnformen: diese können privat und selbstbestimmt sein, was in der eigenen Wohnung oder privaten Wohngemeinschaften möglich ist; eine große Rolle spielen aber auch institutionell organisierte Sonderwohnformen wie Wohnheime oder Wohngruppen in den Heimen.

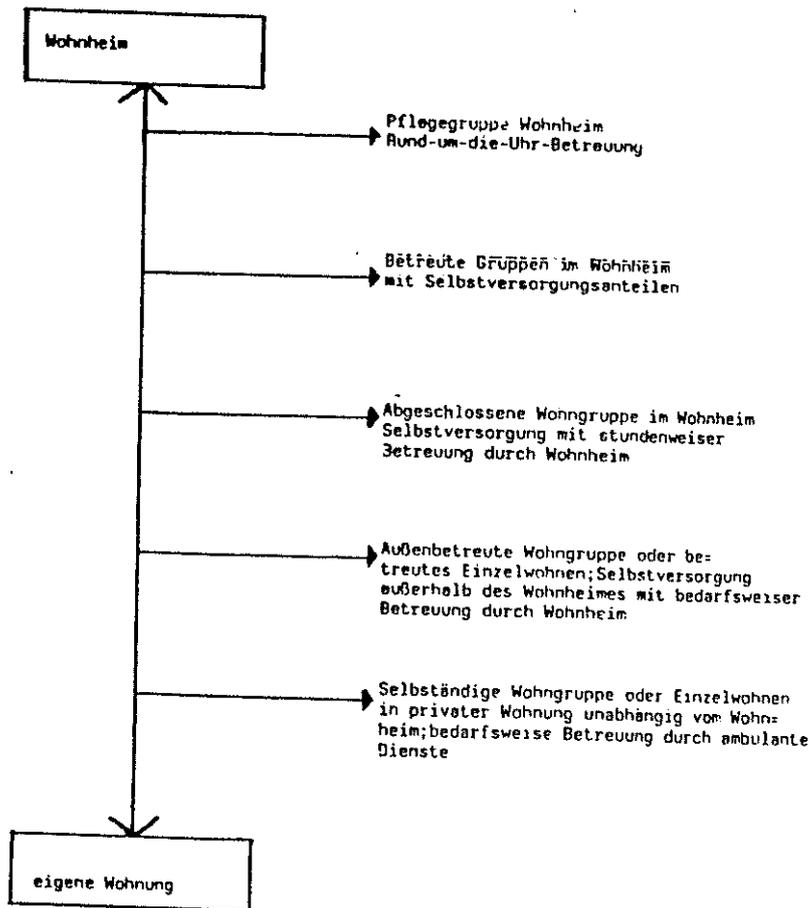
Wohnheime sind Einrichtungen für erwachsene Behinderte, sie bilden eine Alternative zu familiären Wohnformen, die in dieser Form eine historisch noch junge Erscheinung ist: Die ältesten Behindertenwohnheime in Wiesbaden entstanden vor ca. 10 Jahren, die jüngsten vor 2 - 3 Jahren. Bis dahin waren stationäre Unterbringungen Behinderter eher eine Ausnahmesituation, die bei totalen Versorgungsausfällen des familiären Systemes eintrat: Geistig Behinderte wurden meist in Spezialabteilungen der Psychiatrischen Krankenhäuser, pflegebedürftige Körper- und Mehrfachbehinderte in Altenheimen untergebracht. Diese Gruppe befindet sich zum größten Teil auch heute noch in jenen Einrichtungen, die primär Versorgungs- und Verwahrungsfunktionen erfüllen.

Private Wohnformen gehören zum "normalen" Lebensrahmen behinderter Kinder und Jugendlicher, die von ihren Eltern/Angehörigen betreut werden. Für erwachsene Behinderte können sie eine Alternative zum Wohnen und Leben in der Herkunftsfamilie oder einem Wohnheim darstellen. Sie setzen in der Regel ein bestimmtes Maß an Selbständigkeit voraus, die nur durch ein ausreichendes Angebot ambulanter Unterstützungsformen und bei Körperbehinderten zudem oft nur mit Hilfe baulich-technischer Besonderheiten der Wohnungsgestaltung und -ausstattung stabilisiert werden kann.

Wohnformen sind zugleich Lebensformen insofern sie nicht nur lebenspraktischen Bedürfnissen entsprechen, sondern darüber hinaus Ort und Ausgangspunkt sozialer Beziehungen und der Teilnahme am öffentlichen Leben sind. Sie haben einen zentralen Stellenwert für die selbstständige Lebensführung und soziale Integration behinderter Menschen. Eine wertende Polarisierung privater und institutioneller Wohnformen ist nicht sinnvoll in Anbetracht der jeder Wohnform innewohnenden Ambivalenz: Private Wohnformen sind nicht einfach gleichzusetzen mit Autonomie und sozialer Integration, sie können auch Isolation und Unselbständigkeit fördern, etwa durch Überbetreuung und Vernachlässigung sozialer und kommunikativer Bedürfnisse. Umgekehrt sind Wohnheime nicht immer Ausdruck sozialer Ausgrenzung und Abhängigkeit Behinderter, sie können statt dessen einen wesentlichen Beitrag zur Ablösung Behinderter von ihrer Herkunftsfamilie und damit zur Verselbständigung und Integration leisten.

Das institutionalisierte Wohnen mit Vollversorgung im Wohnheim und das private Wohnen in einer eigenen Wohnung mit selbstorganisierter, bedürfnisgerechter Betreuung (Angehörige, Freunde und durch ambulante Dienste etc.), stellen zwei Extremformen dar, die sich durch vielfältige Zwischenstufen - differenziert nach dem jeweiligen Ausmaß professioneller Betreuung und institutioneller Alltagsorganisation - auf einer modellhaften Entwicklungsachse miteinander verbinden lassen (siehe Schaubild 10):

Schaubild 10: Wohnformen (als Entwicklungsmodell)



Abgesehen von Behinderungen mit degressiven Veränderungen des Gesundheitszustandes (z. B. MS), bei denen die Abhängigkeit von fremder Hilfe im Biographieverlauf wächst, beginnt der "Lernweg selbständigen Wohnens" für viele schwer Körper-, Geistig- und Mehrfachbehinderte mit der Ablösung von der Herkunftsfamilie im Wohnheim. Aufgabe und Ziel von Behindertenwohnheimen sollte es sein, Behinderte über eine Folge verschiedener Wohnformen mit sinkendem Betreuungsgrad zu einer möglichst selbständigen Lebensführung zu befähigen.

Für eine sozialpolitische Bewertung der Qualität von Behindertenwohnheimen ist zu beachten, daß versorgende Institutionen Lebensformen bis hin zur Definition von Hilfsbedürftigkeit prägen. D. h., die vorgefundene Wohnform entspricht nicht unbedingt dem individuell erreichbaren Selbstständigkeitsgrad eines Behinderten, sondern möglicherweise nur dem status quo institutionell verfügbarer Hilfen und einer bestimmten Stufe im institutionalisierten Prozeß des Erlernens von Selbständigkeit, über die hinaus noch keine Entwicklungschancen vermittelt werden.

8.2. Erwachsene Behinderte in stationären Einrichtungen und Sonderwohnformen

8.2.1. Kapazität, Struktur und Wirkungen des Angebotes im Wohnheimbereich

Als stationäre Maßnahme der Eingliederungshilfe unterliegen Wohnheimunterbringungen Behinderter bisher ausschließlich der Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers (LWV).

Bei offenen Wohnformen mit niedrigem Betreuungsstandard (WG's) bestehen derzeit Finanzierungsunklarheiten; strittig ist, ob auch Wohngruppenplätze nach dem Standardpfllegesatz für Wohnheime abzurechnen sind und inwieweit für außenbetreute Wohngruppen und betreutes Einzelwohnen ehemaliger Wohnheimbewohner noch die Kostenzuständigkeit des LWV besteht.

In Wiesbadener Alten- und Pflegeheimen sind zur Zeit 22 nicht altersbedingt Behinderte untergebracht, die wegen hoher pflegerischer Anforderungen nicht in einem Behindertenwohnheim aufgenommen werden konnten oder deren stationäre Unterbringung vor der Einrichtung der ersten Behindertenwohnheime erfolgte (siehe Tab. 23, Tab. 27, Tab. 28). Ausgelöst wurde die Heimeinweisung in den meisten Fällen (18) durch Ausfall der Betreuungsperson (altersbedingt). An der stationären Versorgungssituation für pflegebedürftige jüngere Schwerbehinderte hat sich trotz der in den letzten Jahren neu geschaffenen Wohnheime wenig geändert. Bei einer Gesamtkapazität von 181 Wohnheimplätzen in Wiesbaden einschließlich Georgenborn stehen für die Gruppe der pflegebedürftigen Behinderten erst seit ca. 3 Jahren

Tab. 26: Behinderte in Wiesbadener Alten-, Altenwohn- und
Pflegeheimen (Stand: Ende 1987)

Behinderungsarten	Altersgruppen (bei Aufnahme im Heim)			insgesamt	
	unter 40	40 - 50	50 - 60	abs.	%
Multiple Sklerose	2	1	-	3	13,6
psychische Auffälligk.	-	2	5	7	31,8
Körperbeh., Rollstuhlf.	1	3	1	5	22,7
geistig Behinderte	1	1	2	4	18,2
körperl. u. geistig Beh.	-	1	2	3	13,6
insgesamt abs.	4	8	10	22	
%	18,2	36,4	45,5		100

Tab. 27: Behinderte in Wiesbadener Alten-, Altenwohn- und
Pflegeheimen nach Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der
Befragung (Stand: Ende 1987)

Behinderte insgesamt		unter 5 Jahre	5 - 10 Jahre	10 - 20 Jahre	20 - 30 Jahre
abs.	22	10	5	6	1
%	100	45,5	22,7	27,3	4,5

Tab. 28: Behinderte in Wiesbadener Alten-, Altenwohn- und
Pflegeheimen nach dem Grund der Heimunterbringung
(Stand: Ende 1987)

Behinderte insgesamt		Betreuungsperson fällt aus (Scheidung/altersbedingte Hilfsbedürftigkeit der Pflegeperson)		hoher Grad von Hilfsbedürftigkeit/Herausnahme aus anderen Einrichtungen	
abs.	%	abs.	%	abs.	%
22	100	18	81,8	4	18,2

13 Plätze ¹⁾ (7,2 % des Gesamtplatzangebotes) im Wohnheim der Inneren Mission zur Verfügung (siehe Tab. 29).

Die Gesamtkapazität dieser Wohnheime wird zur Zeit zu 59,7 % (108) von Behinderten aus Wiesbaden belegt, hinzu kommen 7 erwachsene Behinderte in der überregionalen Einrichtung "Kalmenhof" in Idstein (2) (siehe Tab. 29).

Feste Kurzzeitbetreuungsplätze gibt es in keinem Wiesbadener Wohnheim. Allerdings versuchen einzelne Einrichtungen in Härtefällen, bei Urlaub oder Krankheit der Angehörigen des Behinderten und zur stundenweisen familiären Entlastung Kurzzeitbetreuungen (max. 1 Fall pro Einrichtung) zu ermöglichen.

Im allgemeinen Dienstleistungsangebot der Wohnheime gibt es kaum Unterschiede: Alle bieten neben der pflegerischen, pädagogischen bzw. psychologischen Betreuung diverse Freizeitangebote, auch außerhalb der Einrichtung, an. Sie betreiben in unterschiedlichem Ausmaß Selbständigkeitstraining und Elternarbeit. Zur Sicherstellung der medizinischen und therapeutischen Versorgung (ärztliche Behandlung, Krankengymnastik, Logopädie, psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung) werden externe Fachdienste in Anspruch genommen. In Einrichtungen, deren Betreuungsschwerpunkt bei geistig Behinderten liegt, ist der Bedarf an psychologischer und psychiatrischer Einzelbetreuung unzureichend gedeckt; wegen fehlenden Fachpersonals in der Einrichtung selbst und weil auch externe Fachdienste nicht ausreichend verfügbar sind. So kommt es zu kaum vermeidbaren vereinzelt Einweisungen in Psychiatrische Krankenhäuser.

Im Hinblick auf die Chancen, die Wohnheime ihren Bewohnern zur Verselbständigung vermitteln, konnten zum Zeitpunkt der Befragung keine gravierenden Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen für Geistig- und Körperbehinderte festgestellt werden: Ca. jeder 4. bis 5. Wohnheimplatz einer Einrichtung dient der Betreuung Behinderter in abgeschlossenen oder außenbetreuten Wohngruppen (siehe Tab. 29).

Bei den für die Zukunft geplanten Weiterentwicklungen differenzierter Wohnformen sind jedoch Unterschiede auszumachen. Von der Lebenshilfe und von der Hilfs- und Interessengemeinschaft werden Defizite benannt und Kapazitätserweiterungen betrieben, sowohl im Wohnheimbereich als auch gleichermaßen im Bereich selbständiger WG's und beschützten Einzelwohnens. In der Einrichtung der Inneren Mission wird

...

- 1) unberücksichtigt ist das Alten- und Wohnheim für Blinde
- 2) Diese Einrichtung wurde in die Befragung eingeschlossen, da angenommen werden kann, daß sie aufgrund ihrer regionalen Nähe zu Wiesbaden auch als wohnortnahes Angebot genutzt wird.

die Kapazität hauptsächlich im Wohnheimbereich ausgeweitet und zukünftiger Bedarf ausschließlich hier verortet. In den Häusern der Lebenshilfe wie auch der Hilfs- und Interessengemeinschaft ist nach Auskunft der Träger der Bedarf an Wohngruppenplätzen selbst mit der Durchführung laufender Planungsvorhaben noch nicht gedeckt. In beiden Einrichtungen gibt es bereits jetzt weitere Behinderte, die bei entsprechender Vorbereitung und Unterstützung in selbständigeren Wohnformen außerhalb des Wohnheimes leben könnten: insgesamt ca. 10 Behinderte.

8.2.2. Bewohnerstruktur

Ein wesentliches Kriterium der Zielgruppenselektion der verschiedenen Behindertenwohnheime sind die Behinderungsarten der Bewohner. Die Einrichtungen nehmen aufgrund ihrer personellen Ausstattung und baulichen Gegebenheiten sowie der Zusammensetzung bestehender Gruppen jeweils bestimmte Behinderungsarten schwerpunktmäßig auf.

Insgesamt werden 60,8 % (110) der Wiesbadener Wohnheimplätze (1) von Geistig- und Mehrfachbehinderten belegt, auf 28,7 % (52) der Plätze sind psychisch Behinderte untergebracht und nur 10,5 % (19) der Wohnheimkapazität dient zur Betreuung Körperbehinderter (siehe Tab.30). Diese Verteilung bildet in etwa den unterschiedlichen Betreuungsbedarf der verschiedenen Behinderungsarten ab:

Während für die Gruppe der geistig Behinderten, Mehrfachbehinderten und psychisch Behinderten meist komplexe Betreuungsanforderungen unterstellt werden können, die gegenwärtig am ehesten in Wohnheimen erfüllbar sind, beruht die Hilfsbedürftigkeit eines großen Teils der Körperbehinderten meist vorwiegend auf Mobilitätsproblemen. Ihre Selbständigkeit kann oft schon durch baulich-technische Hilfen in der privaten Wohnung sichergestellt werden (siehe Kap. 5.3.). Ähnliches gilt für Sinnesbehinderte, deren Abhängigkeit von stationärer Hilfe im wesentlichen durch Altersprobleme bedingt ist.

Ein weiteres Aufnahme- bzw. Ausschlußkriterium ist die Schwere der Behinderung, definiert über Arbeitsfähigkeit und den Grad der Pflegedürftigkeit eines Behinderten. Infolge der Teilpflegesatzfinanzierung des LWV sind arbeitsunfähige Behinderte und reine Pflegefälle von der Aufnahme in ein Behindertenwohnheim ohne spezielle Pflegegruppe ausgeschlossen, denn ein Teil des Verdienstes der Behinderten wird in die Pflegekostendeckung der Einrichtung mit einbezogen (siehe Tab 31).

In den beiden Spezialeinrichtungen für psychisch Behinderte ist die Freiwilligkeit und Eigenmotivation des Behinderten eine wesentliche Aufnahmevoraussetzung. Die übrigen Wohn-
...

1) unberücksichtigt ist das Alten- und Wohnheim für Blinde

Tab. 30: Behinderte in Wohnheimen nach Behinderungsarten (Stand: Anfang 1988)

Einrichtung	Körperbeh.	Geistigbeh.	Mehrfachbeh.	psychisch Beh.	Blinde / Sehbeh.	Hör- / Sprachbeh.	Insgesamt
Christian-Groh-Haus, Schlangenbad-Georgenborn	19	10	8	1			38
Wohnhaus der Lebenshilfe, Wiesbaden		41					41
Wohnheim für Behinderte, Wiesbaden		38	13				51
Lindenhaus, Wohnheim f. psychisch Behinderte, Wiesbaden				20			20
Übergangswohnheim für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, WI-Erbenheim				31			31
Altenheim und Wohnheim für Blinde, Wiesbaden					30 (24 altersbedingt Hilfsbedürftige)		54
Sozialpädagogisches Zentrum "Kalmenhof", Landhaus, Idstein (nur Wiesbadener)		6		1			52

Tab. 3 1 Behinderte in Wohnheimen nach Art der Tätigkeit (Stand: Anfang 1988)

Einrichtung	Behinderte im Arbeitsverhältnis bzw. nach Art der Tätigkeit			Arbeits- therapie der Einrichtung
	insg.	allg. Arbeits- markt	Behinderten- werkstatt	
Christian-Groh-Haus, Schlangenbad-Georgenborn	38	7	28	3
Wohnhaus der Lebenshilfe, Wiesbaden	41	2	39	
Wohnheim für Behinderte, Wiesbaden	38	4	34	
Lindenhaus, Wohnheim f. psychisch Behinderte, Wiesbaden	20	2		18
Übergangswohnheim für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, WI-Erbenheim	31	3		28
Altenheim und Wohnheim für Blinde, Wiesbaden	1	1		(Rest nicht mehr im Erwerbsalter)
Sozialpädagogisches Zentrum "Kalmenhof", Landhaus, Idstein insg.	51	8	43	

heime schließen Mehrfachbehinderte mit psychiatrischen Auffälligkeiten aus.

Zielgruppe von Behindertenwohnheimen sind zur Zeit ausschließlich Behinderte im Erwerbsalter. Höheres Lebensalter als zusätzliche Ursache von Hilfsbedürftigkeit tritt in den Behindertenwohnheimen - als Spätfolge der Vernichtungspraktiken des 3. Reiches - bisher noch nicht in Erscheinung (siehe Tab 32).

Während die psychisch Behinderten in der Regel über Kliniken und den Sozialpsychiatrischen Dienst in Wohnheime vermittelt werden, sind bei den übrigen Wohnheimen die Initiatoren der Unterbringung meist die Eltern des Behinderten. Der Aufnahmegrund liegt überwiegend in einer für die Familie nicht länger tragbaren Konfliktsituation, wie Generationsprobleme zwischen Eltern und erwachsenen Kindern, Krankheit, Tod oder Überforderung der oft selbst alt und hilfsbedürftig gewordenen Eltern des Behinderten. So leben 35 % (48) der Beschäftigten der Behindertenwerkstatt mit über 60-jährigen Eltern oder sonstigen Angehörigen in einem gemeinsamen Haushalt.

Noch kommt es relativ selten vor, daß Behinderte oder deren Eltern gleich nach Abschluß der Sonderschule die Aufnahme in ein Wohnheim als einen dieser Biographiestufe adäquaten und strategischen Schritt zur Verselbständigung und Ablösung von der Herkunftsfamilie vollziehen. Das durchschnittliche Eintrittsalter Körper- und Geistigbehinderter in ein Wohnheim liegt bei 30 Jahren. So lebt bislang nur ein gutes Drittel (36,3 %/ 70) der Beschäftigten der Behindertenwerkstatt in selbständigen Haushalten oder Wohnheimen.

Niedriges Eintrittsalter in ein Wohnheim (ca. 20 Jahre; siehe Tab. 32) erfolgt zur Zeit noch fast immer aus der Verlegung aus heilpädagogischen Heimen für Kinder und Jugendliche in eine Wohneinrichtung für Erwachsene. Allerdings verzeichnen einzelne Einrichtungen in jüngster Zeit eine Zunahme von Aufnahmeanträgen von Sonderschulabgängern, die bereits internatsmäßig beschult wurden (z. B. Abgänger des Antoniushauses in Hochheim).

8.2.3. Bedarfsentwicklung, Empfehlungen

Die Behindertenwohnheime werden in Zukunft eine zunehmend wichtige Funktion im Prozeß der Verselbständigung und "Normalisierung" der Lebenssituation von Behinderten erfüllen müssen. Ihre diesbezügliche Leistungsfähigkeit ist derzeit aber noch nicht ausgeschöpft. Neben den verbreiteten stationären Dauerbetreuungsformen sind offene Wohnformen mit niedrigem Grad an institutioneller und professioneller Betreuung insgesamt noch zu wenig entwickelt und ihre Entwicklung über finanzielle Anreize wird durch den LWV unzureichend gefördert, der bisher nahezu ausschließlich die Fortschreibung stationärer Wohnformen prämiert.

