

GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP

Stadtentwicklung und Mobilität
Planung Beratung Forschung GbR

**Dokumentation der Modellrechnungen und Analysen
zur Regionalstrategie Daseinsvorsorge des Kreises Schleswig-Flensburg
im Themenfeld**

Menschen mit Behinderung

Hamburg, im Juli 2013

Gertz Gutsche Rügenapp
Stadtentwicklung und Mobilität GbR

Dipl.-Ing. Martin Albrecht
Dipl.-Geogr. Anne Kis

Ruhrstraße 11
22761 Hamburg

Tel: (040) 85 37 37 – 48
Fax: (040) 85 37 37 – 42

gutsche@ggr-planung.de
www.ggr-planung.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Inhalt dieses Berichts	3
1.2	Struktur der Diskussion in der Arbeitsgruppe sowie des Berichts	3
2	Angebote Status Quo	5
2.1	Gesamtüberblick	5
2.2	Fokus: Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	11
2.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	12
3	Bedarfe	13
3.1	Status Quo	13
3.2	Entwicklung der letzten Jahre	14
3.3	Zukünftige Entwicklung	18
3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	25
4	Vergleich der Angebotsstrukturen mit den identifizierten Bedarfen	26
4.1	Status Quo	26
4.2	Reichen die derzeitigen Angebote aus, um die zukünftigen Bedarfe zu decken?	27
4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	30
5	Wohnwünsche von Menschen mit Behinderung als inhaltliche Klammer der AG 1	31
5.1	Wie wollen Menschen mit Behinderung leben?	31
5.2	Messung der Versorgungssituation auf Ebene der Städte und Gemeinden des Kreises Schleswig-Flensburg	32
5.3	Ergebnis	40
5.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	41

1 Einleitung

1.1 Inhalt dieses Berichts

Dieser Bericht dokumentiert die Analysen und Modellrechnungen, die in der fachlichen Begleitung der Unter-Arbeitsgruppe 1 „Menschen mit Behinderung“ des Modellvorhabens „Regionalstrategie Daseinsvorsorge Schleswig-Flensburg durch das Büro Gertz Gutsche Rügenapp erarbeitet worden sind.

Die Ausrichtung und das methodische Vorgehen der Analysen und Modellrechnungen sind das Ergebnis eines kontinuierlichen Austauschs zwischen dem Büro Gertz Gutsche Rügenapp und den Mitgliedern der Arbeitsgruppe. So sind Zwischenstände der nachfolgend dargestellten Analysen und Modellrechnungen mehrfach in der Arbeitsgruppe vorgestellt, diskutiert und weiterentwickelt worden. Gleichwohl ist es nicht die Aufgabe dieses Berichts, die gesamte Arbeit der Arbeitsgruppe und die von dieser am Ende formulierten Handlungsempfehlungen zu dokumentieren. Dies geschieht in der Ergebnisdokumentation des Kreises Schleswig-Flensburg zum Gesamtprojekt „Regionalstrategie Daseinsvorsorge Schleswig-Flensburg“.

1.2 Struktur der Diskussion in der Arbeitsgruppe sowie des Berichts

Die Arbeitsgruppe „Senioren und Menschen mit Behinderung“ hat sich aufgrund der inhaltlichen Breite dieses Themenfeldes zu Beginn des Projektes dazu entschieden, die Arbeitsgruppe in zwei Unterarbeitsgruppen (UAG) aufzuteilen: UAG „Senioren“ und UAG „Menschen mit Behinderung“.

Der vorliegende Bericht widmet sich den Analysen und Modellrechnungen der UAG „Menschen mit Behinderung“.¹ Die Aufgabenstellung für die diskussionsunterstützenden Berechnungen bestand darin,

- eine detaillierte Abbildung der bestehenden Angebotsstrukturen für Menschen mit Behinderung (Wohnen, Arbeiten/Tagesstruktur) sowie
- eine differenzierte Vorausschätzung der Anzahl der Menschen mit Behinderung im Betrachtungszeitraum bis zum Jahr 2030

zu erarbeiten.