...

Tab. 32:
Behinderte in Wohnheimen nach Altersgruppen zum Zeitpunkt der Befragung (bei Aufnahme), (Stand: Anfang 1988)

Einrichtung	16 - 20 J.	21 - 30 J.	31 - 45 J.	46 - 65 J.	66 J. u. älter
Christian-Groh-Haus, Schlangenbad-Georgenborn	2 (9)	11 (15)	16 (11)	9 (3)	
Wohnhaus der Lebenshilfe, Wiesbaden	(2)	11 (23)	24 (15)	6 (1)	
Wohnheim für Behinderte, Wiesbaden	3 (16)	28 (18)	12 (13)	8 (4)	
Lindenhaus, Wohnheim f. psychisch Behinderte, Wiesbaden		7 (7)	6 (6)	7 (7)	
Übergangswohnheim f. psychisch Kranke u. seelisch Behinderte, WI-Erbenheim		3 (3)	16 (16)	12 (12)	
Altenheim und Wohnheim für Blinde, Wiesbaden				1 (1)	53 (53)
Sozialpädagogisches Zentrum "Kalmenhof", Landhaus, Idstein (nur Wiesb.)	(5) bei Aufn. unter 15 J.	3 (1)	2	2 (1)	

Der mittelfristige Bedarf an Wohnheimplätzen für Behinderte kann zwar nicht exakt beziffert werden, maßgebliche Einflußgrößen sind jedoch erkennbar:

- Aus den Wartelisten der Behinderten Wohnheime (siehe Tab.33) geht hervor, daß auch nach Durchführung laufender Erweiterungsvorhaben ein Nachfrageüberhang verbleibt, der allein für die "klassischen" Behinderungsarten auf mindestens ca. 60 Behinderte (ohne Mehrfachanmeldungen) veranschlagt werden kann. (1)
- Im Zuge der Auflösung der Stationen für geistig Behinderte an den PKH's in Hessen und deren Verlegung in Wohnheime werden ca. 53 ehemalige Wiesbadener zu versorgen sein.
- Wegen altersbedingter Ausfälle privater Betreuungspersonen (über 60 Jahren) werden in den nächsten 5 - 10 Jahren allein für die Beschäftigten der Behindertenwerkstatt bis zu 70 neue Wohnheimplätze benötigt. (2)
- Die mit dem allgemeinen sozialen Wandel einhergehende Pluralisierung von Lebensformen löst bei Behinderten voraussichtlich ein verändertes Nachfrageverhalten nach Wohnheimplätzen aus:
Es ist damit zu rechnen, daß insbesondere jüngere Behinderte in verstärktem Maße Plätze in Wohnheimen und außenbetreuten Wohngruppen zur schnelleren Ablösung von der Herkunftsfamilie und zur weiteren Verselbständigung beanspruchen werden. Unter der Annahme, daß nach und nach ca. 1/4 der jährlichen Neuzugänge der Wiesbadener Behindertenwerkstatt sich so verhält, wären in den nächsten 5 - 10 Jahren für diese Gruppe mindestens 15 zusätzliche Plätze erforderlich.

Es empfiehlt sich, genauer zu prüfen, ob der Zuwachs nicht besser auf Wohngruppen bzw. Maßnahmen außenbetreuten Wohnens konzentriert werden sollte, damit der Bedarf im Wohnheimbereich durch die nach Wohnformwechsel freiwerdenden Plätze befriedigt werden kann.

Zum Steuerungsproblem wird dabei die fehlende sachliche Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers. Hinzu kommt, daß die Planungshoheit der Kommune in der Regel umgangen wird, indem Wohnheimplanungen fast ohne Beteiligung der Kommune zwischen Land, LWV und Träger entschieden werden.

Andererseits wirkt die teilweise ablehnende Haltung der Eltern von Behinderten gegen den Anstieg der Wohnheimunterbringungen. Widerstände beruhen zum einen auf der durch Pflegegeldverlust eintretenden familiären Einkommenseinbußen, zum anderen entzündeten sie sich an der Arbeitsver- ...

- 1) Unbekannt bleibt, wieviele Nicht-Wiesbadener Behinderte darunter sind.
- 2) Unklar ist, inwieweit diese bereits durch die Wartelisten der Wohnheime mit-erfaßt sind.

Tab. 33: Behinderte auf Wartelisten von Wohnheimen, laut Angebot der Einrichtung (Stand: Anfang 1988)

<u>Einrichtung</u>	<u>Zahl der Behinderten</u>
Christain-Groh-Haus, Schlangenbad-Georgenborn	ca. 30 Beh.
Wohnhaus der Lebenshilfe, Wiesbaden	ca. 20 Beh.
Wohnheim für Behinderte, Wiesbaden	ca. 40 Beh.
Lindenhaus, Wohnheim f. psychisch Behinderte, Wiesbaden	ca. 6 Beh.
Übergangswohnheim für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, WI-Erbenheim	ca. 6 Beh.
Altenheim und Wohnheim für Blinde, Wiesbaden	ca. 20 Pers. (Pflegestufe III + IV)
Sozialpädagogisches Zentrum "Kalmehof", Landhaus, Idstein	ca. 3 Beh.

pflichtung als Aufnahmevoraussetzung für Wohnheime, was einer Pflichtbeschäftigung in der Behindertenwerkstatt gleichkommt.

Denkbar ist, daß die von einzelnen Wohnheimen geforderte Kurzzeit- und Tagesbetreuung zur familiären Entlastung zugleich eine hilfreiche Maßnahme wäre zur schrittweisen Bewältigung der Ablösungsprobleme zwischen Eltern und behinderten Kindern.

Auf die besonderen Betreuungs- und Wohnbedürfnisse der im Entstehen begriffenen neuen Problemgruppen alternder, lebenslang Geistig-, Körper- oder Mehrfachbehinderter werden alle Wohnheime sich einstellen müssen, in denen diese Personen bereits in jüngeren Jahren gelebt haben.

Ein weiterer Bedarfsschwerpunkt betrifft die Einrichtung von Pflegeplätzen für pflegebedürftige jüngere Behinderte. Aufgrund der zunehmenden Schwere von Behinderungen zeichnet sich ein Zuwachs an Pflegefällen bei jüngeren bzw. noch nicht alten Behinderten ab, die wegen mangelnder Kommunikations-, Beschäftigungs- und sonstiger Rehabilitationsangebote in Altenpflegeeinrichtungen nicht adäquat betreut werden können.

Die erste Sonder-Pflege-Station für diese Gruppe soll demnächst im Moritz-Lang-Haus geschaffen werden. Ausgehend von Erfahrungen, die dort gewonnen werden, kann die weiter anzustrebende Entwicklung auf diesem bisher vernachlässigten Gebiet genauer bestimmt werden.

8.3. Erwachsene Behinderte in privaten Einzelwohnungen

8.3.1. Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen der Wohnungsver-sorgung Behinderter

8.3.1.1. Quantitative Angebotssteuerung

Beim Ausbau des Wohnungsangebotes für Behinderte, die auf einen speziellen Ausstattungsstandard angewiesen sind (1), stehen verschiedene finanzierungswirksame Steuerungsinstrumente zur Verfügung:

- Wohnungshilfen der verschiedenen Rehabilitationsträger im Rahmen der beruflichen oder ergänzenden Rehabilitation (Darlehen, Kostenzuschüsse, -übernahmen). ...

1) Dieses sind Mobilitäts- und Sinnesbehinderte. Für alle anderen Behinderungsarten reichen in der Regel Standardwohnungen des allgemeinen Wohnungsbestandes aus.

- Wohnungsneubau im Rahmen des öffentlich geförderten sozialen Wohnungsbaus.
- Wohnungsumbau/-anpassungen im Rahmen von Modernisierungsprogrammen und Eingliederungshilfen nach dem BSHG.
- Steuerrechtliche Berücksichtigung behinderungsbedingten Mehraufwandes bei Eigentumserwerb oder für nachträgliche behinderungsbezogene Anpassungen.

Während im sozialen Wohnungsbau die Herstellung von Wohnraum für Behinderte primär als "Vorratsbau" von Mietwohnungen betrieben wird, bilden einzelfallbezogene Umbauten vorhandener Miet- oder Eigentumswohnungen das Leistungsspektrum der verschiedenen Reha-Träger.

Durch einzelfallbezogene Wohnungshilfen der Reha-Träger können erwerbstätige oder beruflich eingliederbare Behinderte relativ gut versorgt werden. Denn sie können Leistungen der Sozialleistungsträger, staatliche Wohnungshilfen im Rahmen der Einkommensgrenzen und unter Umständen ergänzende Leistungen des Sozialhilfeträgers gleichzeitig in Anspruch nehmen. Demgegenüber sind behinderte Nicht-Berufstätige, Hausfrauen, Altersrentner, Kinder und Jugendliche insofern benachteiligt, als sie nur an die örtliche Sozialhilfe als Leistungsträger herantreten können. Allerdings werden über Eingliederungshilfen nach dem BSHG von den Kommunen meist Wohnungsumbauten nach Bedarf, d. h. ohne Kostenbegrenzung und -beteiligung finanziert.

8.3.1.2. Qualitative Aspekte der Wohnungsversorgung

Es gibt drei grundlegende Ansätze für die qualitative Regulierung der Wohnungsversorgung Behinderter:

- Die DIN-Norm 18025 zur Herstellung von "behindertengerechten" Wohnungen, auch "Rollstuhlfahrerwohnung" genannt,
- die Planungsgrundlagen des Hessischen Innenministers zur Herstellung von "behindertenfreundlichen" Wohnungen,
- die von DIN- und Planungsvorgaben unabhängigen fachlich begleiteten individuellen Wohnungsanpassungen mit dem Ziel, "bedürfnisgerechter" Wohnungen.

DIN-Norm und Planungsgrundlagen sind derzeit verbindliche Standards für die Herstellung von Behindertenwohnungen durch den öffentlich geförderten Wohnungsneubau. In Anlehnung an die Durchschnittswohnung des sozialen Wohnungsbaus werden durch engere Planungsvorgaben bzgl. Wohnungsausstattung und-größe spezielle Wohnungstypen für die Zielgruppen alter und behinderter Menschen definiert (siehe Tab.3 4).

Wohnungstyp	Standardschönung	Altenwohnung	Behindertenefreundliche Wohnung	Behinderteneingeschränkte Wohnung	Behinderteneingeschränkte Wohnung
Planungsgrundlage	DIN 18011 + 18023/Hess. Bauordnung (1967)	Planungsempfehlung des Bundes für Altenwohnungen (1972) und des Landes Hessen (1983)	Planungsanforderungen des Landes Hessen (1972) für Behinderteneingeschränkte Wohnungen (1983)	Planungsanforderungen des Landes Hessen (1972) für Behinderteneingeschränkte Wohnungen (1983)	DIN 18025 (81. 1) (1972)
Zielgruppe	Alle Bevölkerungsgruppen ohne besonderen Wohnbedarf	alte Menschen in 1- oder 2-Personen-HH	alte Menschen in 1- oder 2-Personen-HH	Gebührende, die nicht dauernd auf den Rollstuhl angewiesen sind	Blinde und wesentlich Sehbehinderte
Anforderungen an den Wohnungszugang	Treppen mit festem Handlauf, bei Gebäuden mit Hindernisgeschloßen Aufzüge erforderlich, davon mindestens einer geeignet für Rollstuhlfahrer und Lastentransport.	Keine Metalltreppen, Zwischenpodest erforderlich, bei II. OS Personenaufzug erforderlich, v. 0,90 m best. Einrichtung für Kranentransport.	Keine Metalltreppen, Zwischenpodest erforderlich, bei II. OS Personenaufzug erforderlich, v. 0,90 m best. Einrichtung für Kranentransport.	Stufenloser Wohnungszugang, keine Schwellen von mehr als 2,5 cm, Freiganghöhe der Wdg. entsprechend Außenanlagen sollen v. 0,40 m nutzbar sein.	Stufenloser Wohnungszugang oder Treppen m. beidseitigem Handlauf, keine Metalltreppen, Aufzüge mit bes. Ortsumkehrungen zeigen.
Größe der Wohnung	Standardsgröße nach Personenanzahl in HH.	1 Pers.: 40 - 45 qm 2 Pers.: 50 - 55 qm	1 Pers.: 40 - 45 qm 2 Pers.: 50 - 55 qm	Mehrfächenbedarf in allen Räumen, v. 0,80 m freier Hilfe unabhängige Alleenstehende.	Mehrfächenbedarf in allen Räumen u. 1 zusätzl. wozuzl. wozuzl. bei Mehrpers.HH
Größe des Wohnzimmers	4 Pers.: 18 qm; mit Etplatz 20 qm, für jede weitere Pers. + 2 qm.	1 Pers.: 18 qm 2 Pers.: 20 qm	1 Pers.: 20 qm, f. jede weitere Pers. + 1 qm zusätzl. Etplatz ab 4 Pers. erwünscht.	1 Pers.: 20qm, 2-4 Pers.: 22 qm f. j. w. Pers. + 2 qm, wenn zusätzl. Etplatz einbezt. 20qm ausreichend. In Mehrpers.HH wozuzl. wozuzl. f. Sch. 15, 20	1 Pers.: 22 qm, 4 Pers.: 20qm, j. w. Pers. + 2 qm, wenn zusätzl. Etplatz einbezt. 20qm ausreichend. In Mehrpers.HH wozuzl. wozuzl. f. Sch. 15, 20
Schlafzimmern im Schlafzimmern	Bett, Schrank, Ablage, weiteres Möbelstück, Stühle.	Bett, größerer Schrank, weiteres Möbelstück, Ablage; in 1-Pers.-HH in bes. Fällen Schlafzimmern möglich.	Bett, größerer Schrank, weiteres Möbelstück, Ablage; in 1-Pers.-HH in bes. Fällen Schlafzimmern möglich.	Bett, Schrank, weiteres Möbelstück	Bett, Schrank, weiteres Möbelstück
Bewegungsflächen vor Stellflächen im Schlafzimmern	Tiefe 0,70 m	Tiefe 0,70 m (Personent 0,90 m)	Tiefe 0,90 m	Tiefe 1,40 m	Tiefe 1,20 m
Schallfänger und Kücheneinrichtung	Standardschönung, Höhe der Einrichtungsgegenstände 0,85 m	Standardschönung, für Kleinküchen/Kochmaschinen Standardschönung und -einrichtung	Standardschönung mit einleitbaren Arbeitsplatte u. s. herausziehbare Arbeitsplatte (unterfahrbar, v. 0,70 m)	Sonderausstattung: Herd, Spüle u. Arbeitsplatte müssen unterfahrbar sein (unterfahrbare Höhe 0,85 m) Ausstattungs- u. einrichtungsgegenstände liegen im Greifbereich eines Rollstuhlfahrers.	Sonderausstattung: einbezt. Höhe (0,85m) u. Tiefe (0,80m) aller Ausstattungsgegenstände, geöffnete Türen sollen nicht in den Raum ragen.
Bewegungsflächen vor Ausstattungsgegenständen in der Küche	Tiefe 1,20 m (1,10 m)	Tiefe 1,20 m, Kleinküchen 1,10 m	Tiefe 1,20 m	Tiefe 1,40 m	Tiefe 1,20 m
Ausstattung von Sanitärsträumen	Standardschönung, ab 5 Pers. Trennung von Bad + WC	Standardschönung mit einigen Besonderheiten: rutschfester, einbezt. zusätzliche Haltegriffe, Blöcke, Wannenformen empfohlen.	Sonderausstattung: Badewanne m. Haltegriffen o. Durchsicht m. Kleinsitz 0,90x0,90m, unterfahrbar, v. 0,85 m, bes. Montagebereich WC-Ansichten im Greifbereich d. Rollstuhlfahrers, bes. Halte- u. Stützvorrichtungen sind nach wgs.-bez. einzelfallbezogen anzurufen, ab 3 Pers.-gesond. Sanitärraum f. Rollstuhlfahrer m. Zugang v. Schlafzimmer.	Sonderausstattung: rollstuhlbedienbarer Durchgriff m. Bodenablauf 1,40x1,40 m, v. 0,85 m, bes. Montagebereich WC-Ansichten im Greifbereich d. Rollstuhlfahrers, bes. Halte- u. Stützvorrichtungen sind nach wgs.-bez. einzelfallbezogen anzurufen, ab 3 Pers.-gesond. Sanitärraum f. Rollstuhlfahrer m. Zugang v. Schlafzimmer.	Sonderausstattung: WC im Bad, ab 4 Pers. zusätzl. v. Bad getrenntes WC/Fußbodenentwässerung
Bewegungsfläche vor Ausstattungsgegenständen in Sanitärsträumen	Tiefe 0,75 m	Tiefe 0,75 m	Tiefe 0,50 m	Tiefe 1,40 m	Tiefe 0,90 m
Größe von Eingangstüren	Grundrisshöhe nicht festgelegt, Kleiderablage im breit. Bewegungsflächenablage 1,30 m	Grundfläche 1,25 x 1,25 m Kleiderablage 1 m breit.	Grundriss 1,40 x 1,40 m	Bewegungsfläche 1,40 x 1,40 m Kleiderablage 1 m breit	Breite 1,40 m, Nische f. Kleiderablage empfehlenswert
Größe von Freisitztüren	Grundfläche 3 qm, 1,40 m Tiefe	Grundfläche 3 qm, 1,70 m Tiefe	Grundfläche 4 qm, 1,75 m Tiefe	Standardschönung: Grundr. 3 qm, 1,40 m Tiefe, v. 0,85 m innerhalb d. Wdg./Hauseingangstüren 0,90 m	Grundfläche 5 qm, 1,80 m Tiefe
Bewegungsfläche vor Türen		0,80 m (0,70 m) innerhalb der Wdg./Haus eingangstüren 0,90 m	0,85 m innerhalb d. Wdg./Haus eingangstüren 0,90 m	ausreichende Bewegungsfläche v. Türen erforderlich	
Sonstige Ausstattungselemente		Zentralheizung erforderlich	Kleiderkasten, Schalter, Griff, Anker, Griff/Matten etc. müssen im Greifbereich eines Rollstuhlfahrers liegen.	Kleiderkasten, Schalter, Griff, Anker, Griff/Matten etc. müssen im Greifbereich eines Rollstuhlfahrers liegen. Sonstige diverse Orientierungshilfen, rutschfester Bodenbelag in allen Räumen, geradlinige Raumgrundrisse strukturbest.	Stückboden, Schalter, Anker etc. müssen ein sicheres u. leichtes Tügrafen ermöglichen, hinderlicher Fenereinrichtung, sonstige diverse Orientierungshilfen, rutschfester Bodenbelag in allen Räumen, geradlinige Raumgrundrisse strukturbest.
Abstände	Die Abstände zwischen Ausstattungsgegenständen	und Stellflächen für Einrichtungsteile entsprechen bei allen Wohnungstypen der Standardschönung			

Nicht standardisierte, fachlich geplante, individuelle Wohnungshilfen werden als Reha- oder Modernisierungsmaßnahme in Form von Wohnungsumbauten oder -anpassungen vollzogen, bei denen spätere Nutzer im Vorhinheim bekannt sind.

DIN-Norm und Planungsempfehlungen haben sich zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Qualität von Behindertenwohnungen allerdings als wenig effizient erwiesen. Daß sie der Vielfalt individueller Lebenslagen oft nicht gerecht werden, ist in Fachkreisen schon lange kritisch bewertet worden. Wegen ihrer Unzulänglichkeiten werden auch die für den öffentlichen Wohnungsbau insgesamt gültigen DIN-Normen derzeit überarbeitet. DIN-Norm und Planungsempfehlungen für Behindertenwohnungen lassen Fehlplanungen durchaus zu:

- Der durch die DIN-Norm definierte Bedarf an Ausstattungsteilen, Hilfs- und Stützvorrichtungen und ihre Anordnung im Raum sind zugeschnitten auf den Beinamputierten, bzw. auf den im oberen Körperbereich noch voll bewegungsfähigen Rollstuhlfahrer, womit jedoch 40 % aller Behinderungsarten ausgeklammert werden.
- Die Bestimmung von Grundrißgrößen durch Stellflächen und absolute Flächenmaße und die Vernachlässigung von Mindestraumbreiten, Anordnung von Fenstern und Türaufschlägen bieten keine Gewähr dafür, daß ein Raum auch ausreichende Bewegungsfläche bietet.
- Die im Vergleich zu Standardwohnungen ca. 20 % - 30 % größeren Wohnflächen von Behindertenneubauwohnungen sind mit entsprechend höheren Mieten verbunden. Da Wohnzufriedenheit jedoch nicht nur von der behinderungsgerechten Beschaffenheit der Wohnung bestimmt wird, sondern auch vom individuellen Anspruchsniveau, der privaten Lebenssituation und den finanziellen Möglichkeiten, äußern viele Behinderte in Befragungen ein Interesse an flächensparenden Lösungen zugunsten niedriger Mieten (z. B. Verzicht auf den bei 3-Personen-Haushalten geforderten zusätzlichen Sanitärraum) (1).