Diese Grundlagen wurden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe genutzt, um

- quantitative und qualitative Anforderungen an Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung und
- Möglichkeiten zur Initiierung und Umsetzung der an die identifizierten Bedarfe ausgerichteten Handlungsstrategien zur Anpassung des Leistungsangebotes

zu diskutieren.

Ein besonderer Fokus wurde im Rahmen der Angebots- und Bedarfsanalysen auf die Werkstätten für behinderte Menschen gelegt (WfbM). Hintergrund ist eine in diesen Einrichtungen bestehende Altersgrenze von 65 Jahren. Wird diese erreicht, kann dort keiner Beschäftigung

¹ Für die UAG „Senioren“ wurde ein Bericht in ähnlicher Form erarbeitet.

mehr nachgegangen werden. Vor diesem Hintergrund stellte sich im Rahmen des Projektes die Frage, wie viele Personen dies in Zukunft betreffen wird, welche Auswirkungen dies auf die Wohn- bzw. allgemein Betreuungssituation hat und wie die Angebotsstruktur im Bereich der WfbM generell für die zukünftige Nachfrage aufgestellt ist.

Ergänzend zu diesen Fragestellungen wurden auch Wohnwünsche von Menschen mit Behinderung in den Sitzungen thematisiert und diskutiert. Zur Unterstützung der Diskussion wurden durch das Büro Gertz Gutsche Rügenapp vorliegende Befragungen zu den Wohnwünschen von Menschen mit Behinderung ausgewertet. Basierend auf den Ergebnissen dieser Auswertung wurde auf Ebene der Gemeinden eine Analyse durchgeführt, welche Standorte aufgrund ihrer eigenen Ausstattung bzw. der Nähe zu Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten die günstigsten Ausgangsbedingungen für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben für Menschen mit Behinderung bieten.²

Ein weiterer Schwerpunkt der UAG lag in der Entwicklung der Chancen für Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Hier wurde im Laufe des Gesamtprojektes ein Umsetzungsprojekt in die Wege geleitet, das vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) gefördert wird. In den UAG-Sitzungen wurde regelmäßig über den aktuellen Projektstand informiert, Ausführungen zum Umsetzungsprojekt selbst sind jedoch nicht Bestandteil dieses Berichtes.

Der vorliegende Bericht umfasst die Beschreibung von Analysen und Modellrechnungen in drei Bereichen, an denen sich auch die inhaltliche Gliederung dieses Berichtes orientiert:

- In Kapitel 2 erfolgt eine Beschreibung der bestehenden Angebotsstrukturen im Bereich der Betreuungsangebote für Menschen mit Behinderung.
- Kapitel 3 widmet sich im Wesentlichen einer Vorausschätzung der künftigen Betreuungsbedarfe bis zum Jahr 2030.³
- Die Beschreibung der Ergebnisse der Auswertungen zu den Wohnwünschen von Menschen mit Behinderung sowie der Analyse, welche Teilräume des Kreises Schleswig-Flensburg sich aufgrund ihrer Lageeigenschaften für ein selbstständiges und selbstbestimmtes Wohnen am ehesten anbieten könnten, enthält Kapitel 5

² Analysen hierzu wurden in enger Zusammenarbeit mit der UAG „Senioren“ durchgeführt, sodass dabei von einer „inhaltlichen Klammer“ gesprochen werden kann.

³ Kapitel 4 enthält einen Abgleich von künftigen Versorgungsbedarfen und bestehenden Angebotsstrukturen als Grundlage für die Ableitung von Anpassungserfordernissen und –strategien.

2 Angebote Status Quo

2.1 Gesamtüberblick

In einem ersten Analyseschritt wurde eine Übersicht der bestehenden Betreuungsangebote der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung erarbeitet. Hierzu wurden die aktuellen Daten der KOSOZ⁴ herangezogen und ausgewertet.

Um eine Übersicht über die Vielzahl an Einrichtungstypen und Kategorien der Eingliederungshilfe zu erlangen, wurden mit Unterstützung des Fachdienstes Soziale Leistungen des Kreises Schleswig-Flensburg die einzelnen Angebote in Grobkategorien von Behinderungsarten (körperlich/geistig und psychisch und suchtkrank) sowie Betreuungsformen eingeteilt.

Betreuungsangebote differenziert nach Betreuungsform

In der Eingliederungshilfe Schleswig-Holsteins wird zwischen knapp 40 Einrichtungstypen unterschieden, die für unterschiedlichste Betreuungsbedarfe vorgesehen sind. Ohne eine Zusammenfassung zu Gruppen hätte sich eine Analyse und spätere Gegenüberstellung mit der zukünftigen Bedarfsentwicklung zu komplex und undurchsichtig gestaltet und die wesentlichen Ergebnisse nicht sichtbar werden lassen.

Bei den Betreuungsformen wird im Rahmen des Projektes zwischen

- ambulanten Angeboten
- teilstationären Tagesstrukturangeboten (ohne Werkstätten)
- teilstationären Werkstätten
- teilstationärem Wohnen
- vollstationären Einrichtungen mit Tagesstrukturangeboten sowie
- vollstationären Einrichtungen ohne Tagesstrukturangebote

unterschieden.

Insgesamt zeichnet sich die Angebotsstruktur⁵ für Menschen mit Behinderung im Kreis Schleswig-Flensburg durch eine im Landesvergleich große Anzahl und Bandbreite an insbesondere vollstationären Angeboten aus (Abbildung 1). Diese werden neben Menschen, die ursprünglich aus dem Kreis Schleswig-Flensburg stammen von Menschen genutzt, deren Zuzug ins Kreisgebiet mit der Betreuungssituation unmittelbar in Zusammenhang steht.⁶

⁴ Koordinierungsstelle soziale Hilfen der Schleswig-Holsteinischen Kreise.

⁵ In der UAG wurde sich darauf verständigt, dass für die nachfolgenden Analysen Angebote für und Bedarfe von Kinder/n und Jugendliche/n aufgrund des hohen Komplexitätsgrades zunächst ausklammert werden. In einem späteren Abschnitt wird dieser Aspekt als Exkurs noch mal aufgegriffen.

⁶ Das Thema „Fremdbelegung“ wird jedoch nicht Teil dieses Berichtes sein. Stattdessen wird in der Ergebnisdokumentation des Kreises Schleswig-Flensburg darauf gesondert eingegangen.