Individuelle Wohnungsumbauten und -anpassungen, die meist schon aus Kostengründen eine bewußte Unterschreitung des DIN-Standards in Kauf nehmen, bieten demgegenüber den Vorteil der flexiblen Reaktionsmöglichkeit auf den jeweiligen Bedarf des Behinderten.

...

1) Vgl. Weeber, R. u.a., 1985, Bereitstellung von Behindertenwohnungen, Schriftenreihe des Bundesministers für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, Stuttgart.

Allerdings sind auf den konkreten Einzelfall zugeschnittene Wohnungshilfen für Rollstuhlfahrer und schwer Gehbehinderte nur anwendbar, sofern die Wohnung bestimmte Mindestvoraussetzungen entweder bereits erfüllt oder diese mit vertretbarem Aufwand herzustellen sind:

- stufenloser Wohnungszugang
- ausreichend breite Türen und keine Türschwellen
- durch den Grundriß ausreichend vorgegebene Bewegungsflächen vor Stellflächen und Türen, insbesondere in Küche, Bad und Flur.

8.3.2. Wohnungsbestand

Der Bestand an Behindertenwohnungen wird hier aus pragmatischen Gründen gleichgesetzt mit den für die öffentliche Versorgung hergestellten und verfügbaren Wohnraum, weil keine näheren Informationen über den rein privat geschaffenen Bestand vorliegen. In den Jahren 1984 - 1988 wurden in Wiesbaden mit Hilfe von Wohnungsbauförderungsmitteln des Landes insg. 95 Wohnungen für Behinderte geschaffen, davon mehr als die Hälfte im Innenstadtbereich, die sich wie folgt zusammensetzen:

84 behindertenfreundliche Wohnungen insgesamt

darunter:

41 in der Innenstadt. (Regionale Arbeitsgruppen der Sozialverwaltung I, II, III):	Geisbergstr. 5-9/Adolfsberg 5	11 WE
	Wolfram-von-Eschenbach-Str. 1a, Altenwohnanlage Zimmermannstift	6 WE
	Sophienstr. 5	3 WE
	Kastellstr. 14 - 18, 20 - 26	19 WE
	Kaiser-Friedrich-Bad 4	1 WE
	Schachtstr. 31 - 33	1 WE
9 in Klarenthal (Regionale Arbeitsgruppe der Sozialverwaltung IV):	Graf-von-Galen-Str. 76	1 WE
	Carl-von-Ossietzky-Str. 18-22b	8 WE
11 in Biebrich (Regionale Arbeitsgruppe der Sozialverwaltung VI):	Nansenstr. 49 - 53	3 WE
	Paracelsusweg 1 - 7	8 WE
23 in AKK (Regionale Arbeitsgruppe der Sozialverwaltung VIII):	Castellumstr. 82-88,90-94	21 WE
	An der Taunusbahn 30	2 WE

...

11 behindertengerechte Wohnungen insgesamt

Alle in der Innenstadt: Platter Str. 1e
(Regionale Arbeitsgruppe der Sozialverwaltung I)

Wohnungsbauförderungsmittel zur Herstellung von Mietwohnungen für Behinderte wurden bisher ausschließlich von gemeinnützigen Bauherren (Wohnungsbaugesellschaften) in Anspruch genommen. Die in den Programmjahren 1986 und 1987 für Eigentumsmaßnahmen des sozialen Wohnungsbaus zugunsten von Familien mit Schwerbehinderten bereitgestellten besonderen Förderungsmittel wurden von dieser Zielgruppe nicht abgerufen.

Von 1986 bis Mai 1988 sind insgesamt 21 individuelle, öffentlich geförderte Wohnungsanpassungen für Behinderte durchgeführt worden. Dabei wurde in 1 Fall (Fahrstuhleinbau) Modernisierungsmittel des Landes für Eigentümermaßnahmen in Anspruch genommen.

Darüber hinaus konnten in den Jahren 1985/86 17 Wohnungen überwiegend altersbehinderter oder gesundheitlich eingeschränkter älterer Menschen über die Landesförderung von Mietermodernisierungen verbessert werden. Durch Gewährung von Zuschüssen für den Einbau von Gasetagenheizungen wurde in einem Fall der Verbleib in der bisherigen Wohnung möglich.

In den Landesprogrammen 1987 und 1988 ist die Mietermodernisierung gestrichen worden. Durch die Beschneidung auf Eigentümermaßnahmen wurde der Förderungsspielraum spürbar eingeschränkt: Denn bei öffentlich geförderten Modernisierungsmaßnahmen privater Eigentümer wirkt zum einen die dauerhafte soziale Belegungsbindung als Akzeptanzbarriere, zum anderen tritt meist eine Mieterhöhung ein.

Der Schwerpunkt einzelfallbezogener Wohnungshilfen für Behinderte hat sich inzwischen in den Bereich der Eingliederungshilfen nach dem BSHG verlagert. Unter der zunächst freien Mitarbeit einer Fachbearbeiterin für behindertengerechtes Planen, Bauen und Wohnen konnten in 20 Fällen Wohnungsprobleme durch Umbau, besondere Ausstattung oder Einsatz von Hilfsmitteln individuell gelöst werden. Die Kosten der verschiedenen Einzelmaßnahmen weisen eine große Bandbreite auf. Die vom Sozialamt der Stadt Wiesbaden übernommenen Gesamtkosten belaufen sich auf ca. 70.000,-- DM.

8.3.3. Bewohnerstruktur

Abgesehen von einer neuerdings vereinzelt auftretenden Nachfrage nach privaten Standardwohnungen für jüngere geistig Behinderte aus Wohnheimen sind derzeit überwiegend schwer Gehbehinderte und Rollstuhlfahrer mittlerer und höherer Altersgruppen die faktische Zielgruppe der unterschiedlichen Standardtypen von Behindertenwohnungen.

...

Nur selten sind bisher lebenslang Behinderte aus einem Wohnheim oder der elterlichen Wohnung in solche Wohnungen eingezogen. Die Bewohnergruppe setzt sich vielmehr überwiegend aus lebenslang selbständigen, meist Krankheits- oder altersbedingt Behinderten zusammen, darunter vereinzelt Rollstuhlfahrer. Behindertenwohnungen dienen hauptsächlich der Erhaltung von Selbständigkeit in der eigenen Wohnung als wirksame Alternative zum Heim (siehe Tab. 35 und Tab. 36) (1).

Die angestrebte Selbständigkeit in der eigenen Wohnung kann fast nie allein durch baulich-technische Vorkehrungen abgesichert werden. Zur pflegerischen Versorgung und zur Alltagsbewältigung sind die in eigenen Wohnungen lebenden Behinderten fast immer auf fremde Hilfe angewiesen, die durch Familienangehörige bzw. Verwandte und/oder ambulante soziale Dienste geleistet wird (siehe Tab.37).

3.3.4. Besondere Wohnprobleme

Die Auswertung von insgesamt 27 Anträgen auf Wohnungsumbau oder -anpassung (2), die ab 1986 bis Mai 1988 im Rahmen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt positiv beschieden wurden, zeigt, daß sich Wohnprobleme Behinderter auf folgende Schwerpunkte konzentrieren:

- Der Grundriß bietet insbesondere in Küche und Bad oft nicht genügend Bewegungsfläche für einen Rollstuhl,
- die Zugänglichkeit der Wohnung ist mangelhaft, weil Aufzug oder Rampen fehlen, Türbreiten zu gering sind und das Wohnumfeld schwer passierbar ist,
- die materielle Wohnungsausstattung ist unzureichend, weil rutschfester Bodenbelag fehlt, Möbel nicht unterfahrbar sind, Sanitärobjekte nicht nutzergerecht sind, Haltegriffe, Schalter oder sonstige Ausstattungselemente kaum erreichbar bzw. nicht vorhanden sind.

Derartige Wohnungsmängel sind selbst durch eine normgerechte Wohnungsplanung für Behinderte nicht generell auszuschließen: D. h., auch aufgrund der Unzulänglichkeiten von DIN und Planungsvorgaben (siehe Kap. 5.3.1.2) können selbst fertige Behindertenwohnungen noch einige der genannten Barrieren aufweisen, die nachträgliche, individuelle Wohnungsanpassungen erforderlich machen.

Nicht jede Wohnung läßt eine bedürfnisbezogene Anpassung zu. Das betrifft meist ältere Sozialwohnungen oder private Altbauwohnungen: Die Zugänglichkeit von Obergeschoß-

...

- 1) Statistische Informationen über Bewohner von Behindertenwohnungen liegen nur für die Teilgruppe der Antragssteller für Wohnungsanpassungen vor, nicht jedoch für die insgesamt versorgte Gruppe.
- 2) Die 27 Anträge wurden für insgesamt 29 Behinderte gestellt (1 HH mit 3 Behinderten).

Tab. 35: Antragsteller von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung in der Eingliederungshilfe des Sozialamtes nach Altersgruppen (1986 - 5/1988)

	0 - 20J.	20 - 30 J.	30 - 40 J.	40 - 60 J.	60 - 65 J.	65 - 80 J.	80 J. u. älter
insg.							
abs. 29 1)	1	5	5	5	5	6	2
%	3,5 %	17,2 %	17,2 %	17,2 %	17,2 %	20,7 %	6,9 %

1) Die Behinderten leben in insg. 27 Haushalten, darunter 1 Haushalt mit 3 Behinderten

Tab. 36: Antragsteller von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung in der Eingliederungshilfe des Sozialamtes nach Behinderungsarten (1986 - 5/1988)

Art der Behinderung (Einfachnennungen)		Personenzahl
Behinderte insgesamt	abs. %	29 100 %
Rollstuhlfahrer	abs. %	18 62,1 %
<u>davon</u> : durch MS bedingt	abs. %	9 50 %
schwer gehbehindert	abs. %	6 20,7 %
sonstige Körperbeh./ Altersbeh.	abs. %	2 6,9 %
mehrfachbeh.	abs. %	2 6,9 %
blind/sehbeh.	abs. %	1 3,5 %
taub/hörbeh.	abs. %	- -

Tab. 37: Antragssteller von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung in der Eingliederungshilfe des Sozialamtes nach Haushaltstypen und Abhängigkeit von fremder Hilfe (Stand: 1986 - 5/1988)

	Behinderte insgesamt	Davon: Behinderte nach Haushaltstypen			
		alleinstehend ohne Kinder	alleinstehend mit Kinder	Beh. zusammen mit Eltern/-teil	Beh. zusammen mit Ehepartner/sonst. Angehörige
	29 100 %	11 37,9 %	3 10,3 %	3 10,3 %	12 41,4 %
Davon: auf fremde Hilfe angewiesen	28 96,6 %	10	3	3	12
Davon: Inanspruchnahme ambulanter Dienste	12 41,4 %	8	-	3	2

wohnungen, ist hier oft nicht durch Aufzug, Außenlift oder Rampen herstellbar oder der Grundriß erlaubt keine veränderte Raumaufteilung; letzteres gilt insbesondere für kleinere Wohnungen ohne Bad oder mit Toilette außerhalb der Wohnung. Aber auch standardisierte Altenwohnungen bieten mit ihrer geringen Wohnfläche kaum Spielraum für Veränderungen.

Von 27 untersuchten Anträgen auf Wohnungsumbau im Rahmen der Eingliederungshilfe konnte in:

- 7 Fällen das Wohnproblem aus den o. g. Gründen nicht gelöst werden,
- 20 Fällen das Wohnproblem bedürfnisgerecht gelöst werden und zwar:
 - 16 durch Wohnungsumbau und besondere Ausstattung:
darunter: 2 standardisierte Behindertenwohnungen
 - 2 durch Umzug in eine standardisierte Behindertenwohnung
 - 2 durch Versorgung mit Hilfsmitteln

8.3.5. Steuerungsdefizite bei der Wohnungsversorgung

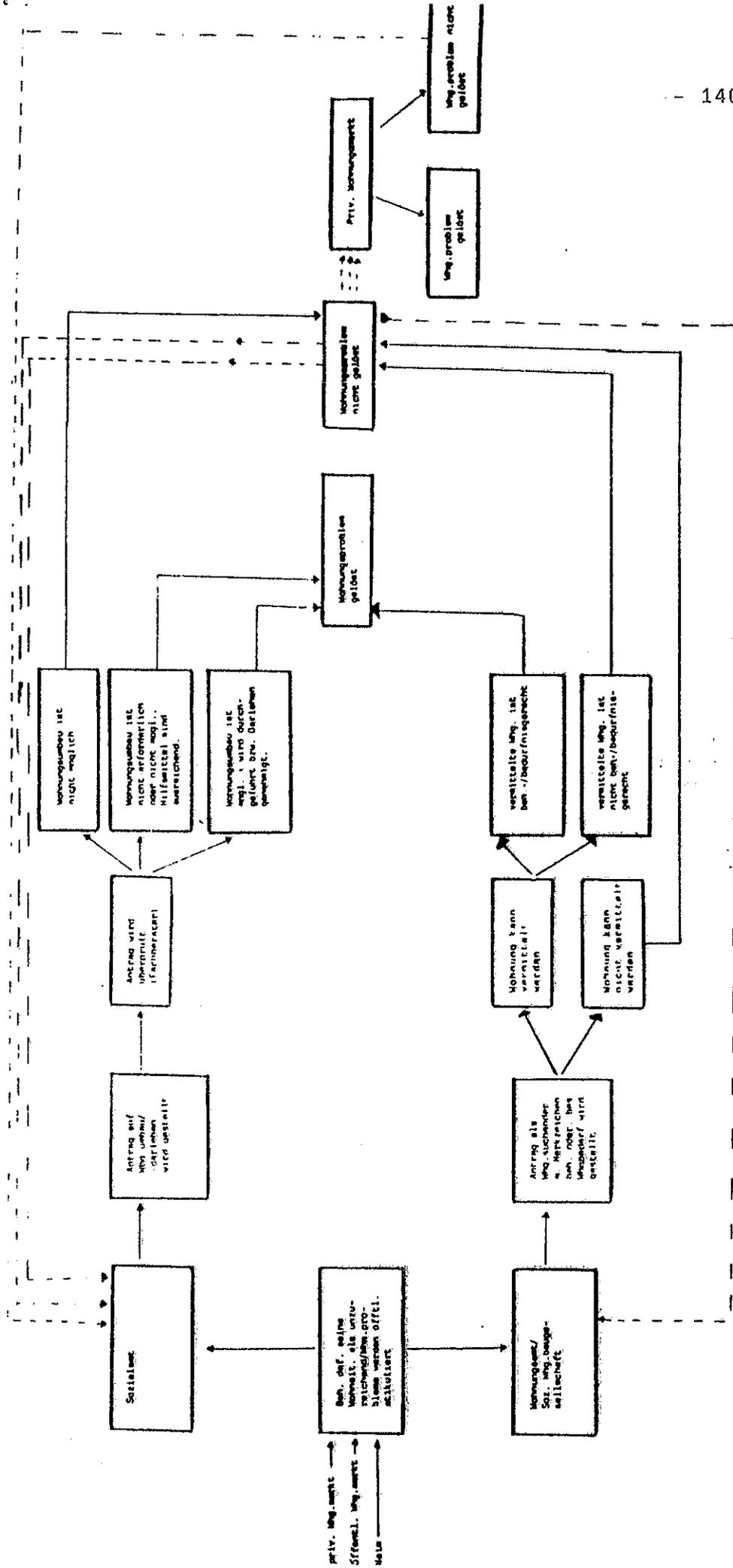
Das System kommunaler Wohnungshilfen für Behinderte weist ein doppeltes Steuerungsdefizit auf (siehe Schaubild 11):(1)

- Die Wohnungsvermittlung über das Wohnungsamt und Wohnungs-umbauten über das Sozialamt erfolgten bisher unabhängig voneinander. Daher waren erfolglose Wohnungsgesuche oder durch die Wohnungsvermittlung unzureichend gelöste Wohnprobleme Behinderter anschließend häufig als Umbauantrag im Sozialamt wiederzufinden. Umgekehrt ziehen nicht durchführbare Umbaupläne vielfach eine Wohnungsbewerbung nach sich: Den 27 Anträgen auf Wohnungsanpassungen nach dem BSHG ist in 11 Fällen (40,7 %) ein Wohnungsgesuch im Wohnungsamt vorausgegangen. Demgegenüber hatte in 8 Fällen (29,6 %) ein nicht durchführbarer Wohnungsumbau einen Wohnungswechsel zur Folge, durch den das Wohnungsproblem entweder direkt oder nach erneutem Umbau (6 Fälle) gelöst werden konnte.

...

- 1) Die Ergebnisse dieser Schwachstellenanalyse sind inzwischen möglicherweise zum Teil überholt durch die nunmehr hauptamtliche Tätigkeit einer Fachberaterin in der Hauptabteilung Soziales. Deren Erfahrungen sind aber noch zu vorläufig, als daß eine qualifizierte Auswertung hier schon hätte aufgenommen werden können.

Schaubild 20: Wohnungsversorgung Behinderter durch Sozial- und Wohnungsamt



→ 1. Durchlauf
 - - - 2. Durchlauf

- Die gezielte Wohnungsversorgung Behinderter erfolgt in der Regel durch die Vermittlung standardisierter Behindertenwohnungen. Die Vergabe von Wohnungen aus dem allgemeinen Bestand im Sinne einer "bedürfnisgerechten" Wohnungsversorgung war bisher ohne praktische Bedeutung; da die Wohnungen auch nicht unter dem Aspekt vermittelt werden, ob die bautechnischen Gegebenheiten einen Umbau zulassen: in 2 von 8 Fällen behinderungsbedingter Wohnungswechsel stellte sich erst bei nachträglichen Wohnungsanpassungsanträgen heraus, daß auch die neu bezogenen Wohnungen aus bautechnischen Gründen nicht "bedürfnisgerecht" umgestaltet werden konnten.

Die gezielte Bearbeitung derartiger Koordinationsmängel ist seit Januar 1988 Bestandteil des Aufgabenspektrums der in der Abteilung "Altenhilfe" des Sozialamtes eingebundenen ABM-Stelle einer "Fachberatung für behinderten- und altersgerechtes Planen, Bauen und Wohnen". Im Anlaufstadium wird zunächst erprobt, wie Wohnungsprobleme behinderter und alter Menschen koordiniert bearbeitet und qualifiziert gelöst werden können. Es geht aber auch darum, die Belange mobilitätseingeschränkter Gruppen insgesamt stärker als bisher bei der Gestaltung physischer Umweltbedingungen (Wohnumgebung, öffentliche Infrastruktur, Verkehr) zur Geltung zu bringen.

Die Beratungsstelle soll dementsprechend eingeschaltet werden:

- bei öffentlich geförderten Neubau-, Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen,
- bei der Beratung von wohnungssuchenden älteren und behinderten Menschen im Rahmen der Wohnungsvermittlung, sowie beim Aufbau einer automatisierten Wohnungsbewerber- und angebotsdatei,
- bei Wohnungsanpassungen nach dem BSHG,
- auch von sozialen Diensten vor Ort sowie den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter,
- bei der Beratung privater Bauherren,
- bei der Planung von Projekten der sozialen und sonstigen Infrastruktur.

Welche organisatorische Zuordnung dieser Querschnittsaufgaben am besten gerecht wird, ist erst nach Ablauf des Erprobungszeitraumes entscheidbar.

83.6. Bedarfsentwicklung, Empfehlungen

Es muß davon ausgegangen werden, daß Behinderte und altersbedingt Behinderte vielfach unter erschwerten, unzureichenden Wohnbedingungen leben und erheblicher Bedarf nach ge-

...

eigneten Wohnungen in zentraler, infrastrukturell günstiger Lage besteht. Wenn auch exakte prognostische Aussagen zur Entwicklung der Nachfrage nach Behindertenwohnungen nicht sinnvoll sind, können wesentliche Einflußfaktoren ins Kalkül gezogen werden:

- Die zur Zeit geringe manifeste Nachfrage (registrierte Bewerber) nach Behindertenwohnungen darf nicht als Bedarfsindikator fehlgedeutet werden: Denn zum einen bestimmt das vorhandene Angebot auch immer das Nachfrageverhalten, zum anderen werden viele Interessenten erst durch eine gezielte Vermittlungstätigkeit wirklich artikulationsfähig.