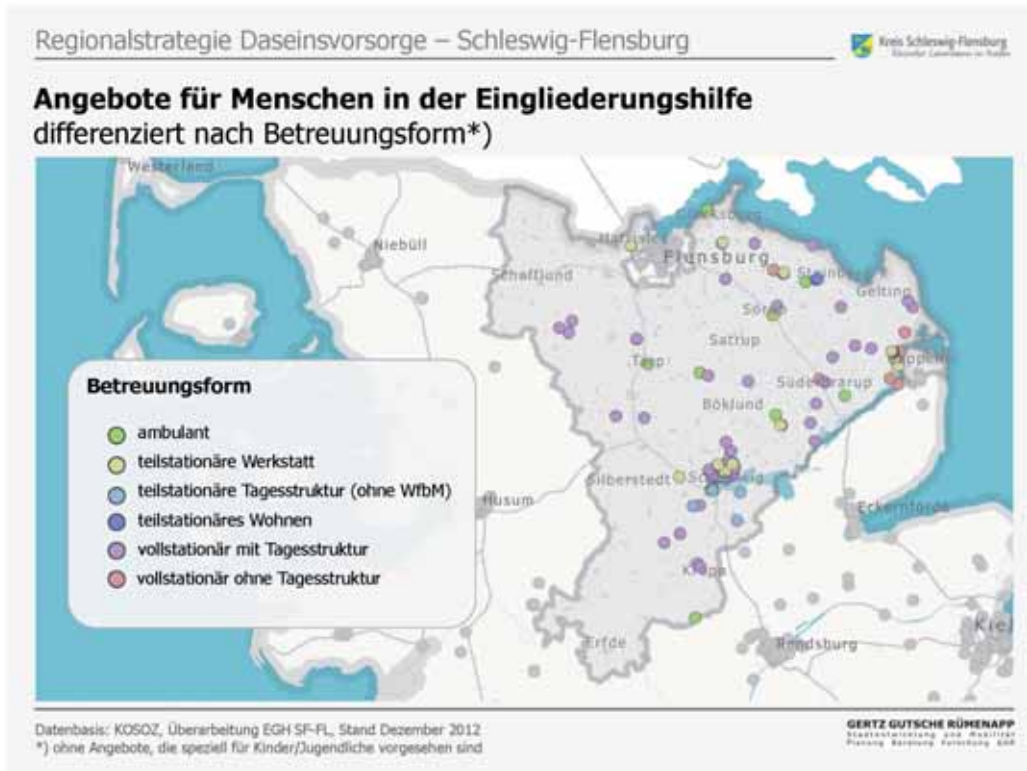


Abbildung 1 Angebotsstruktur der Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Kreis Schleswig-Flensburg differenziert nach Betreuungsform (Datenbasis KOSOZ)

Die einzelnen Angebote scheinen sich auf den ersten Blick gleichmäßig auf das Kreisgebiet zu verteilen. Bei genauerer Betrachtung werden jedoch einzelne Verteilungslücken sichtbar, die vor allem im tendenziell eher strukturschwachen Süden und Nordwesten des Kreises aufzufinden sind. Im Gegensatz dazu ballen sich erwartungsgemäß die Angebote im Schleswiger Stadt- und Umlandbereich. Ein weiterer Schwerpunkt befindet sich in Kappeln und Umgebung (Abbildung 1). Darüber hinaus ist eine Konzentration von teilstationären Tagesstrukturangeboten (ohne WfbM) im Raum Schleswig auffällig. Lediglich östlich von Flensburg befindet sich eine weitere Einrichtung.

Betreuungsangebote differenziert nach Behinderungsart

Werden den einzelnen Einrichtungen Behinderungsarten zugeordnet (Abbildung 2), so ist das Angebot (sowohl bezogen auf die Anzahl der Angebote als auch auf die Anzahl der Plätze) für Menschen mit einer körperlichen/geistigen Behinderung im Kreisgebiet mit rund 2.450 Plätzen mit Abstand am größten. Jedoch beziehen sich die Angaben zu den Platzzahlen nur auf voll- bzw. teilstationäre Angebote. Für die ambulanten Betreuungsangebote lagen leider keine Platz- bzw. Betreuungszahlen vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass gerade im Bereich der seelischen Behinderung die Anzahl der ambulant betreuten Personen deutlich höher liegt.

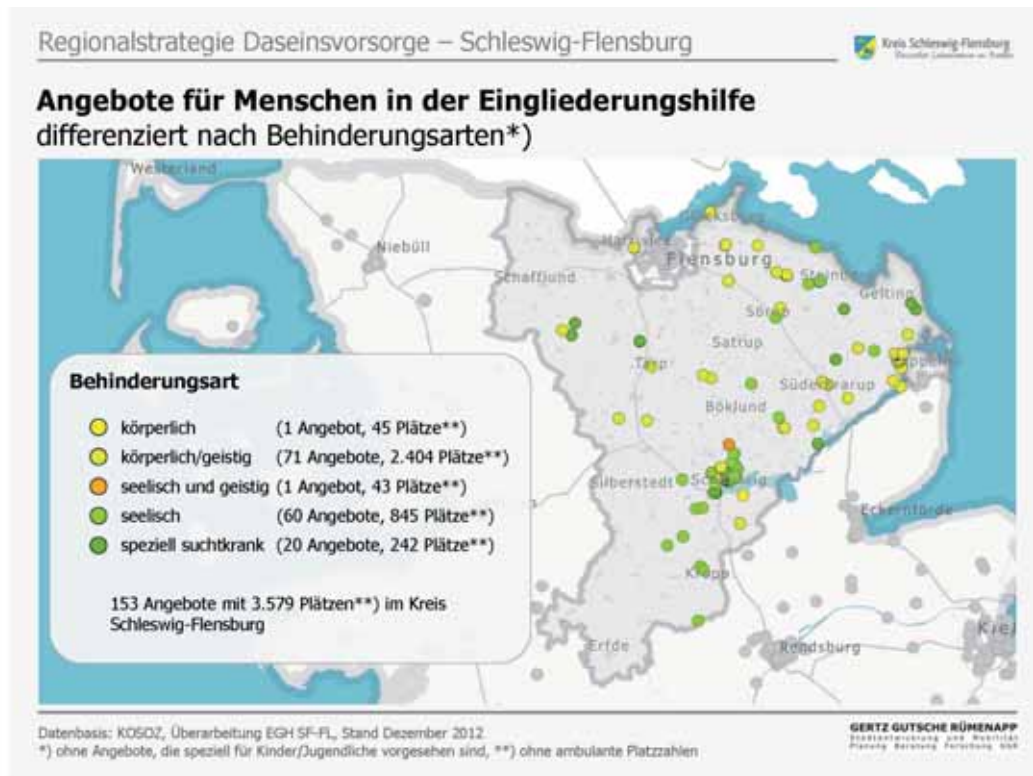


Abbildung 2 Angebotsstruktur der Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Kreis Schleswig-Flensburg differenziert nach Behinderungsart (Datenbasis KOSOZ)

Menschen mit einer körperlichen/geistigen Behinderung

Für Menschen mit einer körperlichen/geistigen Behinderung stellt sich die Angebotssituation im Kreis Schleswig-Flensburg wie folgt dar: räumliche Konzentrationen lassen sich vor allem in Schleswig und Kappeln beobachten (Abbildung 3). Letztere Ballung hängt mit dem umfassenden Angebot im Bereich Wohnen und Arbeiten des St. Nicolaiheim Sundsacker e.V. zusammen.