Für die 12 Behindertenwohnungen in der Platter Straße standen Ende 1987 beim Verein "Initiative gegen Ausgliederung und Benachteiligung Behinderter" (1) 8 Behinderte auf der Warteliste; von der Fachberatung für alten- und behindertengerechtes Planen, Bauen und Wohnen wurden allein im 1. Halbjahr 1988 mehr als 10 Bewerbungen an die kommunale Wohnungsvermittlung weitergeleitet. Dort sind ansonsten keine Bewerber für Behindertenwohnungen registriert.

Standardisierte Behindertenwohnungen wurden lange Zeit fast nur von Rollstuhlfahrern nachgefragt. Mit dem neuen Angebot einer fachlichen Betreuung bei individuellen Wohnungsanpassungen wird zunehmend auch aus dem Kreis der Alters- und Gehbehinderten Bedarf artikuliert. Von den ca. 800 Bewerbern für Altenwohnungen dürfte ein großer Teil mobilitätseingeschränkt sein und zumindest auf mittlere Sicht eine bedürfnisgerechte Wohnung benötigen.

- Direkte Rückschlüsse von der Zahl der Rollstuhlfahrer und schwer Gehbehinderten - in Wiesbaden insgesamt ca. 1.050 - auf den Bedarf an Behindertenwohnungen sind äußerst fragwürdig, da die Nachfrage von verschiedenen Faktoren auch gegenläufig reguliert wird:

Von der subjektiven Bewertung der Mobilitätseinschränkung, dem Ausmaß der aktuellen Wohnzufriedenheit bzw. -unzufriedenheit, der persönlichen Bindung an einen Wohnstandort, der Information über verfügbare Wohnungshilfen, der Lage der angebotenen Wohnungen, der Umzugsbereitschaft, der Höhe der Miete und der Verfügbarkeit ambulanter und/oder privater Hilfen.

- Unsicherheiten auf der Nachfrageseite bestehen auch hinsichtlich der Haushaltsgrößen und Altersgruppen der zu versorgenden Zielgruppe:

...

1) Der Verein hat als Hauptinitiator dieses Wohnprojekts ein Vorschlagsrecht für die Belegung freier werdender Wohnungen.

Wenn junge Körperbehinderte sich vermehrt wie Gleichaltrige Nicht-Behinderte verhalten und dem Wunsch folgen, so selbständig und unabhängig wie möglich zu sein, eigene Haushalte zu bilden - evtl. auch über die Zwischenstufe eines Wohnheimes - so ist mit einem wachsenden Bedarf an Wohnungen für Alleinstehende und Wohngemeinschaften zu rechnen.

Absehbar ist auch, daß infolge demographischer Entwicklungen zusätzlicher Bedarf an 1 - und 2-Personen-Wohnungen für die wachsende Gruppe der Altersbehinderten entsteht.

- Ferner ist im Zuge der Verselbständigung jüngerer Geistig- und Mehrfachbehinderter aus Wohnheimen eine zusätzliche Nachfrage nach großen Wohnungen für außenbetreute Wohngruppen zu erwarten.

Auf dem Hintergrund dieser in globalen Planungsdaten schwer faßbaren Gesamtentwicklung sind für die zukünftige Wohnungsversorgung der Behinderten folgende Empfehlungen auszusprechen:

Durch einen vom aktuellen Bedarf abgekoppelten Vorratsbau von Rollstuhlfahrerwohnungen werden Belegungsprobleme auftreten. Um über ein flexibel nutzbares, ausreichendes Wohnungsangebot für Behinderte zu verfügen, sollte die Wohnungsversorgung Behinderter in die allgemeinen Konzepte kommunaler Wohnungspolitik integriert werden:

- Im Wohnungsbestand sollten verstärkt individuelle Wohnungsanpassungen vorgenommen werden; bei Modernisierungsmaßnahmen muß sichergestellt sein, daß alle Erdgeschoßwohnungen eine spätere Nutzung durch Mobilitätsbehinderte/Rollstuhlfahrer zulassen.
- Bei Neubauprojekten des sozialen Wohnungsbaues sollten Wohnungen grundsätzlich so geplant werden, daß Grundriß und Ausstattung spätere flexible, bedürfnisgerechte Wohnungsanpassungen auch für Rollstuhlfahrer zulassen.
- Bei allen Planungen sind Merkmale des Wohnumfeldes und Standortqualitäten (zentrale Lage und günstige infrastrukturelle Anbindung als wichtige Kriterien zu beachten). Weiterhin gilt es, die Steuerungsmängel zu beheben durch:
 - Die Herstellung einer größeren Transparenz des Wohnungsbestandes und die Effektivierung der Wohnungsvermittlung: Dazu sollen in einem automatisierten Vermittlungsverfahren qualifizierte Wohnungsbestandsdaten (Ausstattung, Lage, Bewohnerstruktur des Hauses etc.) mit besonderen Bedarfsmerkmalen aller Bewerber verknüpft werden.
 - Durch verstärkte und dauerhafte Verwertung der "Fachberatung für behinderten und altengerechtes Planen, Bauen und Wohnen" mit allen sozialen Diensten und Instanzen der Wohnungsversorgung. Das setzt die Umwandlung, der noch als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme konzipierten Beratungsstelle in eine Planstelle voraus.

9. Ambulante Dienste und Hilfen

9.1. Zielsetzung

Ambulanten Diensten kommt im Rahmen einer selbständigen Lebensführung ein zentraler Stellenwert zu. Behinderte, die in ihrem Alltag fremde Hilfe benötigen, sind auf ein dichtes Versorgungsnetz ambulanter Dienste angewiesen. Erst dann sind die Voraussetzungen dafür erfüllt, daß kostenintensive, stationäre Unterbringungen vermieden werden können, die Ablösung von Herkunftsfamilie oder familiäre Entlastung möglich wird, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gelingt und persönliche Interessen realisiert werden können. Denn "Normalisierung" der Lebensbedingungen bedeutet für Behinderte oft gleichzeitig den Verlust des familiären oder institutionellen Schonraumes, der sie von Aufgaben der Alltagsorganisation weitgehend entlastet.

9.2. Methodische Probleme der Bestandserhebung

Bei der mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführten Befragung der Anbieter ambulanter Dienste wurde die auf der Maßnahmenebene nicht relevante Trennung von alters- und behinderungsbedingt Hilfsbedürftigen zum Erhebungsproblem. Zwecks Abgrenzung sind daher nur die betreuten Personen unter 60 Jahren erfaßt worden und darüber hinausgehende Altersstufen nur, sofern gesicherte Informationen vorlagen, daß die Behinderung schon in jüngeren Lebensjahren bestand.

Da interne Karteien und Statistiken der verschiedenen Anbieter ambulanter Dienste nach unterschiedlichen Kriterien geführt werden, konnten nicht alle Fragen von allen Anbietern beantwortet werden. Aufgrund der Verschiedenartigkeit der einzelnen Dienste, ist es auch möglich, daß Behinderte von mehreren Einrichtungen gleichzeitig betreut werden; Mehrfachzählungen sind daher nicht auszuschließen.

9.3. Struktur und Kapazität des Angebotes

Die Aufgabe der ambulanten Betreuung Behinderter wird, in Verbindung mit der Versorgung kranker und alter Menschen, von den 20 gemeinnützigen Organisationen, die zur Zeit ambulante Dienste anbieten (1), wahrgenommen. Das Leistungsangebot ist wenig übersichtlich und Versorgungszuständigkeiten sind nicht verbindlich geregelt:

...

1) Die ständig wechselnde Zahl kommerzieller Anbieter ambulanter Dienste bleibt hier außer Betracht, da sie wegen ihrer geringen Inanspruchnahme durch Behinderte die Versorgungssituation nicht nennenswert beeinflussen.

Rund- um -die Uhr-Betreuungen werden, mit Ausnahme des "Betreuungs-Hilfsdienstes", von keinem Anbieter übernommen. In der Regel beginnt die Einsatzbereitschaft ambulanter Dienste am frühen Morgen (6.00 - 7.00 Uhr) und endet mit der Hilfe beim Zubettgehen (19.00 - 23.00 Uhr).

Die Ausfallzeiten ambulanter Dienste müssen durch private oder sonstige Hilfen abgedeckt werden. Das Leistungsspektrum ambulanter Dienste grenzt tendenziell den Personenkreis aus, der nicht auf ergänzende Hilfen in seinem privaten Umfeld, auf Zdl-er oder sonstige Personen zurückgreifen kann.

Kurzzeitbetreuungen (Urlaub der Angehörigen, Krisensituationen) werden, soweit es die personellen Gegebenheiten zulassen, von den meisten Diensten durchgeführt.

Da überwiegend Dauerfälle betreut werden, sind die Leistungskapazitäten meist längerfristig durch einen festen Personenkreis gebunden, so daß neue Nachfrager nur begrenzt aufgenommen werden können bzw. abgewiesen werden müssen.

9.4. Nutzerstruktur

Ambulante Dienste konzentrieren sich zur Zeit ausschließlich auf die Gruppe der Behinderten, die schon immer in privaten Haushalten gelebt haben und dienen somit der Vermeidung stationärer Betreuungs- und Versorgungsformen. Sie leisten bisher noch keinen Beitrag zur Verselbständigung Behinderter aus Wohnheimen. Die ambulante Betreuungsnachsorge für Behinderte, die aus Wohnheimen in private Wohnungen oder Wohngruppen ausgezogen sind, wird zur Zeit noch von den Wohnheimen selbst gewährleistet.

Bei den von ambulanten Diensten betreuten Behinderten handelt es sich im wesentlichen um Körperbehinderte (53,1%, 104) und psychisch Behinderte (25 %, 43). Der Anteil Geistig- und Mehrfachbehinderter fällt kaum ins Gewicht (siehe Tab.38). Diese Gruppen stellen im Hinblick auf ihre Alltagsorganisation meist intensivere und umfassendere Betreuungsanforderungen, die heil-, sozialpädagogische und therapeutische Hilfen einschließen. Da insbesondere heil- und sozialpädagogische Hilfen für Behinderte zur Zeit überwiegend stationär durch Spezialeinrichtungen bereitgehalten werden, als ambulante Dienstleistungen jedoch kaum verfügbar sind, ist diesen Gruppen eine selbständige Lebensführung in eigenen Haushalten oft nicht möglich.

Die Betreuung Schwerbehinderter, intensiver Pflege bedürftiger Personen durch die Zentralstationen (mehr als 3-Std. Betreuung tägl.) ist bei derzeitiger Personalausstattung, d. h. innerhalb des gegebenen Finanzierungsrahmens, in der Regel nicht möglich.

...

Tab. 38 : Betreuung Behinderter durch ambulante Dienste nach Behinderungsarten (Stand: Anfang 1988)

Träger	Behinderungsarten						
	Körperb.	Geistigb.	Mehrfach- beh.	Blinde	Hör- / Sprachb.	psych./ seel.b.	Insgesamt
Zentralstation Biebrich	8	1	-	-	-	6	15
Zentralstation Mitte	1	-	-	-	-	-	1
Zentralstation Ost	9	1	-	5	-	9	24
Zentralstation West	6	5	-	-	-	-	11
Zentralstation Nord	5	-	-	-	1	-	-
Zentralstation AKK/Kasteller Krankenhausverein	10	-	-	-	-	3	13
MSHD Adlerstr.	7	-	4	2	-	7	20
MSHD Am Hang	14	-	-	3	-	3	20
MSHD Raiffeisen	13	-	2	-	-	1	16
Malteser Hilfs- dienst	6	1	-	1	-	1	9
DRK	3	-	1	-	-	-	4
ASB	1	-	-	-	-	-	1
Caritas	8	-	-	1	-	2	11
AWO	1	-	1	-	-	-	2
Werk	-	-	-	-	-	-	-
DPWV Mainz	-	-	-	-	-	-	-
Johanniter-Unfall- Hilfe	1	-	-	-	-	1	2
Freie Gesundheits- hilfe	2	-	-	-	-	4	6
Betreuungshilfs- dienst	6	-	-	-	-	6	12
AKSD Nachbar- schaftshaus	3	-	-	-	-	-	3
Insgesamt	104	8	8	12	1	43	176

Während die 6 Zentralstationen nur Pflegedienste und damit zusammenhängende persönliche Beratungen durchführen, bieten einige Träger neben der hauptamtlichen Pflege gleichzeitig Haushilfedienste an; wie Waschen, Einkaufen, sonstige Hausarbeiten sowie Besuchs- und Begleitdienste (Freie Gesundheitshilfe, Betreuungs-Hilfsdienst, AWO, DRK). Wieder andere leisten nur Haushilfedienste, wobei oft einfache, nicht professionelle Pflegedienste eingeschlossen sind (MHD, MSHD, AKSD, Caritas, Diak. Werk, DPWV Mainz, ASB).

Abgesehen von den 6 Zentralstationen, die aufgrund ihrer regionalisierten Zuständigkeit ein flächendeckendes Versorgungsnetz bilden, gibt es zwischen den übrigen Anbietern ambulanter Dienste zur Zeit noch keine geregelten Koordinations- und Kooperationsstrukturen. Dienstleistungen werden für das gesamte Stadtgebiet angeboten, wobei zum Teil jedoch ansatzweise interne, regionale Schwerpunkte sich herausgebildet haben (AKSD: Biebrich; MSHD: Bergkirchenviertel, Dotzheim, Bierstadt, AWO: Westend)

Die Kosten der Pflegedienste der 6 Zentralstationen sind über eine Mischfinanzierung von Träger, Stadt Wiesbaden und Krankenkassen abgesichert, wobei über die Krankenkassen nur medizinisch verordnete Einzelleistungen abrechenbar sind. Alle anderen Leistungen und ungedeckten Kosten werden von Träger und Kommune in etwa gleicher Höhe pauschal finanziert, der städt. Anteil lag im Jahr 1987 bei ca. 1.289.901,-- DM. Die Dienstleistungen der Zentralstationen sind für die Nutzer kostenlos.

Die übrigen Träger, die stadtweit bzw. ohne regionale Beschränkung ebenfalls Pflegedienste anbieten, erhalten lediglich pauschale städt. Betriebskostenzuschüsse von zur Zeit insgesamt ca. 65.000,-- DM (1988). Das DRK, das erst seit dem 01.09.1988 als zusätzlicher Anbieter von Pflegediensten tätig ist, erhält (noch) keine städt. Zuschüsse.

Nicht über die Krankenkassen abrechenbare Pflegeleistungen dieser Träger sind - ebenso wie Haushilfedienste - im Rahmen der jeweiligen, d. h. uneinheitlichen, Gebührensätze von den Nutzern selbst zu finanzieren.

Hilfeempfänger mit geringem Einkommen können jedoch nach dem BSHG "Hilfe zur Pflege" beziehen, wobei die Einkommensgrenzen hierfür deutlich über der allgemeinen HLU-Bedürftigkeitsgrenze liegen. "Hilfe zur Pflege" kann auf der Grundlage des medizinisch begründeten Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit sowohl "pauschaliert" als auch als "Auslageersatz" gewährt werden. Der Auslageersatz wird zusätzlich zum pauschalierten Pflegegeld gezahlt, wenn dieses zur Finanzierung einer Pflegekraft nachweislich nicht ausreicht.

...

Haushilfedienste sind Bestandteil der "Hilfe zum Lebensunterhalt" und werden im Rahmen der normalen Einkommensgrenzen nach dem BSHG gewährt. Die Kosten können entweder zwischen Träger und Sozialamt auf der Grundlage der ausgehandelten Vergütungssätze abgerechnet oder bei privater Betreuung mit der Sozialhilfe direkt an den Hilfeempfänger ausgezahlt werden.

Ambulante Dienste sind überwiegend in der Altenhilfe tätig, Behinderte bilden mit durchschnittlich ca. 8,6 % (176) nur eine kleine Gruppe innerhalb der Gesamtheit des durch ambulante Dienste betreuten Personenkreises. Allerdings gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Anbietern (siehe Tab.39), deren jeweiliges Leistungsspektrum unterschiedliche Schwerpunkte abdeckt: So werden nur 39,8 % (70) aller betreuten Behinderten von Zentralstationen versorgt. Zum anderen spiegeln die Betreuungsquoten jeweilige Kapazitätsgrenzen der Träger wider. Hinzu kommt die Trägerorientierung der Nachfragenden: Behinderte wenden sich oft an traditionell in der Behindertenarbeit ausgewiesene Träger, ohne zu wissen, daß andere Träger ein ähnliches Angebot bereithalten.

Etwas 3/4 der ambulanten Dienstleistungen für Behinderte liegen im Bereich der alltäglichen Lebensführung und umfassen im wesentlichen Wasch-, Reinigungs-, Einkaufs-, Reparatur-, Begleit- und Besuchsdienste. Nur knapp 1/4 entfallen auf den Bereich der häuslichen Krankenpflege (siehe Tab.40).

Mobile therapeutische Dienste werden nicht angeboten. Eine Ausnahme bildet der DPWV Mainz, der auf ärztliche Anordnung bei Geh- und Transportunfähigkeit für Bewohner aus AKK mobile Krankengymnastik durchführt. Wiesbadener Behinderte sind davon ausgeschlossen, weil eine freie Vereinbarung des Trägers mit den örtlichen Krankenkassen zugrundeliegt, der die Wiesbadener Krankenkassen sich nicht angeschlossen haben. Da Hausbesuche von niedergelassenen Therapeuten auch nicht kostendeckend abgerechnet werden können, finden sie kaum statt. Dadurch entstehen manifeste Versorgungslücken insbesondere für die an Mukoviszidose erkrankten Kinder.

Behinderte werden von ambulanten Diensten überwiegend in regelmäßigen Zeitabständen betreut; die Perioden schwanken zwischen 1-mal bis 5-mal wöchentlich. Für Wochenenden und Feiertage stehen, abgesehen vom "Betreuungs-Hilfsdienst", keine festen Versorgungskapazitäten zur Verfügung (siehe Tab. 41). Vereinzelt versuchen sonstige Träger zumindest nicht-pflegerischen Betreuungswünschen zu entsprechen (freie Mitarbeiter, Zdl-er).

...

Tab. 39 : Betreuung Behinderter durch ambulante Dienste insgesamt und nach Altersgruppen (Stand: Anfang 1988)

Träger	Betreute Behinderte		Altersgruppen		
	insg.	%-Anteil an den Betreuten insg.	unter 30 J.	30-60 J.	über 60 J.
Zentralstation Biebrich	15	34,1	2	13	-
Zentralstation Mitte	1	0,4	-	1	-
Zentralstation Ost	24	29,3	2	22	-
Zentralstation West	11	5,6	1	3	7
Zentralstation Nord	6	5,0	-	5	1
Zentralstation AKK, Käßteller Krankenhausverein	13	9,6	-	13	-
MSHD Adlerstr.	20	18,2	3	14	3
MSHD Am Hang	20	17,4	5	13	2
MSHD Raiffeisen	16	21,9	4	9	3
Malteser Hilfsdienst	9	11,3	1	3	5
DRK	4	5,0	1	3	-
ASB	1	0,6	-	1	-
Caritas	11	6,9	2	9	-
AWO	2	2,3	1	1	-
Diak. Werk	-	-	-	-	-
DPWV Mainz	-	-	-	-	-
Jc miter- Unfall-Hilfe	2	2,5	1	1	-
Freie Gesundheitshilfe	6	30,0	2	4	-
Betreuungshilfsdienst	12	7,5	2	10	-
AKSD Nachbarschaftshaus	3	1,9	-	3	-
Insgesamt	176	8,6	27	129	21

Tab. 40: Art der Leistungen an einzelne Behinderte nach Behinderungsarten (Mehrfachnennungen), Stand: Anfang 1988

Angaben zur Art der Leistung wurden für 154 betreute Behinderte (90,6 %) gemacht.

Maßnahmetyp	Behinderungsarten						Insgesamt
	Körperb.	Geistigb.	Mehrfachb.	Blinde	Hör-/ Sprachb.	Psych./ seel.B.	
Alltägliche Lebensführung	110	2	8	9	-	40	169 (75,4 %)
Pflegerische Dienste	36	2	1	5	-	11	55 (24,6 %)
Insgesamt	146 (65,2 %)	4 (1,8 %)	9 (4,0 %)	14 (6,3 %)	-	51 (22,8 %)	224 (100 %)

Tab. 41 : Besuchshäufigkeit einzelner Behinderter nach Behinderungsarten (Stand: Anfang 1988)

Angaben wurden für 131 (77,1 %) der betreuten Behinderten gemacht.

Behinderungsarten	Betreuungshäufigkeiten					Insgesamt
	weniger als 1x wöchl.	1x wöchl.	2-4x wöchl.	5x wöchl.	mehrmals wöchl. incl. Wochenende + Feiertage	
Körperbehinderte	5	15	25	21	11	77
Geistigbehinderte	-	-	1	-	1	2
Mehrfachbehinderte	-	2	4	2	-	8
Blinde	2	4	1	4	1	12
Hör- und Sprachbehinderte	-	-	-	-	-	-
Psychisch/ seelisch Behin- derte	-	9	11	4	8	32
Insgesamt	7 (5,3%)	30 (22,9%)	42 (32,1%)	31 (23,7%)	21 (16,0%)	131 (100%)

Der Betreuungsschwerpunkt liegt mit ca. 72,7 % (128) in der Altersgruppe der 30 bis 60-jährigen (siehe Tab. 39).

Ambulante Hilfen dienen zu über 50 % der familiären Entlastung; nur 43 % der betreuten Behinderten, leben allein (siehe Tab. 42).

9.5. Tagespflege im Moritz-Lang-Haus und ambulante Dialyse an der DKD (Deutsche Klinik für Diagnostik)

Tagespflege im Moritz-Lang-Haus und ambulante Dialyse an der DKD bilden Übergänge zwischen mobilen ambulanten Diensten und Formen stationärer Unterbringung.

In der Tagespflege des Moritz-Lang-Hauses werden neben Pflegediensten zahlreiche therapeutische Hilfen gewährt: Gymnastik, Massage, Bäder, Logopädie, Beschäftigungstherapie; zur Zeit sind dort 3 Körperbehinderte unter 65 Jahren für 7 - 8 Std. täglich aufgenommen (9,4 % der Gesamtplatzkapazität). Einer erweiterten Betreuung von Behinderten in Tagespflegeeinrichtungen stehen folgende Schwellen entgegen:

- Die Eigenbeteiligung in Höhe der häuslichen Ersparnis (150,-- bis 200,-- DM/mtl.) und die 15 % Reduzierung des Pflegegeldes vermindern das verfügbare Einkommen.
- Die Aufnahme schwerer Behinderungsarten würde die Akzeptanz der Einrichtung bei ihrer Hauptzielgruppe, den älteren Menschen, senken.

Im Rahmen der ambulanten Dialyse an der DKD werden zur Zeit insgesamt 157 Personen betreut, von denen 66,9 % (105) unter 65 Jahren sind. Kapazitätsengpässe bestehen gegenwärtig nicht. Die ambulante Versorgung von Dialysepatienten stößt meist dann an ihre Grenzen, wenn zu dem Nierenversagen mit zunehmendem Alter zusätzliche Altersbehinderungen eintreten. Eine Heimunterbringung ist dann kaum zu vermeiden.

Versorgungslücken bestehen derzeit im Bereich der Transplantation. Zum einen kann die Nachfrage nach Organ Spendern nicht gedeckt werden, zum anderen sind die beiden hessischen Transplantationszentren in Frankfurt und Marburg überlastet (lange Wartelisten).

9.6. Handlungsbedarf und Entwicklungsperspektiven

Eine quantitative Bemessung bestehender Versorgungslücken im Bereich ambulanter Dienste für Behinderte ist aus verschiedenen Gründen kaum möglich:

- Der manifeste Hilfebedarf ist schwer zu definieren, da bei den Trägern ambulanter Dienste Wartelisten meist nicht geführt werden oder diese keine Differenzierung nach Behinderten und sonstigen Hilfsbedürftigen vornehmen.

...

Tab. 42: Haushaltssituation der durch ambulante Dienste betreuten
Behinderten (Stand: Anfang 1988)

Angaben zur Haushaltssituation konnten nur für 68,6 % (121)
der Fälle gemacht werden. Danach leben Behinderte in folgenden
Haushaltstypen:

alleinstehend	52 (43,0 %)
mit Partner/sonstigen Angehörigen	56 (46,3 %)
mit Eltern	13 (11,2 %)
Insgesamt	116 (100 %)

- Der latente Bedarf kann ebenfalls kaum abgeschätzt werden. Er ist jedenfalls nach Aussagen der Wiesbadener Behindertenorganisationen wie auch der Anbieter ambulanter Dienste beträchtlich. Denn ambulanter Hilfebedarf wird nur begrenzt artikuliert, weil zum einen Informationen über das Angebot mangelhaft verbreitet sind, zum anderen auf der Nachfrageseite Versorgungsengpässe antizipiert werden.

So ist als allgemeines Defizit festzuhalten, daß der Betreuungsbedarf Behinderter sowohl im pflegerischen als auch im Bereich alltäglicher Lebensführung insgesamt unzureichend gedeckt ist. Eine Kapazitätserweiterung ist unter den gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen kaum möglich:

- Mehr Pflegeleistungen können von den Trägern unter den geltenden Regelungen für Zuschüsse und Abrechnung nicht finanziert werden.
- Bei Haushilfediensten, die zur Zeit überwiegend von ZdL-ern ausgeführt werden, herrscht ein gravierender Mangel an qualifizierten, festangestelltem Personal, das nur durch deutlich höhere Stundenvergütungssätze (ca. 25,-- DM/Std.) finanziert werden kann.

Spezieller Handlungsbedarf ist in folgenden Bereichen festzustellen:

- Bei den Pflegediensten bestehen empfindliche Versorgungslücken, insbesondere am Wochenende und während der Nacht. Um auszuschließen, daß Selbständigkeitschancen dadurch reduziert werden, müßte die ambulante Versorgung am Wochenende mit qualitativ gleichem Standard wie werktags sichergestellt werden. In Erwägung zu ziehen ist die Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes für die Nacht.
- Im Bereich der alltäglichen Lebensführung geht es auch darum, der Gefahr sozialer Isolation zu begegnen: Besuchs- und Begleitdienste, die dem Bedürfnis Behinderter nach Kommunikation und gesellschaftlicher Teilhabe nachkommen, sind unzureichend ausgebaut.
- Zur kontinuierlichen Unterstützung und Absicherung von Verselbstigungsprozessen aus Wohnheimen heraus und zur Vermeidung stationärer Unterbringungen in akuten Krisensituationen sind auch heil- und sozialpädagogische Hilfen mit psychologischer bzw. sozialpsychiatrischer Kompetenz in ambulanter Form erforderlich. Anzustreben ist dem zufolge der Ausbau ambulanter psychosozialer Dienste, auch für Behinderte, die eingebunden sein sollten in das System allgemeiner sozialer Dienste.

...

- Die systematische Ausweitung ambulanter Hilfen wird nicht zuletzt durch finanzielle Steuerungsprobleme gefährdet: Ambulante Hilfen stellen im Vergleich zu stationären Unterbringungen zwar die kostengünstigere Betreuungsform dar, sind jedoch mit einer Verlagerung der finanziellen Zuständigkeit vom überörtlichen auf den örtlichen Leistungsträger verbunden. Einsparungen im stationären Bereich sollten daher in die Finanzierung ambulanter Betreuungsformen eingehen und eine angemessene Kostenausgleichsregelung mit dem LWV ausgehandelt werden.

10. Mobilität und Teilnahme am öffentlichen Leben

10.1. Mobilitätshilfen

10.1.1. Angebotsspektrum und Nutzerstruktur

Es gibt verschiedenartige Mobilitätsformen und Hilfen, die zum Teil speziell für Behinderte bereitgestellt werden, teilweise aber auch Bestandteil des allgemeinen Verkehrssystemes sind; manche werden von Behinderten zwecks umfassender Beweglichkeit auch nebeneinander in Anspruch genommen, dennoch sind nicht alle Angebote immer beliebig gegeneinander austauschbar. Welche Mobilitätsform im Einzelfall benutzt wird, hängt - abgesehen von ihrer Verfügbarkeit - im wesentlichen ab von der Schwere der Behinderung und der subjektiven Bewertung der jeweils erzielbaren Mobilitätserleichterung.

Zu den allgemeinen, d. h. auch von Behinderten genutzten Mobilitätsformen zählen:

- In privater Regie durchgeführte Fahrten mit dem eigenen PKW. Die nicht nur behinderungsbezogene 100 %ige KFZ Steuerermäßigung wurde im April 1987 383 Fahrzeugen gewährt. Die genaue Zahl der Behinderten in dieser Gruppe ist allerdings nicht bekannt, da sich der Kreis der Berechtigten nicht allein auf Behinderte beschränkt. Behinderte sind selten in der Lage, den PKW selbst zu steuern, sondern überwiegend auf einen privaten Fahrer angewiesen (Angehörige, Freunde, Bekannte).
- Zu den allgemeinen Mobilitätsformen gehören ferner Taxifahrten und der öffentliche Personenverkehr. Nach Angaben des Taxiverbandes werden zur Zeit etwa 4 - 5 % aller Fahrten im Monat (= ca. 600) für Behinderte gefahren. Überwiegend handelt es sich um Gehbehinderte, die zum Teil Hilfen beim Einstieg benötigen, seltener um Rollstuhlfahrer, da nur ein Klapprollstuhl im Taxikofferraum transportiert werden kann. Der öffentliche Personenverkehr hat gemäß § 59 SchwG eine Transportpflicht gegenüber Behinderten zu erfüllen. Die Zahl der Freifahrtberechtigten im öffentlichen Personenverkehr beträgt in Wiesbaden (Stand: 2/1987):
 - ohne Eigenbeteiligung (Schwerbehindertenausweis/Merkzeichen: aG, H, BL): 1.420
 - mit Eigenbeteiligung (Schwerbehindertenausweis/Merkzeichen: G): 11.983

...

Es kann allerdings unterstellt werden, daß die Merkzeicheninhaber "aG", "H" und "BL" zum großen Teil, vor allem aber die meisten Rollstuhlfahrer, nicht in der Lage sind, die öffentlichen Busse zu benutzen, da dieser Personenkreis auf besondere technische Ein-/Ausstiegs-hilfen sowie ausreichende Bewegungsflächen im Bus ange-wiesen ist, mit denen die ESWE-Busse derzeit nicht aus-gestattet sind.

Zu den speziellen, für Behinderte bereitgestellten Mobili-tätshilfen zählen:

- Die Beseitigung von Mobilitätshindernissen im öffentlichen Raum wie Bordsteinabsenkungen etc.,
- die Behindertenparkplätze, von denen in Wiesbaden insge-samt 49, überwiegend im Innenstadtbereich, zur Verfügung stehen. Zielgruppen sind laut Straßenverkehrsordnung die Schwerbehindertenausweisinhaber mit den Merkzeichen "aG" und "BL",
- und der kommunale Behindertenfahrdienst, auf den im fol-genden ausführlich eingegangen wird. (1).

Mobilitätsprobleme Behinderter wurden öffentlich bisher hauptsächlich unter diesen Aspekten diskutiert und sozial-politisch bearbeitet.

10.1.2. Aspekte und Probleme des Behindertenfahrdienstes

10.1.2.1. Organisationsform

Seit 1977 gibt es in Wiesbaden den über städt. Haushalts-mittel kostendeckend finanzierten Behindertenfahrdienst (zur Zeit pauschal 252.000,- DM/Jahr). Seit 1986 wird dieser allein vom Deutschen Roten Kreuz durchgeführt, die zentrale Einsatz- und Vermittlungsstelle ist ebenfalls dort ange-siedelt und vormittags hauptamtlich besetzt. Die Beförderung ist kostenlos, es gibt - innerhalb der Kapazitätsgrenzen - keine Fahrtbegrenzungen, die Fahrtzeiten reichen von 6.00 bis 23.00 Uhr. Anmeldefristen gibt es nicht; generell gilt, je früher eine Fahrt angemeldet wird, desto größer sind die Chancen ihrer Durchführung. Die Reichweite erstreckt sich auf das Stadtgebiet Wiesbaden, die Innenstadt Mainz und Georgenborn. Behinderte aus dem Wohnheim in Georgenborn können auch von der Hilfs- und Interessengemeinschaft ge-fahren werden. Die Abrechnung dieser Fahrten erfolgt über das Deutsche Rote Kreuz.

...

1) Darüber hinaus werden von verschiedenen gemeinnützigen Trägern Fahrten für Behinderte durchgeführt, die aber hier nicht näher dargestellt sind.

10.1.2.2. Zielgruppe

Die Zielgruppe des Behindertenfahrdienstes sind ausschließlich Personen mit dem Merkzeichen "aG". Abgedeckt werden Fahrten zur Arbeit und/oder zur Teilnahme am öffentlichen Leben. Ausgeschlossen sind Fahrten zur Behindertenwerkstatt, zu Sonderschulen und Kindertagesstätten, deren Fahrdienste von den Einrichtungen selbst organisiert werden. Vereins-/verbandsbezogene Fahrten werden vom Fahrdienst ebenfalls nicht durchgeführt.

10.1.2.3. Kapazität

Zur Zeit sind drei Fahrzeuge im Einsatz, samstags zwei und an Sonn- und Feiertagen nur ein Fahrzeug, wobei für eine Kapazitätsausweitung um ein weiteres Fahrzeug am Wochenende zusätzlich 12.000,- DM Einsatzkosten bereits bewilligt sind.

Durch die Erweiterung von zwei auf drei Einsatzfahrzeuge im Jahre 1986 konnte die Zahl der Fahrten von 1985 -1987 um ca. 37 % (3.500) gesteigert werden. In Anspruch genommen wird der Behindertenfahrdienst derzeit von gut einem Fünftel (226) der berechtigten Zielgruppe, dieses sind zu ca. 80 % (180) Rollstuhlfahrer, überwiegend mittlerer und höherer Altersgruppen. Ca. zwei Drittel der Fahrkapazitäten werden von nur einem Sechstel aller Nutzer (38) durch regelmäßige Stammfahrten (1) belegt, davon sind wiederum zwei Drittel Stammfahrten zum Arbeitsplatz. Kapazitätengpässe bestehen vor allem zu den Spitzenzeiten an Werktagen (6.00 - 9.00 Uhr, 15.00 - 18.00 Uhr) und am Wochenende; zu den übrigen Zeiten sowie an Wochenfeiertagen gibt es zur Zeit noch freie Kapazitäten. Besonders dringenden Fahrtwünschen wird durch Fahrtverschiebungen/Umlegungen zu entsprechen versucht, was manche der Betroffenen als Verteilungsungerechtigkeit bzw. Ungleichbehandlung empfinden. Vor allem jüngere Behinderte bewerten die zeitliche Begrenzung (23.00 Uhr) als Defizit, da Abendveranstaltungen oft vorzeitig verlassen bzw. gar nicht besucht werden können(s. Tab.43)

10.1.3. Bestandsbewertung, Handlungsbedarf und Empfehlungen

Durch das vorhandene Angebot an Mobilitätshilfen können die Mobilitätsprobleme Behinderter noch nicht zufriedenstellend gelöst werden:

10.1.3.1. Behindertenfahrdienst

Die Nutzer des Behindertenfahrdienstes konzentrieren sich derzeit - abgesehen von der in jüngster Zeit leicht zu-

- 1) Stammfahrten sind regelmäßige Fahrten zur Arbeit oder zur Freizeitgestaltung von Einzelpersonen, die immer durchgeführt werden und nicht einzeln angemeldet werden müssen.

Tab. 43 : Behindertenfahrdienst: Kapazitätsmerkmale (Stand:1987)

Zahl der Berechtigten (2/1987)	1.051
Zahl der Nutzer (2. Halbjahr 1987) % der Berechtigten	226 21,5 %
Zahl der Fahrten (1987 insg.)	11.706
Zahl der Stammfahrten (1987 insg.) % aller Fahrten <u>davon:</u> berufl. Stammfahrten % aller Fahrten private Stammfahrten % aller Fahrten	7.776 66,4 % 5.203 44,4 % 2.573 22,0 %
Zahl der Stammfahrer (2. Halbjahr 1987) % aller Nutzer (")	38 16,8 %
Fahrten zu Spitzenzeiten (1987 insg.) Mo. - Fr.: 6.00 - 9.00 Uhr und 15.00 - 18.00 Uhr % aller Fahrten	4.947 42,3 %
Fahrten an Wochenenden und Feiertagen (1987 insg.) % aller Fahrten	1.958 16,7 %
Kostenpauschale pro Fahrt (incl. Wartung, Unterhaltung)	ca. 21,-- DM

nehmenden Zahl neuer Fahrdienstinteressenten - auf einen relativ festen Personenkreis. Obwohl dadurch nur ein Bruchteil der Berechtigten erreicht wird, kann die Nachfrage, die allein von dieser Gruppe ausgeht, durch die vorhandenen Kapazitäten nicht abgedeckt werden. Im ersten Halbjahr 1987 wurden 194 Fahrabsagen registriert (\cong 3,3 % aller nachgefragten Fahrten). Das Ausmaß der Defizite läßt sich nicht errechnen:

- Zum einen werden Mobilitätsprobleme nur im geringen Ausmaß beim Behindertenfahrdienst selbst offenkündig, wobei sicherlich schon das verbreitete Wissen um die Engpässe des Fahrdienstes eine Nachfragebarriere bildet.
- Zum anderen können die Mobilitätseinschränkungen der großen, bisher nicht erreichten Zielgruppe des Behindertenfahrdienstes (über 800 Personen) kaum eingeschätzt werden. Es ist anzunehmen, daß sie überwiegend auf Mobilitätshilfen angewiesen sind, diese jedoch größtenteils im Rahmen ihres privaten sozialen Netzwerkes organisiert werden.

Zur unbeschränkten Mobilität Behinderter ist jedenfalls eine Kapazitätserweiterung des Behindertenfahrdienstes unumgänglich. Für fast alle derzeitigen Nutzer ist der Fahrdienst unersetzlich, da es sich überwiegend um Rollstuhlfahrer handelt, von denen ca. zwei Drittel (120) nicht in der Lage sind, ihren Rollstuhl während der Fahrt zu verlassen. Defizite im Fahrdienstbereich können durch öffentliche Transportsysteme nicht ohne weiteres ausgeglichen werden, denn der Fahrdienst beinhaltet neben der reinen Transportleistung zusätzliche Serviceleistungen, wie Hilfen beim Anziehen oder den Transport aus der Wohnung auf die Straße. (1)

Zur Behebung der Kapazitätsengpässe im Behindertenfahrdienst werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- a) Mittelfristig ist der Fahrdienst um ein weiteres Einsatzfahrzeug zu verstärken.
- b) Da rein quantitative Kapazitätserweiterungen erfahrungsgemäß nur einen kurzfristig spürbaren Entlastungseffekt zur Folge haben, bedarf es zusätzlicher struktureller Veränderungen im Behindertenfahrdienst:
 - Die zentrale Einsatzplanung sollte in der derzeitigen Form beibehalten werden, da nur so für die Behinderten Organisations- und Informationsbarrieren niedrig gehalten werden können.

...

- 1) Mobilitätsprobleme Behinderter werden auch durch Defizite der Wohnsituation erzeugt. Infolge einer ungünstigen Lage oder aufgrund von Zugangsbarrieren kann die Wohnung oft ohne den Fahrdienst nicht verlassen werden. Durch eine qualifizierte Wohnungsversorgung Behinderter kann daher indirekte Mobilitätshilfe geleistet werden (zentrale Lage, Erdgeschoßwohnungen).

Mehr Flexibilität des Fahrdienstes ist durch eine zeitliche Entzerrung der Fahrten erreichbar: Fahrdienstnutzer sollten mit Hilfe eines Informationsblattes auf Zeiten mit freien Kapazitäten aufmerksam gemacht werden. Durch eine ganztägige hauptamtliche Besetzung der Zentrale könnte die Einsatzplanung weiter qualifiziert werden. Mögliche Ungleichbehandlungen Behinderter können ausgeschlossen werden, indem sichergestellt wird, daß Fahrten der zeitlichen Reihenfolge ihrer Anmeldung entsprechend und nicht nach der subjektiven Einschätzung ihrer Dringlichkeit durchgeführt werden.

- Folgende Alternativen der Nutzungsbegrenzung zugunsten von mehr Kapazität und Flexibilität des Fahrdienstes sollten im Arbeitskreis der Wiesbadener Behindertenorganisationen zur Diskussion gestellt werden:
 - Der Ausschluß jener Behinderten mit eigenem PKW von dem Fahrdienst, deren Privatwagen mit kommunalen Finanzmitteln (Eingliederungshilfe) behindertengerecht aus- bzw. umgerüstet wurde. Problematisch ist dabei jedoch, daß die Abhängigkeit von Angehörigen etc. größer wird, die selbst mit zunehmendem Alter der körperlichen Belastung beim Transport von schwer Mobilitätsbehinderten immer weniger gewachsen sind.
 - Aufhebung der Dauieranmeldemöglichkeit privater Stammfahrten, so daß nicht mehr beliebig viele, sondern maximal zwei bis drei Fahrten gleichzeitig im voraus angemeldet werden können.
 - Fahrtkostenbeteiligung der Fahrdienstnutzer und Begrenzung der monatlichen Fahrten bei Privatfahrten durch Einführung eines Gutscheinsystemes. Zu bedenken ist allerdings, daß durch die Gutscheinvergabe und -abrechnung zusätzlicher bürokratischer Aufwand entsteht und die Kalkulierbarkeit des kommunalen Finanzierungsbedarfes unsicher wird. Außerdem stößt - ungeachtet der zusätzlichen Serviceleistungen des Behindertenfahrdienstes - eine Eigenbeteiligung an Legimitationsgrenzen, da derselbe Personenkreis zwar zur kostenlosen Benutzung des öffentlichen Personenverkehrs berechtigt ist, diesen aber faktisch nicht nutzen kann.
 - Angesichts der Tatsache, daß 44,4 % der Fahrten Berufsfahrten sind, könnte eine wesentliche Entlastung des Fahrdienstes durch Entkoppelung der Fahrten zum Arbeitsplatz von Fahrten zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erzielt werden. Auch private Taxis sollten als ergänzendes Transportsystem systematisch einbezogen werden, z. B. durch kommunale Finanzierungsanreize zum Einbau von Schwenksystemen

und sonstigen technischen Umrüstungen. 1)
Für diese Verlagerung von Fahrten auf ein allgemeines Transportsystem spricht, daß dabei zugleich für behinderte Nicht-Berufsfahrer eine nützliche Alternative zum Fahrdienst ausgebaut wird, die flexibel und eigenständig organisierbar - allerdings auch selbst zu bezahlen - ist.