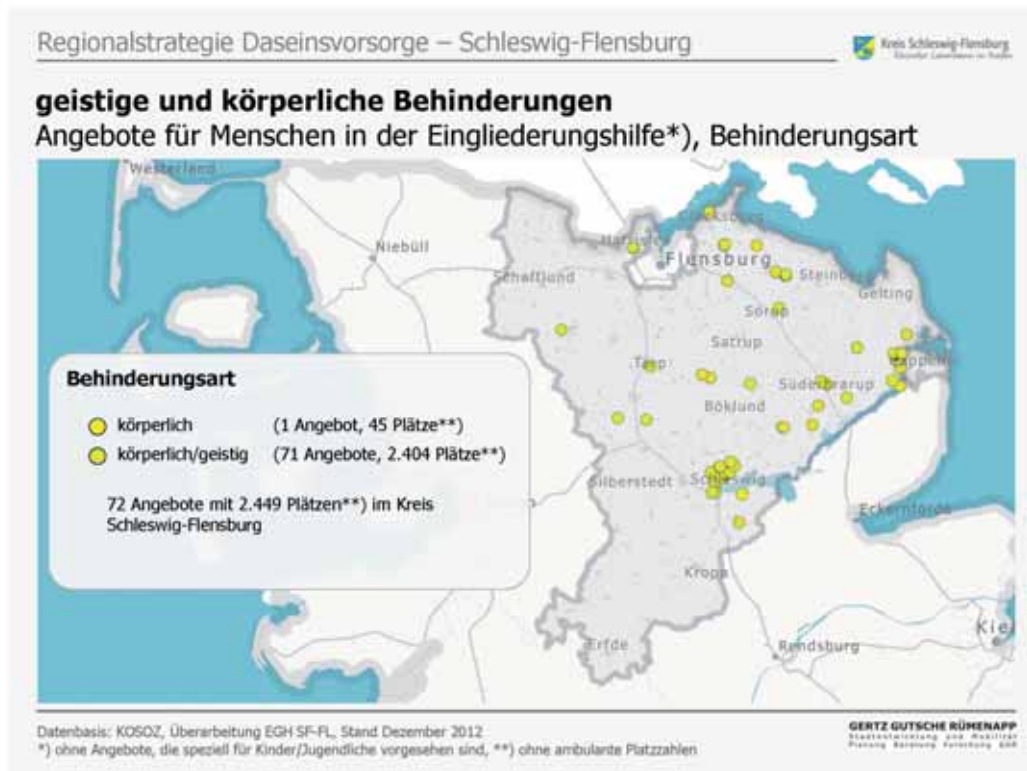


Abbildung 3 *Angebotsstruktur der Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Kreis Schleswig-Flensburg – nur Angebote für Menschen mit einer körperlichen und geistigen Behinderung (Datenbasis KOSOZ)*

Werden die Einrichtungen für Menschen mit einer körperlichen/geistigen Behinderung nach Betreuungsformen differenziert betrachtet (Abbildung 4), so zeigt sich, dass es zwar am meisten Standorte im Bereich der vollstationären Angebote gibt, jedoch nahezu die Hälfte aller stationären Plätze in teilstationären Werkstätten zu finden sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele der in teilstationären Tagesstruktureinrichtungen betreuten Personen in einer oftmals daran gekoppelten vollstationären Wohneinrichtung leben. Werden die Zahlen der vollstationären Wohnangebote und der teilstationären Tagesstrukturangebote jeweils aufsummiert, so lassen sich in etwa gleiche Anteile bei den Platzzahlen ermitteln.