Da die Verlagerung der Berufsfahrten auf ein anderes Transportsystem einer Kapazitätserweiterung mit zusätzlichen Kosten gleichkommt, sind weitere Finanzierungsmöglichkeiten zu prüfen:

- Mit dem Arbeitsamt sollte erneut über eine finanzielle Verpflichtung gegenüber Berufsfahrern nach § 40 A-Reha verhandelt werden, wobei eine Kostenübernahme des Arbeitsamtes in der Regel nicht pauschal, sondern einzel-fallbezogen und zeitlich befristet gewährt wird (2 Jahre).
- Mit der Hauptfürsorgestelle beim LWV sollten Gespräche über Finanzierungszuschüsse im Rahmen ihrer Zuständigkeit für begleitende Hilfen im Arbeitsleben nach § 31,3 SchwbG aufgenommen werden.
- Eine pauschale Eigenbeteiligung der Berufsfahrer ist in Erwägung zu ziehen, wobei der bereits erwähnte Verwaltungsaufwand und die Benachteiligung gegenüber kostenlosen Nutzern öffentlicher Verkehrsmittel nicht übersehen werden dürfen.
- Es sollte genauer geprüft werden, ob im Hinblick auf freiwerdende, bisher durch Berufsfahrer gebundene Kapazitäten im Behindertenfahrdienst mittelfristig auf die Anschaffung eines 4. Sonderfahrzeuges verzichtet werden kann.

Zugleich müssen aber allgemeine Alternativen zum Behindertenfahrdienst entwickelt bzw. verbessert werden, um Mobilitätshilfen für Behinderte nicht auf Sonderformen zu beschränken:

- Jede Erweiterung des öffentlichen Angebotes löst immer auch neue Nachfrageimpulse aus und baut insofern auch private Hilfeformen (z. B. durch Familien und Arbeitgeber) ab: würden alle Berechtigten den Fahrdienst voll nutzen, wäre er entweder hoffnungslos überlastet oder nicht mehr finanzierbar.
- Der Sonderfahrdienst schränkt die Behinderten in "normalen", spontanen Entscheidungen und Verhaltensweisen ein und er-

...

1) Im Gespräch mit dem Taxiverband wurde eine grundsätzliche Bereitschaft hierzu bekundet, einschließlich zusätzlicher Dienstleistungen. Genauer abzuklären bleibt allerdings noch, wieviele Fahrdienst-Berufsfahrer ein Taxi benutzen können und auf welche technischen Hilfen sie angewiesen sind.

zwingt ein hohes Maß an Alltagsplanung; seine Leistungsfähigkeit hängt gerade davon ab, daß Fahrten Tage oder Wochen im voraus geplant und angemeldet werden, was ihn insbesondere für jüngere Behinderte wenig attraktiv macht.

10.1.3.2. Öffentlicher Personenverkehr und sonstige Hilfen

Eine klare Aussage darüber, in welchem Maß durch den Niederflurbus die Nutzungsmöglichkeiten des öffentlichen Nahverkehrs für Behinderte, insbesondere für Rollstuhlfahrer verbessert werden, ist nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht möglich.

Fest steht nur, (nach ersten Tests auch in Wiesbaden), daß trotz absenkbarem Einstieg - ohne zusätzliche Rampe, Lift oder hohem Bordstein - dieser Bustyp für den größten Teil der Rollstuhlfahrer ohne fremde Hilfe nicht zugänglich ist, weil auch die niedrige Einstiegsschwelle mit eigener Kraft nicht überwunden werden kann.

Die ESWE und der Arbeitskreis der Wiesbadener Behindertenorganisationen haben für den Herbst 1988 einen Erfahrungsaustausch mit den Verkehrsbetrieben anderer Kommunen, in denen der Niederflurbus schon im Einsatz ist, vereinbart, der mit einer Präsentation dieses Bustypes (einschließlich Rampe und Lift) vor Ort verbunden werden soll.

An der geplanten Demonstrations- und Diskussionsrunde sollte sich eine breitere Öffentlichkeit, insbesondere ältere Menschen (Seniorenbeirat) beteiligen. Denn dieser Bustyp stellt in erster Linie eine wesentliche Mobilitätserleichterung für alte Menschen, Gehbehinderte und Personen mit Kinderwagen dar.

Hier bietet sich eine vielversprechende Möglichkeit, in die nutzerfreundlichere Gestaltung des zukünftigen öffentlichen Personenverkehrs einzusteigen.

Die Beseitigung von Mobilitätshindernissen im öffentlichen Raum muß konsequent fortgeführt werden. Eine entsprechende Mängelliste wurde vom Arbeitskreis der Wiesbadener Behindertenorganisationen zusammengestellt.

Bei allen Straßenbaumaßnahmen ist darauf zu achten, daß Bordsteinabsenkungen immer beidseitig durchgeführt werden, auch wenn die Baumaßnahme nur eine Straßenseite betrifft.

Es sollte geklärt werden, inwieweit das Parkplatzproblem Behinderter, das im wesentlichen durch "Falschparker" auf Behindertenparkplätzen erzeugt wird, durch gezielte, stärkere Kontrollen reduziert werden kann. Ähnliches gilt für das Parken an abgesenkten Fußgängerüberwegen.

10.2. Teilnahme am öffentlichen Leben

Freizeit bietet Behinderten - ebenso wie Nicht-Behinderten - die Möglichkeit zur Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben außerhalb der Arbeitswelt und hat daher einen zentralen Stellenwert für die soziale Integration.

...

Je schwerer die Behinderung, desto größer ist in der Regel auch die soziale Isolation im privaten Bereich; daraus folgt häufig Passivität in der Freizeit. Behinderte müssen auch im Freizeitbereich zahlreiche Einschränkungen hinnehmen oder besondere Anstrengungen zu deren Überwindung unternehmen.

10.2.1. Bestandsaufnahme spezieller Freizeitangebote ¹⁾

Von sozialer Integration und Normalisierung im Freizeitbereich kann zur Zeit kaum die Rede sein:

- Öffentlich organisierte, regelmäßige Freizeitangebote für Behinderte fallen überwiegend in den Bereich von Sonderveranstaltungen, d. h., sie werden meist von Behindertenorganisationen selbst für ihre Mitglieder durchgeführt (siehe Tab. 44).
Vereinzelt versuchen Wohnheime, Sonderschulen, Sonderkindertagesstätten - meist zu besonderen Anlässen - den Kontakt zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten zu fördern (z. B. Feste, Fahrten). Derartige, fast immer von Behinderteneinrichtungen initiierte Aktivitäten stoßen insbesondere bei Regeleinrichtungen nur selten auf die erhoffte Resonanz:
So hat z. B. die Sonderschule für Praktisch Bildbare (Wichernschule) in der Vergangenheit Kontakt zu Regelschulen aufgenommen, um gemeinsame Schulfreizeiten durchzuführen, und ist dabei auf wenig Interesse gestoßen.
- Organisierte Freizeitprogramme der Behindertenverbände sprechen weniger die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen (unter 18 Jahren) an und nur wenige schließen auch geistig Behinderte ein. Diese Gruppen sind bei der Freizeitgestaltung in besonderem Maße auf ihr privates, durch Betreuungs-/Pflegeaufgaben oft überlastetes Netzwerk angewiesen und damit in ihren sozialen Kontaktmöglichkeiten stark eingeschränkt.
- Über kommunale Haushaltsmittel werden die Freizeitaktivitäten der Behindertenverbänden mit derzeit insgesamt 50 000,-- DM finanziert; finanzielle Anreize/Hilfen zur Ausrichtung allgemeiner Freizeitangebote auf die besonderen Bedürfnisse Behinderter gibt es bisher nicht.
- Allgemeine Freizeiteinrichtungen und -angebote wie Theater, Stadtbibliothek, Volkshochschule, Museum, Schwimmbäder, Jugendzentren, Discotheken, Kino, Vereine etc. definieren sich in der Regel zwar als offen für alle Bevölkerungsgruppen. Abgesehen von vereinzelten finanziellen Vergünstigungen werden aber die besonderen Bedürfnisse

...

1) Berücksichtigt werden nur öffentlich organisierte Wiesbadener Freizeiteinrichtungen und -angebote - und die sicher nicht vollständig; ausgeklammert ist die Situation Behinderter im Urlaub. Hinsichtlich behindertengerechter (Rollstuhlfahrer-geeigneter) Hotels etc. in Wiesbaden als traditionellem Kurort wird auf die über das städt. Verkehrsbüro zu beziehende aktuelle Unterkunftsliste verwiesen.

Verein	Zielgruppe	Angebote	
		allg.	Interessengruppen
Fraternität	Körperbehinderte, Rollstuhlfahrer, Geistig Behinderte, 18 - 65 Jahre	14-tägige Freizeit 1xjährlich, jahreszeitliche Feiern	Bastel/Handarbeitsgruppe, Musikgruppe, Theatergruppe, Zeitungsgruppe
Verein zur Verbesserung der Lebensqualität von Rollstuhlfahrern in Wiesbaden	Rollstuhlfahrer, Jugendliche und Erwachsene	Reiseangebote, Tagesausflüge, Rollstuhlfahrertreff 1xmonatl.	
Reichsbund der Kriegsoffer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V.	alle Behinderungsarten, Nicht-Behinderte, ab 17 Jahre	1xmonatlich Tagesausflug, 1xmonatlich Seniorennachmittag, jahreszeitliche Feiern	Zeitungsgruppe
Club 16	Geistig Behinderte, ab 18 Jahre	jahreszeitliche Feiern, Sonntagsveranstaltungen	Disco
Blindenbund	Blinde, hochgradig Sehbehinderte, ab 18 Jahre	jahreszeitliche Feiern, Kassettenzeitung "Der Wiesbadener Wochenspiegel" 1xwöchentlich	Kegeln, Wandern, therapeutisches Reiten, Behindertensport
Deutscher Schwerhörigen Bund	Gehörlose, Überwiegend höhere Altersgruppen	regelmäßige Ausflüge, Wanderungen	
MS-Selbsthilfegruppe	MS-Kranke, ab ca. 35 Jahre	jahreszeitliche Feiern, 14-tägig Gruppentreff, Ausflüge, Freizeiten, Flohmarkt	Bastelgruppe, Gesprächskreise, Behindertenfahrdienst
Frauenselbsthilfe nach Krebs	Krebskranke Frauen, ab ca. 30 Jahre	Gruppentreff, Busfahrten	Gymnastik, Wandern
Frauenselbsthilfe nach Krebserkrankungen	Krebskranke Frauen, ab ca. 30 Jahre	Besuchskreis, Stammtisch, Gruppentreff	Gymnastik
Interessengemeinschaft der Dialysepatienten und Transplantierten	Dialysepatienten und Transplantierte, alle Altersstufen	Ausflüge, Grillnachmittage, jahreszeitliche Feiern	Kegeln, Stammtisch
Impulsgruppe	Geistig Behinderte, Körperbehinderte, ab 12 Jahre	jeden Freitag Disco, jahreszeitliche Feiern, Flohmarkt	Bastelgruppe, Kegeln, therapeutisches Reiten
Behindertensportverein	Körperbehinderte, Rollstuhlfahrer, Blinde, Coronargeschädigte, Geistig Behinderte, Kinder, Jugendliche, Erwachsene		Schwimmen, Gymnastik, Tischtennis, Volleyball, Federball etc., Kegeln

1) Die Tabelle enthält nur Angaben für die Verbände, die im Rahmen einer Telefonbefragung erreicht werden konnten.

von Behinderten kaum berücksichtigt, die daher als Nutzer vielfach faktisch ausgeschlossen sind. Insbesondere Körperbehinderten und Sinnesbehinderten ist eine Teilnahme an allgemeinen Freizeitangeboten/-einrichtungen oft nicht möglich, weil spezifische bauliche und technische Hilfen fehlen, Darüber hinaus sind die Angebotsformen (methodisch/didaktisch, personell) vielfach nicht auf die Teilnahme Geistig- und Mehrfachbehinderter zugeschnitten.

- Regeleinrichtungen bemühen sich bisher nur in Ausnahmefällen über den Freizeitbereich die soziale Integration Behinderter zu fördern, d. h. sie als Zielgruppe besonders anzusprechen, um ihnen die oft vorhandene Schwellenangst zu nehmen:

Das allgemeine Angebot der städt. Jugendzentren wird mehr oder weniger regelmäßig von einigen behinderten Jugendlichen in Anspruch genommen (alle klassischen Behinderungsarten: insgesamt ca. 13 Behinderte, Stand: 1. Halbjahr 1988).

Das Nachbarschaftshaus bietet eine besondere Gruppe für geistig behinderte Jugendliche an, die zwar auch für Nicht-Behinderte offen ist, diese aber nicht erreicht.

Eine Ausnahme bildet die Discothek "Bazillus" in Schierstein, die Anfang 1988 erstmals den Versuch unternahm, insbesondere Rollstuhlfahrer in regelmäßigen Abständen (jeden 2. Sonntag) direkt zum Tanzen einzuladen. Unter jüngeren Rollstuhlfahrern ist dieses Angebot auf ein breites Interesse gestoßen und wird inzwischen gut besucht. Die Ambivalenz dieser Entwicklung darf aber nicht übersehen werden: Die Disco wird zur Sonderveranstaltung für Behinderte in einer Einrichtung für Nicht-Behinderte, was allerdings schon ein Fortschritt ist. Derzeitige Nutzer sind überwiegend Behinderte aus Wohnheimen, deren Beförderungs- und Betreuungsbedarf von ihren Einrichtungen mitabgedeckt wird. Für die integrative Wirkung eines derartigen Angebotes wird es aber darauf ankommen, den sozialen Kontakt Behinderter und Nicht-Behinderter als "normales" Freizeitverhalten jederzeit zu fördern und zu etablieren.

10.2.2. Handlungsbedarf, Empfehlungen

Es gilt auch hier alle Barrieren, die eine Nutzung allgemeiner Freizeitangebote für Behinderte erschweren, abzubauen:

Bauliche Hindernisse und sonstige technische Erschwer-nisse, insbesondere bei städt. Einrichtungen;
im einzelnen abzuklären ist zunächst noch, welche Einrichtungen und Angebote Behinderten nicht oder nur schwer zugänglich sind. Im Zusammenhang mit der anstehenden Überarbeitung des Behindertenführers empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis der Wiesbadener Behindertenorganisationen bei der vollständigen Ermittlung der

...

Ausstattungsmerkmale wichtiger Einrichtungen und Gebäude. Für Schwerhörige sollten in großen Sälen (Kurhaus, Theater, Rhein-Main-Halle) Induktionsschleifen eingerichtet werden.

Transportprobleme: siehe Vorschläge zur Ausweitung der Leistungsfähigkeit des Behindertenfahrdienstes (Kap. 7131) und anderer Beförderungsarten.

Angebotsform: im Bildungs- und Kulturbereich kann in Einzelfällen eine besondere methodisch-didaktische und pädagogische Gestaltung und Betreuung erforderlich sein, um ein Angebot bestimmten Behindertengruppen zugänglich zu machen (z. B. VHS-Angebote für geistig Behinderte).

Soziale Barrieren: Verhaltensauffälligkeiten und Kommunikationsbarrieren auf Seiten Nicht-Behinderter als auch der Behinderten selbst können nur durch soziales Lernen im praktischen Umgang miteinander ausgeräumt werden. Vorrangig sind soziale Kontaktmöglichkeiten von behinderten Kindern und Jugendlichen mit nicht-behinderten Gleichaltrigen auszuweiten und gezielt zu fördern: Regeleinrichtungen, insbesondere Kindertagesstätten und Schulen, sollten die Initiative ergreifen und an Sondereinrichtungen herantreten, um gemeinsame Aktivitäten zu planen und durchzuführen.

Die Jugend- und Gemeinschaftszentren der Stadt und anderer Träger sollten im verstärktem Maße Behinderte zum Besuch ihrer Veranstaltungen motivieren und ihre Angebotsformen ggf. darauf abstimmen.

Ferner kann die Kommune - abgesehen von der Beseitigung baulich-technischer Barrieren in ihrem Zuständigkeitsbereich - die materiellen Rahmenbedingungen der Freizeitsituation Behindertener wesentlich beeinflussen, indem sie die für Freizeitaktivitäten benötigten Räume zur Verfügung stellt. Vornehmlich bei den Selbsthilfegruppen für Behinderte besteht hier manifester Bedarf (MS-Gruppe, Behindertensportverein).

11. Zusammenfassung

11.1. Untersuchungsansatz

Mit dem vorliegenden Bericht wird der Versuch einer kritischen Bestandsaufnahme des organisierten Hilfepotentials für Behinderte in Wiesbaden unternommen: Bei aller gebotenen Vorsicht wird auf Bewertungen der Leistungsqualitäten nicht verzichtet und auch die zugrunde liegenden Strukturen sind in die Untersuchung einbezogen.

Die zentrale Fragestellung der umfangreichen empirischen Erhebungen zu allen wichtigen Aktionsfeldern lautet:

Was leisten Einrichtungen der Behindertenhilfe und der allgemeinen sozialen Infrastruktur für die "Normalisierung" des Lebens von Behinderten in dieser Stadt und werden alle erkennbaren Chancen einer selbständigen und sozialintegrierten Lebensführung genutzt?

Mit dieser Frage wird zugleich ein Programm der zukünftigen Entwicklung kommunaler Sozialpolitik für Behinderte formuliert, das über eine expansive Fortschreibung des Status quo hinausführt. Ausgangspunkt ist dabei die Erkenntnis, daß der Behindertenstatus ein sozialer Status ist und die Situation der Behinderten vor allem eine sozial anormale Situation darstellt. Ihre Lebenslage ist nicht einfach die unmittelbare Folge körperlicher Defekte, sondern das soziale Produkt von Reaktionsweisen, mit denen die Normabweichung einer Behinderung auf verschiedenen Stufen des gesellschaftlichen Lebens verarbeitet wird: angefangen vom engeren Umkreis der persönlichen Lebenswelt bis zu den hoch organisierten Institutionen der Behindertenhilfe. Der Sonderstatus des Behinderten entsteht nicht schlagartig, sondern verfestigt sich im biographischen Maßstab. Deshalb muß auch die Zielsetzung einer "normalisierenden" Behindertenhilfe überall dort konkret werden, wo Entscheidungen über Lebensverläufe fallen:

- Bei Früherkennung und -förderung;
- bei der Elementarerziehung,
- in der Schule;
- beim Einstieg ins Berufsleben,
- bei der Verselbständigung im eigenen Haushalt etc.

11.2. Allgemeine Entwicklungsziele

Die Untersuchungsergebnisse belegen vordergründig einen durchaus entwickelten Stand der Behindertenhilfe in Wiesbaden. Deren Defizite sind zwar auch, aber nicht mehr in erster Linie quantitativer Natur. Und das zentrale qualitative Problem, das sich in einer tendenziellen Ver- selbständigung und Absonderung der Behindertenhilfe zeigt, ist selbst Projekt einer Aufbauperiode, in der die Wiesbadener Behindertenhilfe sich mit einer infrastrukturalen Grundausstattung überhaupt erst als eigenständiger sozialpolitischer Handlungsbereich konstituiert hat.

Der vorliegende Bericht trifft gerade auf eine Übergangssituation, die er in seinen Schlußfolgerungen verdeutlicht: Im Grunde geht es darum, das bisherige quantitative Wachstum in ein qualitatives zu überführen, indem ausgliedernde Hilfeformen und somit die Randstellung der Behindertenhilfe selbst überwunden werden.

Denn die Integration der Behinderten setzt die Integration der Behindertenhilfe voraus.

11.3. Aufgabenschwerpunkte

Der Bericht kristallisiert Schwerpunkte eines Handlungsprogrammes heraus, das nur im Dialog von Betroffenen, Fachleuten und politisch Verantwortlichen konkretisiert und dann in Maßnahmen umgesetzt werden kann:

- Behinderte Kinder sollen in Zukunft Regeleinrichtungen des Erziehungswesens besuchen. Gruppenintegration hat sich als Zwischenstufe bewährt, anzustreben ist auf längere Sicht die Einzelintegration. In der Elementar- erziehung ist ein Anfang gemacht, der konsequent ausge- baut und in den schulischen Bereich hinein fortgeführt werden muß.
- Dieser Weg ist aber nur gangbar, wenn Regeleinrichtungen entsprechend umgestaltet werden, d. h., materielle und soziale Barrieren müssen abgebaut, Organisations- formen und Abläufe angepaßt und das Personal weiter- gebildet werden. Regeleinrichtungen allein können auch keine Wunder wirken, sie bedürfen als Schutz vor eigener Überlastung und für ein hohes Niveau allgemeiner und individueller Förderung der Unterstützung durch Spezialdienste, die besonderen therapeutischen und psychio-sozialen Anforderungen gerecht werden.
- Stationäre Hilfeformen vor allem im Bereich der Ein- gliederungshilfe für Kinder und Jugendliche aber auch bei Erwachsenen sind soweit als möglich durch alter- native Versorgungsmodelle zu ersetzen bzw. zu ergänzen. Unerläßlich ist daher der Ausbau solcher Infrastruk- turen in offener und teilstationärer Form, die eine selbständige Lebensführung erst ermöglichen und ab- sichern. Dazu gehören bedürfnisgerechte Wohnungen in infrastrukturell günstiger Lage, ausreichende und flexibel einsetzbare ambulante Dienste und ein Spektrum von Mobilitätshilfen. ...

- Schließlich gilt es, durch systematische Eingliederungs- und Beschäftigungsmaßnahmen Behinderten auch auf einem enger werdenden Arbeitsmarkt noch Chancen zu erhalten, die tendenziell wichtiger werdenden beschützten Arbeitsplätze zu qualifizieren und Übergänge in reguläre Arbeitsverhältnisse zu erleichtern.

11.4. Steuerungsprobleme

All diese Aufgaben können durch kommunales Handeln nicht im Alleingang erfüllt werden, selbst wenn der politische Wille dazu vorhanden ist. Es reicht also nicht aus, kommunale Mittel zu investieren, wenn die auf dem Gebiet der Behindertenhilfe begrenzten kommunalen Kompetenzen nicht erweitert und die Formen der Kooperation mit außerkommunalen Partnern nicht effektiver gestaltet werden.

Die zukünftige Behindertenpolitik wird nur in der Auseinandersetzung und im Zusammenwirken mit vor allem drei entscheidenden außerkommunalen Instanzen vorankommen:

- Land Hessen:

Schulpolitik! Investitionssteuerung

- LWV:

Verhältnis von stationärer und ambulanter Versorgung (Kostenverteilung!)

- Arbeitsamt:

Rehabilitation, 1. und 2. bzw. 3. Arbeitsmarkt

Die Unübersichtlichkeit des gewachsenen Hilfesystemes, die sich nicht kurzfristig abstellen läßt, und die Komplexität angemessener Hilfeformen können von den einzelnen Regeldiensten kaum bewältigt werden.

Es wird daher vorgeschlagen, eine zentrale Steuerungs- und Qualifizierungsstelle für Behinderte im Amt für Jugend, Soziales und Wohnen einzurichten, die keinem vorhandenen Regeldienst übertragbare Querschnittsaufgaben wahrnimmt.

Es kommt also darauf an, qualifizierte dezentrale Handlungsfähigkeit in den Regeldiensten durch zentral verfügbare zusätzliche Kompetenz herzustellen und zu stabilisieren.

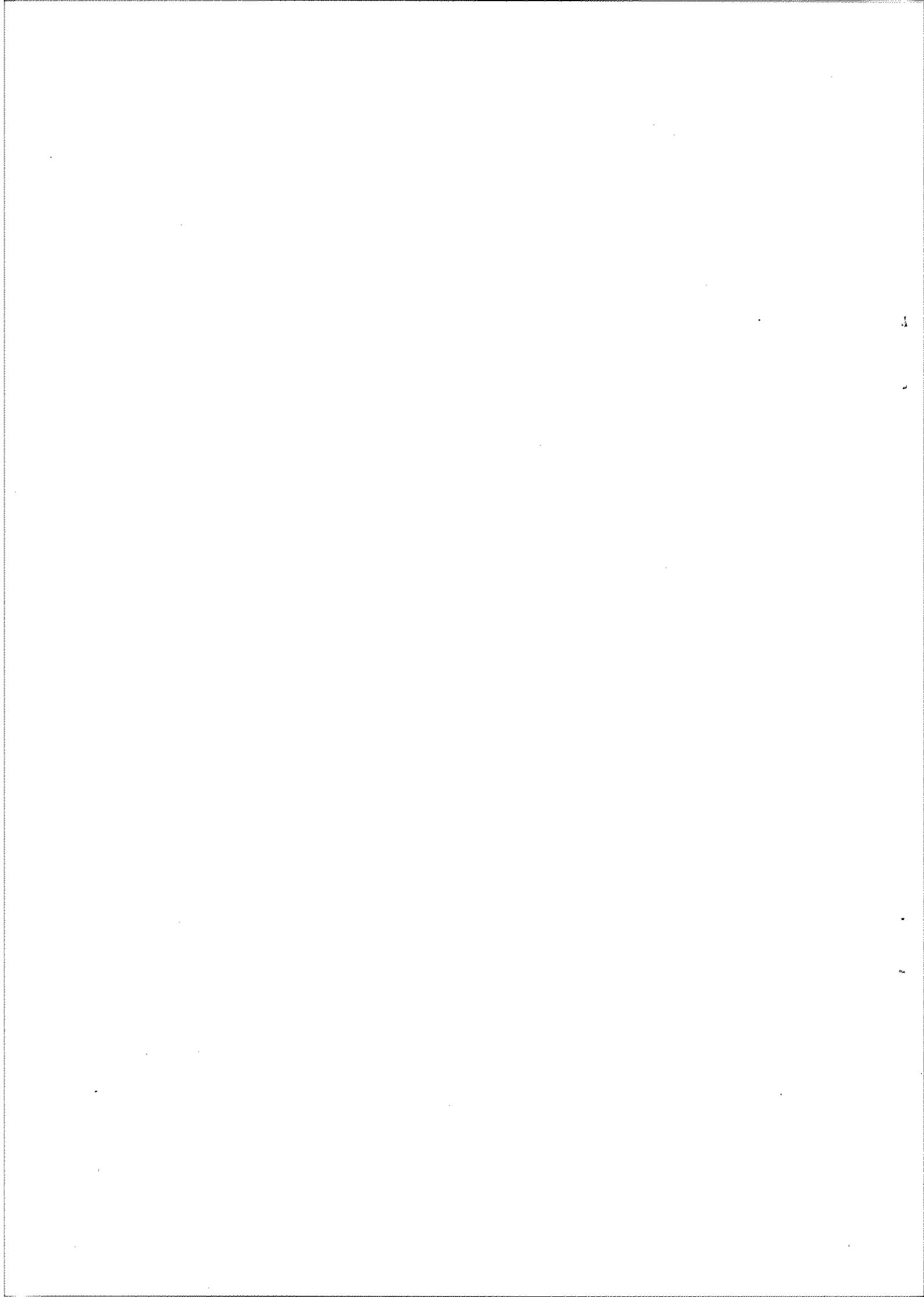
...

Darin liegt der wesentliche Unterschied zu den in manchen Städten bereits etablierten "Behindertenbeauftragten", die zwar als Advokaten spezifischen Behinderteninteressen gegenüber Verwaltung und Öffentlichkeit mehr Nachdruck verschaffen, dafür aber in ihrer abgehobenen Position auf die Alltagspraxis keinen unmittelbaren Einfluß nehmen können.

Ein Anfang ist bereits gemacht, mit der in allen Fragen der materiellen Umwelt von Behinderten zuständigen Fachberatung für Planen, Bauen und Wohnen, die Fortsetzung dieser Linie auf dem Feld der sozialen Umwelt führt zu einer ergänzenden Fachstelle für selbständiges Leben von Behinderten. Beide zusammen bilden eine "Innovationsagentur", die den Basisdiensten Kompetenzen vermittelt und als Motor der erforderlichen praktischen Lernprozesse fungiert.

Daher handelt es sich nicht zwingend um den Aufbau einer dauerhaften Institution, sondern um einen durchaus zeitlich begrenzbaren Kräfteinsatz zur Entwicklung und Durchsetzung konsequent integrativer Arbeitsformen.

A N H A N G



51.1

12. September 1988
2628 alt-schä

Ergebnisse des Behindertenberichtes
Übersicht über Empfehlungen und Handlungsperspektiven

1. Frühförderung

Manifester Bedarf (Wartelisten): 23

Latenter Bedarf: vor allem in den Kitas
(deshalb: Institutionen-Beratung)

Zielsetzungen:

Gegen die Verselbständigung der Frühförderung als Sonder-EB, stattdessen Integration als Spezialdienst im Hintergrund (problematisch ist die Haltung der freien Träger, die sich gegen kommunale Einflußnahme wehren und das Prinzip der Freiwilligkeit zum Tabu erklären.

Der Kooperationsrahmen muß erweitert werden unter Einbeziehung von Spezialisten (Ärzte, Therapeuten) und sozialen Basisdiensten (schwer zugängliche soziale Gruppen!).

2. Kitas

Manifester Bedarf (Wartelisten): 14

Zielsetzungen:

Kapazitätserweiterungen sollten nur in Form integrativer Gruppen, besser noch durch Einzelintegration in Regelkitas vorgenommen werden. Dazu bedarf es entsprechender Voraussetzungen: Bauliche Verbesserungen (höherer Raumbedarf!), bessere Personalausstattung, Kooperationsverbünde mit Spezialisten (Therapie!) und Hintergrunddiensten.

Auch Hortplätze für Behinderte in Regeleinrichtungen sind von Nöten, und sei es zur vorübergehenden kurzzeitigen Entlastung der Eltern (Ganztagschule?!).

3. Schule

Generelles Ziel ist es, die Integration von Behinderten in den Regelschulen über die Behindertenelite hinauszutreiben.

Voraussetzung dafür ist die Beseitigung baulich-technischer Hindernisse (in jeder Schulform mindestens ein Angebot), aber auch die methodisch didaktische und schulorganisatorische Veränderung des Regelunterrichts.

Die Schule muß sich auch bei der Überwindung sozialer Grenzen engagieren (Akzeptanz von Behinderten bei anderen Schülern und Eltern?!).

Die strategische Entscheidung über den einzuschlagenden Weg (schulversuch oder Einzelintegration) und die Auswahl geeigneter Standorte und Schultypen soll in direkter Zusammenarbeit der Ausschüsse Schule/Kultur und Jugend/Soziales erfolgen.

4. Eingliederungshilfe

Entscheidungen und Verfahren der stationären Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche sollen an die Erziehungshilfen nach JWG angekoppelt werden. Damit sind folgende Zielsetzungen verbunden:

Verlagerung der Interventionen zu alternativen Hilfeformen,
Vermeidung von Heimeinweisungen,

verbindliche Überprüfung jedes Falles unter engen fachlichen Kriterien,

Verhinderung lebenslanger Heimkarrieren durch fortdauernde örtliche Zuständigkeit.

Gleichzeitig müssen zusätzliche ambulante und teilstationäre Hilfeformen geschaffen bzw. neu entwickelt werden:

Tages- und Wochenpflegeplätze, Familienhelfer etc.

Dienste mit therapeutischen, heilpädagogischen und psychologischen Kompetenzen zur Bearbeitung der psycho-sozialen Probleme von Behinderten und ihren Familien sind als notwendige Hintergrundfunktion einzubinden.

Offene Fragen:

Arbeitsteilung zwischen Sozialdienst und Erziehungshilfe,
Übertragung der wirtschaftlichen Abwicklung an die Wihi,
Zuständigkeits- und Finanzierungsregelungen mit dem LWV.

5. Ausbildung, Arbeit

Bei zunehmendem Schweregrad der Behinderungen und anhaltender Beschäftigungskrise sind rückläufige Beschäftigungsquoten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erwarten. Kommunale Möglichkeiten der Gegensteuerung sind äußerst begrenzt.

Dennoch sollte die Stadt gerade als Arbeitgeber beispielgebend reagieren.

Die Behindertenwerkstatt wird somit perspektivisch noch wichtiger, ihre Rolle als Reha- und Trainingseinrichtung muß stärker zur Geltung gebracht werden. Außerdem: dem in Zukunft eher steigenden Risiko von Fehlplatzierungen ist weiterhin wirkungsvoll zu begegnen.

Die Kontrolle kann aber weniger direkt bzw. administrativ ausgeübt werden, sondern liegt in den Händen von Eltern, Verbänden, Wohnheimen, Betroffenen etc.

Die Werkstatt muß neue Problemgruppen aufnehmen bzw. bewältigen: altgewordene Behinderte, Psychiatriepatienten/psychiatrisch auffällige Behinderte.

Weiterhin gilt es Arbeitsinhalte zu qualifizieren und das sozialkulturelle Anregungsklima zu verbessern.

6. Sonderwohnformen

In der Summe von manifestem und latentem Bedarf werden vorhandene Defizite deutlicher zu Tage treten: Wartelisten der Heime: 60 Plätze/Verlegung aus PKH's: 53 Plätze/ absehbare Folgen der demographischen Entwicklung: 70 Plätze/zusätzliche Nachfrage durch "kulturellen Wandel" veränderte Bedürfnisse junger Behinderter: mindestens 15 Plätze.

Der Ausbau von Kapazitäten sollte als qualitatives Wachstum vollzogen werden: mehr Wohngruppen, mehr beschützte Wohnungen, Bildung von "Ketten" abgestufter Wohnformen. Besondere Problemgruppen sind dabei zu berücksichtigen: altgewordene Behinderte/besonders pflegebedürftige jüngere bzw. noch nicht alte Behinderte!

7. Wohnungsversorgung von Behinderten

In Zukunft sind nicht mehr nur Rollstuhlfahrer zu versorgen, die Grenzen zu altersbedingten Wohnbedürfnissen werden damit fließend. Das Ausmaß des potentiellen Bedarfes für Wohnungsanpassungen wird manifest anhand der Zahl von registrierten Bewerbungen für Altenwohnungen: zur Zeit ca. 800.

Für die Artikulation von latentem Bedarf ist eine qualifizierte Vermittlungsfunktion (Beratungsstelle Osbelt) ausschlaggebend: Mehr als 10 Fälle im ersten Halbjahr 1988.

Der zukünftige Wohnungsbedarf wird qualitativ stärker geprägt sein durch: junge Körperbehinderte (Kleinwohnungen und Wohngemeinschaften!) und Altersbehinderte bzw. altgewordene Behinderte, die nicht länger von ihren Familien versorgt werden können.

Die Wohnungsversorgung behinderter Menschen kann nur erfolgreich gelingen, wenn sie zum Bestandteil des umfassenderen Konzeptes einer sozialen Wohnungspolitik für den Bestand gemacht wird, d. h. im Vordergrund stehen bedürfnisgerechte Wohnungsanpassungen, Umbauten und Modernisierungen.

Ebenso wichtig ist aber die Gestaltung des Wohnumfeldes und die infrastrukturell günstige Lage.

Für Neubauten und vergleichbare Umbauten gilt generell, daß alle Wohnungen behindertenfreundlich geplant und im Bedarfsfall ohne großen Aufwand auch für Rollstuhlfahrer umgestaltbar sein sollen.

Die Vermittlungsformen werden im Rahmen eines DV-gestützten zur Zeit in Entwicklung befindlichen Verfahrens effektiver gestaltet.

Die zur Zeit mit einer ABM-Stelle versuchsweise eingeführte Beratungsstelle für alten- und behindertengerechtes Planen, Bauen und Wohnen muß fest installiert werden.

8. Ambulante Dienste

Bei pflegerischen- und Haushilfediensten ist ein allgemeines Defizit festzustellen.

Schlußfolgerungen, Zielsetzungen:

Durch Kostenbeteiligung der Leistungsempfänger und entsprechende Regelungen mit dem LWV muß der Finanzierungsrahmen erweitert werden.

In der Haushilfe muß mehr qualifiziertes d. h. auch hauptamtliches Personal eingesetzt werden.

Die Nacht- und Wochenendversorgung ist mit gleichem Qualitätsstandard wie werktags sicherzustellen.

Besuchs- und Begleitdienste sind ebenso auszubauen wie ambulante psycho-soziale Hilfen für Behinderte im regionalen Verbund der sozialen Grundversorgung.

...

9. Mobilität

Soziale Eingliederung der Behinderten erfordert Teilhabe am normalen sozialen Leben, die ohne ausreichende Mobilitätshilfen nicht möglich ist. Die Beseitigung von Mobilitätsbarrieren nimmt daher eine Schlüsselstellung im Gesamtkonzept ein: Um die Leistungsfähigkeit des Fahrdienstes zu erhöhen, soll ein weiteres Fahrzeug eingesetzt werden.

Zugleich sind Maßnahmen zur Entlastung des Fahrdienstes durch Begrenzung und Verlagerung von Stammfahrten (vor allem Berufsfahrten!) einzuleiten. Bei der Einsatzleitung geht es um mehr Verteilungsgerechtigkeit.

Auf der anderen Seite müssen auch auf dem Sektor der Mobilität Alternativen jenseits der Sonderdienste verstärkte werden:

Durch entsprechende Ausstattungen können Taxen und Busse für viele Mobilitätsbehinderte noch attraktiver werden. Der Vorteil liegt nicht nur in der Vermeidung der Sonderform, sondern besonders in der Möglichkeit der spontanen selbstbestimmten Nutzung.

10. Freizeit, Öffentlichkeit

Zielsetzungen/Forderungen:

Materielle Barrieren im Straßenraum und in öffentlich genutzten Gebäuden müssen systematisch abgebaut werden.

Auch durch gemeinsame Freizeitaktivitäten werden Integrationschancen verbessert. Diese Dimension des sozialen Lernens von Behinderten und Nicht-Behinderten ist in allen entsprechenden Regelprogrammen der Jugendarbeit, der Vereine etc. aufzunehmen.

Selbsthilfegruppen der Behinderten können z. B. durch Räume durch die Stadt wirkungsvoll unterstützt werden.

Beschluß des Magistrats

Nr. 1174 vom 08.11.88

MAGISTRAT				
27. DEZ. 1988				
I	II	III	IV	ESWE
V	VI	VII	VIII	IX
		N. z.R.	z.w.V.	z.d.A.

Abschlußbericht zur Behindertenplanung

1. Der "Abschlußbericht zur Behindertenplanung" (Vorlage Nr. 745) wird zur Kenntnis genommen.
2. Die dem Bericht zugrunde liegende Zielsetzung einer "Normalisierung" der Lebensverhältnisse von Behinderten in allen Altersstufen und gesellschaftlichen Bereichen wird bestätigt.
- 3.1 Die Dezernate I (51, 52), II (64), IV (11, 80), V (53, 66), VI (40), 41), VII (54) und ESWE werden beauftragt, unter Federführung von Dezernat I (51) die im Bericht enthaltenen Empfehlungen und weiteren Konsequenzen als Querschnittsaufgabe für die gesamte Stadtverwaltung schrittweise umzusetzen.
- 3.2 Zu diesem Zweck wird unter Federführung von 51 eine dezernatsübergreifende Arbeitsgruppe mit dem Auftrag gebildet, ein Maßnahmenprogramm unter Berücksichtigung zeitlicher und finanzieller Realisierungsmöglichkeiten zu erarbeiten und dem Magistrat erste Ergebnisse zu den Haushaltsberatungen für die Jahre 1990/91 vorzulegen.

+

+

Stellungnahme des Arbeitskreises der Wiesbadener Behindertenorganisationen zum "Zwischenbericht zur Behindertenplanung"

Der Zwischenbericht zur Behindertenplanung wurde dem Arbeitskreis der Wiesbadener Behindertenorganisationen zugeleitet und vom Amt für Jugend, Soziales und Wohnen zusammen mit den Verbänden auf ihren Mitgliederversammlungen am 04.06. und 03.09.1987 erörtert.

Als Diskussionsergebnis gibt der Arbeitskreis der Behindertenverbände folgende Stellungnahme zum Behinderten-Zwischenbericht ab:

1. Der Arbeitskreis begrüßt den Beschluß des Ausschusses für Jugend und Soziales, den Magistrat mit der Erarbeitung eines Berichtes über die Situation Behinderter in Wiesbaden zu beauftragen und spricht der Verwaltung seinen Dank aus für die umfangreichen Dokumentationsarbeiten des Zwischenberichtes.
2. Die grundlegende Problemorientierung des Zwischenberichtes wird in ihrer Bedeutung für die zukünftige Behindertenpolitik in Wiesbaden unterstrichen:
 - Lebensformen Behinderter sind weitestgehend denen Nicht-Behinderter anzupassen,
 - besondere Hilfen für Behinderte sollen soweit als möglich in die allgemeine Infrastruktur integriert werden,
 - materielle und soziale Voraussetzungen sind zu schaffen, die Behinderten eine selbständige Lebensführung ermöglichen.