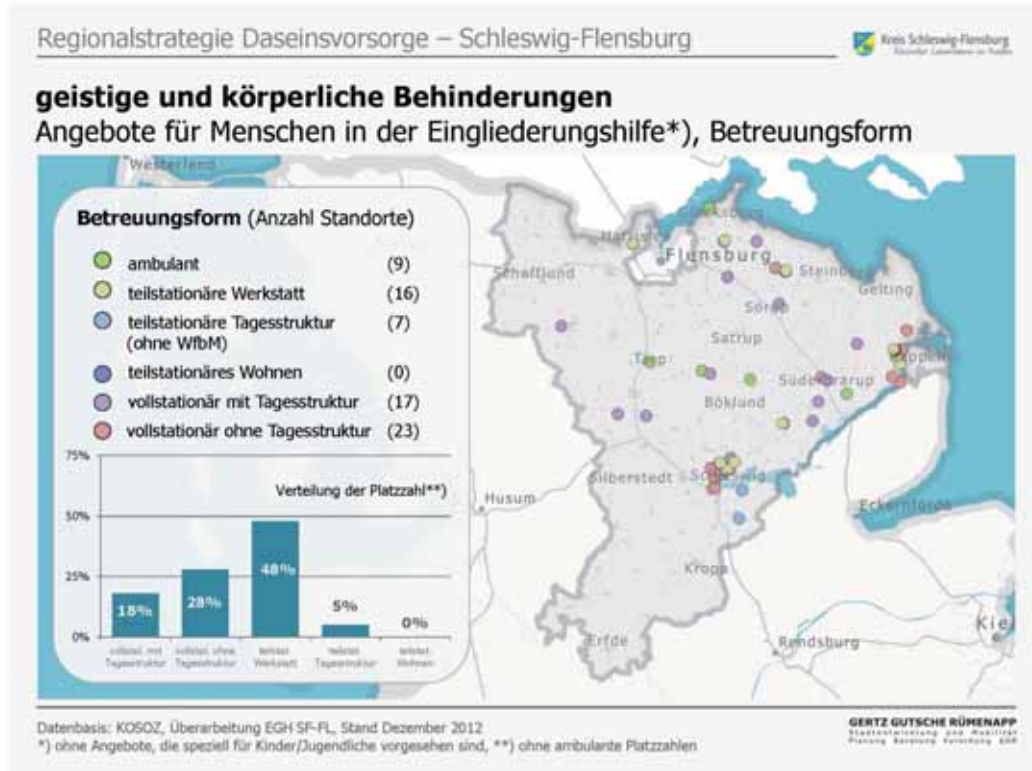


Abbildung 4 *Angebotsstruktur der Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Kreis Schleswig-Flensburg, differenziert nach Betreuungsform – nur Angebote für Menschen mit einer körperlichen und geistigen Behinderung (Datenbasis KOSOZ)*

Menschen mit einer seelischen Behinderung

Für die Menschen mit einer seelischen Behinderung (psychische Behinderung und Suchterkrankung) lässt sich in der räumlichen Verteilung ein ähnliches Bild wie für die Einrichtungen der Menschen mit einer körperlichen/geistigen Behinderung feststellen (Abbildung 5). Der Großteil der Angebote konzentriert sich auch hier auf das östliche Kreisgebiet – insbesondere im Bereich von Schleswig und dem Schleswiger Umland.

Auffällig ist zudem, dass es im westlichen Kreisgebiet keine Einrichtung für seelische Behinderung gibt, jedoch drei Angebote für Menschen mit einer Suchterkrankung.

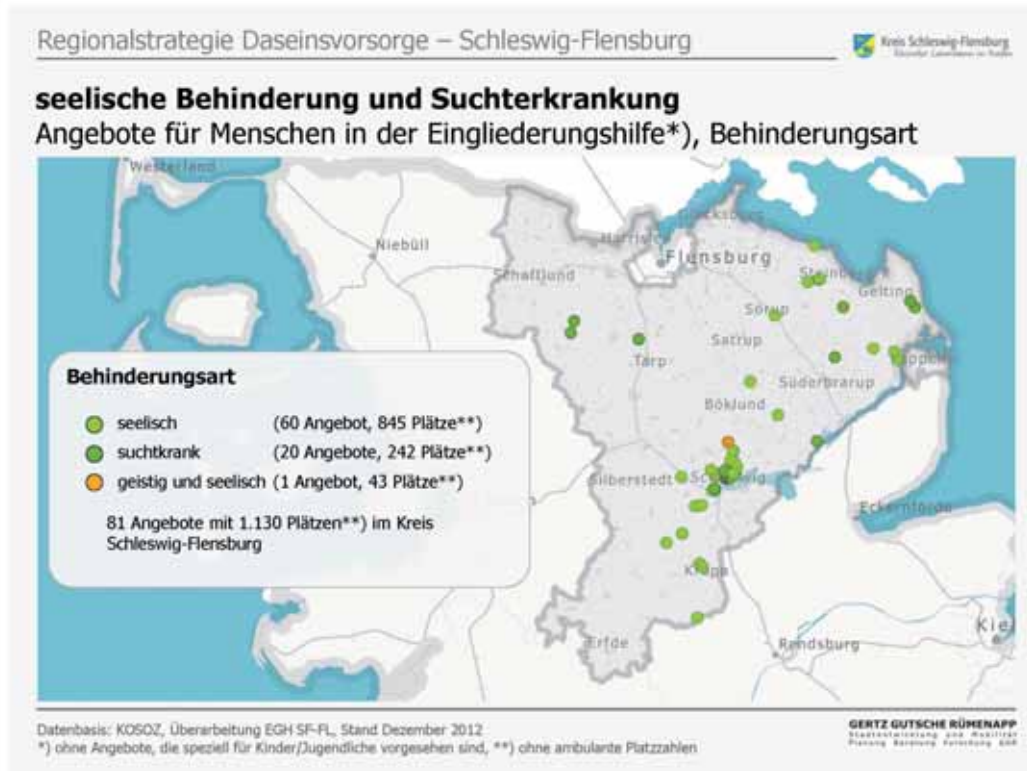


Abbildung 5 Angebotsstruktur der Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Kreis Schleswig-Flensburg– nur Angebote für Menschen mit einer seelischen Behinderung (Datenbasis KOSOZ)