Begrüßt wird ebenfalls das weitreichende Verständnis von Behinderung und Behindertenpolitik, wonach alle Behinderten, die auf öffentliche Hilfen angewiesen sind, unabhängig von der Behinderungsart, im Rahmen des Behindertenberichtes berücksichtigt werden.

3. Im Zwischenbericht wird eine genauere Bezugnahme auf konkrete Infrastrukturprobleme in Wiesbaden vermißt. Von Seiten der Berichtverfasser wurde erklärt, daß eine systematisch angelegte Analyse der sozialen Infrastruktur und ihren Wirkungen auf die konkrete Lebenslage der Behinderten im Mittelpunkt der weiteren Arbeit stehen sollen.

Die Bestands- und Bedarfsanalyse der Hilfen für Behinderte soll im Dialog mit den Behindertenverbänden erfolgen. Dazu wurde eine "Arbeitsgruppe Behindertenbericht" aus Verbandsmitgliedern und Berichtverfassern gebildet, die bereits regelmäßig zusammenkommt.

4. Nach Auffassung der Behindertenverbände sollen bei der weiteren Arbeit am Behindertenbericht folgende Gesichtspunkte berücksichtigt werden:

4.1. Schwerpunkt Frühförderung

Es wird für sehr wesentlich gehalten, daß die Öffentlichkeit verstärkt über die Möglichkeiten der Frühförderung sowie der rechtzeitigen Behandlung der diversen Schäden informiert wird.

In erster Linie müßte die Aufklärung von Amts wegen erfolgen. Die Betroffenen sollten davon in Kenntnis gesetzt werden, daß die Frühförderung kostenlos ist.

4.2. Behindertengerechte Einrichtungen

Es sollte angestrebt werden, behinderte Kinder in Regelkindergärten, Regelkinderhorten sowie in Regelgrundschulen aufzunehmen, soweit es der Grad der Behinderung zuläßt. Die individuelle Förderung muß gewährleistet sein, und selbstverständlich muß alles auf freiwilliger Grundlage geschehen.

4.3. Sonderschulen

Es sollte sehr eingehend geprüft werden, ob ein Kind in eine Sonderschule gegeben wird. Der Lebensweg des Kindes wird auf diese Weise bereits vorprogrammiert sein: von einer Sondereinrichtung geht es in die andere.

Es ist geplant, die Wichernschule zur Ganztagschule umzugestalten. Zu diesem Zweck wird vorgeschlagen, das Schulamt nochmals zu einer Besprechung einzuladen.

Vom Elternverein wird die Integrative Schule befürwortet. Es sollte die Alternative "Regelschule" oder "Integrative Schule" angeboten werden.

Es wird vorgeschlagen, zuerst immer die Regelschule zu versuchen.

4.4. Beschützende Arbeitsplätze

Die Schaffung von beschützenden Arbeitsplätzen wird begrüßt, jedoch nur für den Personenkreis, der überhaupt nicht auf dem freien Arbeitsmarkt zu vermitteln ist.

In der Behindertenwerkstatt müßte eine verantwortliche Person sein, die sich darum kümmert, daß vermittelbare Behinderte auch gefördert und in die freie Wirtschaft vermittelt werden.

Folgende Fragen sollten geklärt werden: Wieviele Behinderte werden im Jahr aus der Werkstatt in die freie Wirtschaft vermittelt?

Werden Blinde (vollblind) in der Werkstatt beschäftigt?

Ist die Werkstatt ein arbeitsmarktpolitisches Instrument?

Es wird vorgeschlagen, über diese Fragen gesondert und mit Fachleuten zu beraten.

4.5. Freizeitgestaltung für Behinderte

(Urlaub, Kur, Verschiedenes)

In der Kurstadt Wiesbaden, deren therapeutischer Schwerpunkt in der Behandlung von Schäden am körperlichen Bewegungsapparat (rheumatische Erkrankungen) liegt, gibt es weder Hotels noch Pensionen im Kurbereich, in denen Rollstuhlfahrer unterkommen können.

Es ist notwendig, behindertengerechte und finanziell erschwingliche Unterkünfte im Kurbereich zu schaffen.

4.6. Ambulante Hilfe

Es sollte gewährleistet sein, auch Hilfe nach 17.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen zu erhalten. Da die Hilfe durchweg von Zivildienstleistenden durchgeführt wird, wird vorgeschlagen, die ZD im sozialen Dienst für diese Aufgabe besonders auszubilden. Die Erfahrung zeigt, daß die jungen Leute - trotz guten Willens - oftmals den Anforderungen nicht gerecht werden können. Bessere Ausbildung ergäbe effektiveren Einsatz.

4.7. Die Schaffung von Einrichtungen,

ähnlich dem Sozialen Hilfsdienst, wird von Arbeitskreis begrüßt, damit ein behinderter Mensch nicht gleich in ein Heim übersiedeln muß.

Es sollte geklärt werden, inwieweit in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt, Landeswohlfahrtsverband, Caritasverband, Diakonischem Werk, Rotem Kreuz, Arbeitersamariterbund, den Johannitern sowie dem Malteser Hilfsdienst dieser Plan realisiert werden kann.

4.8. Weiterer Ausbau der Sozialstationen

Diese Einrichtungen haben sich hervorragend bewährt und sind aus dem Leben der behinderten Menschen nicht mehr wegzudenken. Sie sollten jedoch aufgestockt werden, um mit ihrer Unterstützung behinderte und alte Menschen möglichst lange in ihrer vertrauten Häuslichkeit wohnen zu lassen.

Die ambulante Versorgung behinderter und alter Menschen sollte Priorität haben.

4.9. Verbesserung des Behindertenfahrdienstes

Vorrang in der Beförderung sollten nach wie vor berufstätige Körperbehinderte haben; aber auch isolierten Personen sollte die Möglichkeit gegeben werden, am öffentlichen Leben teilnehmen zu können.

Vorgeschlagen wird, daß Linienbusse mit Rampen einen Teil der Beförderung von Rollstuhlfahrern übernehmen könnten. Ferner könnten Fahrscheine gegen eine angemessene Gebühr ausgegeben werden, damit auch Personen in den Genuß der Beförderung kommen, die sich nicht so beharrlich wie andere um einen Beförderungstermin bemühen können.

Es muß der Tatsache Rechnung getragen werden, daß es gerade in dem Personenkreis der Körperbehinderten viele scheue und resignierende Menschen gibt. Durch die Ausgabe von Fahrscheinen gegen Gebühr käme mehr Gerechtigkeit in die Abwicklung des Verfahrens.

Darüber hinaus können nach Ansicht der Behindertenverbände drei Kraftfahrzeuge für den Fahrdienst den Bedarf nicht decken.

4.10. Schaffung von Heimplätzen für junge Behinderte, die Pflege benötigen

Unterkünfte für junge pflegebedürftige Behinderte sollten wohnlich und nicht im sterilen Krankenhausstil gestaltet sein.

Modellvorschlag: Bereitstellung von Wohnungen innerhalb eines normalen Mietshauses für diesen Personenkreis. Die pflegebedürftigen Personen könnten von einer auch in dem Hause wohnenden Familie, insbesondere von der nicht berufstätigen Hausfrau, gegen Entgelt versorgt werden. Vorteilhaft wäre noch, wenn in einem solchen Haus eine Sozialstation untergebracht wäre.

4.11. Verstärkte Schaffung von behindertengerechten Sozialwohnungen

Bei diesem Komplex sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- Die Wohnungen sollten so dimensioniert sein, daß ein Rollstuhlfahrer sich gut darin fortbewegen kann. Ein normaler Zimmerrollstuhl hat einen Wendekreis von 140 cm. Da für das Fortbewegen außerhalb des Hauses ein zweiter Rollstuhl oder sogar ein Elektrorollstuhl benötigt wird, muß auch beachtet werden, daß dieser Rollstuhl einen Abstellplatz braucht, möglichst innerhalb der Wohnung, damit der körperbehinderte Mensch ohne fremde Hilfe seine Rollstühle wechseln kann.
- Eheleute brauchen wegen der oftmals sehr großen seelischen wie auch körperlichen Belastung unbedingt so viele Räume, daß jeder Ehepartner die Möglichkeit hat, sich zurückzuziehen, um eventuelle Agressionen und dergleichen abzubauen zu können.

- Es sollte eine Kontaktperson in erreichbarer Nähe sein, damit allein lebende Körperbehinderte sich im Bedarfsfall an diese wenden und um Unterstützung bitten können.
- Wohnungen für körperbehinderte und alte Menschen sollten in einem Wohnviertel mit guter Infrastruktur liegen, so daß z. B. die Einkäufe für den täglichen Bedarf selbständig erledigt werden können.

Albert Heim

Albert Heim
Vorsitzender des
Arbeitskreises der
Wiesbadener Behin-
dertenorganisationen,
November 1987

Über die Sitzung des Arbeitskreises der Wiesbadener Behindertenorganisationen und Interessengemeinschaften Behinderter vom 17. November 1988 in der Werkstatt für Behinderte, Hagenauer Str. 45, 6200 Wiesbaden-Biebrich.

Anwesend waren: Siehe beigelegte Anwesenheitsliste.

Beginn: 17.05 Uhr

Herr Heim begrüßte die Anwesenden, insbesondere Herrn Altschiller vom Amt für Jugend, Soziales und Wohnen, der in Zusammenarbeit mit Frau Gottschlich, Frau Butenschön sowie Frau Dickescheid den Sozialbericht zur Behindertenplanung erstellt hat. Die Entwurfsfassung dieses Abschlußberichtes war allen Angehörigen des Arbeitskreises vor der Sitzung übersandt worden und sollte als Punkt 2 der Tagesordnung diskutiert werden.

Es wurden keine weiteren Besprechungspunkte zur Tagesordnung beantragt.

1. Mitteilungen

a) Niederflurbusse

Die Stadtwerke Wiesbaden haben Herrn Heim mitgeteilt, daß die geplante Vorführung des Niederflurbusses im Dezember 1988 nicht stattfinden wird; damit könnte erst Anfang Januar 1989 gerechnet werden. Wegen der zu erwartenden kalten Witterung werde die Vorführung in einer der Hallen der Stadtwerke erfolgen.

b) Lebensmittel-Heimservice

Den Anwesenden wurden Kataloge der Firma Direkt zur Kenntnisnahme übergeben. Diese Firma liefert auf telefonische Bestellung gegen eine Zustellgebühr von 3,00 DM Lebensmittel ins Haus. Herr Fischer von der Firma Direkt hatte Herrn Heim die Kataloge zugesandt und ist gerne bereit, einmal im Arbeitskreis über diese Dienstleistung zu sprechen.

Nach kurzer Diskussion, in der Herr Geiger und Herr Alkan über bereits gemachte Erfahrungen informierten, wurde von den Anwesenden beschlossen, Herrn Fischer einmal zu einem Gespräch im Arbeitskreis einzuladen.

c) Angebot von Personenbeförderung

Die Firma Coulson und International Associates aus Mainz bietet die Personenbeförderung von Körperbehinderten und Rollstuhlfahrern an. Wie Herr Altschiller mitteilte, hat die Stadt Wiesbaden Herrn Coulson aufgrund seiner Offerte angeschrieben. Er soll eingeladen werden, seine Fahrzeuge vorzuführen und über die weiteren Konditionen, wie z. B. Fahrpreise usw., Auskunft zu erteilen.

d) Parkplatz für Behinderte in der Schulgasse

Nach Abschluß von Bauarbeiten ist der Parkplatz für Behinderte in der Schulgasse wieder zugänglich.

e) Behindertentoilette

In der Nähe des Rathauses wird keine Behindertentoilette errichtet, wahrscheinlich aber auf dem Dern'schen Gelände.

f) Stadtführer für Behinderte

Herr Heim bat die Anwesenden, Vorschläge für die Neuauflage des Stadtführers für Behinderte einzureichen.

Bei dieser Gelegenheit wurden die kurzen Ampelphasen an Fußgänger-Überwegen bemängelt. Gehbehinderte und Rollstuhlfahrer können wegen der zu kurzen Grünphase oftmals nicht die gesamte Fahrbahn überqueren.

g) Pension Mönch⁸garten

Diese Pension in 3472 Beverungen/Verden, Mönchsgarten 2, ist rollstuhlgerecht und verfügt über eine physikalische Abteilung, die für alle Krankenkassen zugelassen ist. Näheres ist aus dem beigefügten Prospekt dieser Pension zu erfahren.

h) Schlüsselverkauf für Behindertentoiletten

Herr Pertroll und Herr Pursch vom Kanalbauhof, Scharnhorststr. 16, 6200 Wiesbaden, Telefon: 31 27 70, sind für den Verkauf von Schlüsseln für die Behindertentoiletten zuständig.

Herr Heim bat darum, sich die Schlüssel grundsätzlich bei dieser Dienststelle zu beschaffen.

2. Diskussion über den Abschlußbericht zur Behindertenplanung innerhalb von Wiesbaden

Wie Herr Heim ausführte, wird sich der Ausschuß für Jugend und Soziales in seiner Sitzung am 30.11.1988 mit dem Abschlußbericht befassen. Aus diesem Grunde hätte der Ausschuß gerne einen schriftlichen Bericht, worum es hauptsächlich geht. Der Vorsitzende sowie weitere Mitglieder des Ausschusses sind gerne bereit, am 28.11.1988 mit dem Arbeitskreis zusammenzukommen.

Herr Heim schlug vor, Schwerpunkte aus dem Bericht herauszunehmen, die für die kommenden Jahre gesetzt werden sollen, und bat Herrn Altschiller, zunächst einmal Erläuterungen zu diesem Bericht zu geben.

Herr Altschiller führte aus, daß der Bericht als Arbeitsgrundlage für die Zukunft gedacht sei. Der Magistrat habe nicht nur davon Kenntnis genommen, sondern eine Normalisierung in allen Bereichen bestätigt. Das bedeute, daß unter der Federführung des Amtes für Jugend, Soziales und Wohnen die verschiedenen Dezernate und Ämter beauftragt werden, die in dem Bericht enthaltenen Anregungen als Konsequenzen für die gesamte Stadtverwaltung zielstrebig umzusetzen, und zwar nicht nur im sozialen Bereich. Dieses dezernatsübergreifende Arbeiten sei für die Jahre 1990/91 vorgesehen, wobei das Erreichen von Regelmäßigkeit des Erziehens, Wohnens usw. angestrebt werde. Es müsse ferner mit dem Landeswohlfahrtsverband Grundsätzliches geklärt werden, wann von den stationären Einrichtungen abgegangen werden soll. Derartige strukturelle Entwicklungen sollen mit diesem Bericht gefördert werden, wobei aus der Sicht der Betroffenen besondere Akzente zu setzen sind.

Auf die Frage von Herrn Schilling, ob der Wortlaut bezüglich der Werkstätten für Behinderte korrigiert werden könne oder alles so stehen bleibe, wie es niedergeschrieben worden sei, antwortete Herr Altschiller, daß selbstverständlich zu dem Ergebnis Stellung genommen werden könne. Es sei das beste, an das Sozialdezernat zu schreiben. Bei einer Generalüberarbeitung des Berichtes können diese Eingaben gegebenenfalls berücksichtigt werden. Wahrscheinlich könne Mitte des nächsten Jahres Bilanz gezogen werden, wenn alle betroffenen Organisationen sich mit dem Sozialbericht befaßt haben werden.

Er gab den Anwesenden noch zur Kenntnis, daß am 17. Februar 1989 eine Anhörung zur Integration von behinderten Kindern in Regelschulen stattfinden werde.

Herr Geiger und Herr Lentz möchten gerne eine genaue Definition des Wortes "behindert" in dem Bericht aufgeführt sehen, worauf Frau Sbresny den Vorschlag machte, einen Vorspann "Was ist eigentlich 'behindert'?" in den Bericht zu nehmen.

Herr Geiger ergänzte dazu noch, daß man 'behindert' sage, wenn jemand körperbehindert, sonst aber nicht eingeschränkt sei. Diese Person könne in einer Regelschule voll unterrichtet werden. Das sei ein Beispiel für den Grundsatz "ohne Ausgrenzung bei entsprechenden Voraussetzungen".

Herr Altschiller fuhr fort, daß eine Politik für Behinderte das Prinzip "Normalisierung im biographischen Ablauf" zum Ziele haben solle. Er schloß nicht aus, daß in dieser Hinsicht noch einige Punkte in der Dokumentation nicht eingehend beleuchtet worden seien, was jedoch nachvollzogen werden könne.

Herr Geiger hielt die Zahl von 4.000 Sehbehinderten im Bereich von Wiesbaden für unrealistisch; seine Schätzung sei 400 Personen.

Herr Heim erinnerte daran, daß diese Dokumentation zu dem Zweck erstellt worden sei, um festzustellen, was in den 90er Jahren schwerpunktmäßig in Angriff genommen werden solle und welche Mittel hierfür bereitstehen müssen. So haben die Dialyse-Patienten einen Antrag auf Ausbau der Versorgung gestellt. Ferner müsse für die kommenden Jahre auch die Frühförderung ausgebaut werden, obwohl innerhalb Wiesbadens bereits viel hierfür getan werde.

Frau Schmolke regte an, daß jede einzelne Organisation dem Ausschuß für Jugend und Soziales ihr besonderes Anliegen und was im argen liege vorzutragen solle.

Herr Kilian erwähnte, daß für die Zukunft im Wohnbereich für Behinderte ein Engpaß auftreten werde. Hier müsse mehr als bisher getan werden.

Herr Alkan schlug vor, einen Grundsatzbeschuß zu fassen, daß im sozialen Wohnungsbau künftig die Erdgeschoßwohnungen für Körperbehinderte ausgestattet werden sollen.

Herr Lentz, Frau Schmolke sowie Herr Heim betonten, daß eine zentrale Anlaufstelle vom Magistrat geschaffen werden sollte (wie am Schluß des Sozialberichtes erwähnt), an die sich Personen im Bedarfsfall wenden und gezielte Auskunft erhalten können.

Frau Schmolke führte aus, daß die Lebenshilfe für Geistigbehinderte möglichst beschützende Wohngemeinschaften, aber auch Einzelwohnungen, die eine Betreuung benötigen, bilden wolle. Maß mußte Sozialarbeiterstellen schaffen, die für ein bestimmtes Gebiet zuständig wären. Die Finanzierung dieser Stellen mußte entweder durch den Landeswohlfahrtsverband oder die Stadt Wiesbaden erfolgen. Geistigbehinderte, die allein wohnen wollen, jedoch weiterhin betreut werden müssen, müssen zuerst im Wohnhaus leben und trainiert werden, um festzustellen, was sie leisten können. Die Wohnheime können nur entlastet werden, wenn eine eigene Stelle für den Sozialarbeiter geschaffen werde, der Alleinwohnende betreut.

Herr Altschiller erklärte, daß im Wohnbereich auf jeden Fall Schwerpunkte zu setzen seien. Man könne aber nur ein zufriedenstellendes Ergebnis erreichen, wenn die notwendigen ambulanten Hilfsdienste vorhanden seien. Die Versorgung in einer Wohnung müsse möglich sein, und zwar eine Versorgung ohne Heimcharakter.

Herr Schilling informierte, daß die Finanzierung betreuter Einzelwohnungen Sache der Stadt und die Finanzierung von betreuten Wohngemeinschaften Sache des Landeswohlfahrtsverbandes sei.

Bezüglich der Schaffung von Arbeitsplätzen für Behinderte teilte Herr Heim mit, daß das Gespräch mit dem Arbeitsamt enttäuschend verlaufen sei. Für die Zukunft seien auch auf diesem Gebiet Schwerpunkte zu setzen.

Herr Kilian bemerkte, daß er eine Chance für Behinderte bei der Besetzung von Computerarbeitsplätzen sehe; sogar Vollblinde könnten diese Arbeitsplätze optimal ausfüllen.

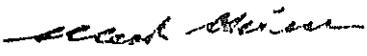
Frau Reek betonte, daß die Pflegedienste erweitert werden müßten, um Heimeinweisungen möglichst hinauszuschleppen.

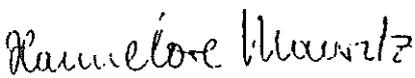
Nach dieser eingehenden Diskussion wurde beschlossen, folgende Schwerpunkte für das Gespräch im Ausschuß für Jugend und Soziales am 30.11.1981 zu setzen:

1. Schaffung einer zentralen Anlaufstelle für Behinderte
2. Wohnbereich
3. Frühförderung
4. Unterkunft von jüngeren Behinderten in Wiesbaden (in Heimen oder zu Hause mit entsprechender Pflege) .
Altersgrenze: 60 Jahre
5. Schaffung von Arbeitsplätzen für Behinderte

Herr Heim bedankte sich bei den Anwesenden für deren Mitarbeit.

Ende der Sitzung: 19.00 Uhr


(Albert Heim)
Vorsitz


(Hannelore Mauritz)
Protokoll