Die mit Abstand meisten Plätze werden im Bereich der vollstationären Einrichtungen mit integrierter Tagesstruktur angeboten (Abbildung 6). Eher geringe Anteile nehmen dabei die anderen Betreuungsformen ein. Dies ist in Anbetracht des Prinzips „ambulant vor stationär“ ein interessanter Umstand - wenngleich hier nicht von ambulanten, sondern Tagesstrukturangeboten gesprochen wird. Diskussionen im Rahmen der Arbeitsgruppe ergaben jedoch, dass Menschen mit einer seelischen Behinderung schwieriger in Tagesstrukturformen betreut werden können, da sie oftmals aufgrund ihrer Behinderung Probleme mit regelmäßigen Tagesstrukturen oder anderen Personen haben können.

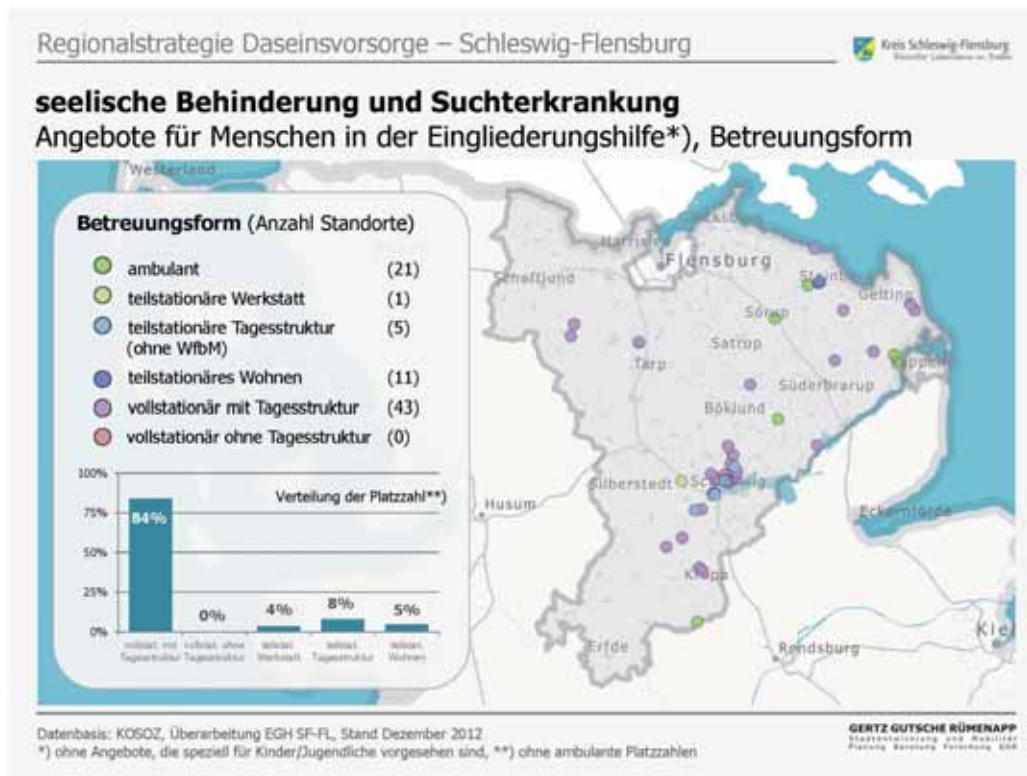


Abbildung 6 Angebotsstruktur der Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Kreis Schleswig-Flensburg, differenziert nach Betreuungsform – nur Angebote für Menschen mit einer seelischen Behinderung (Datenbasis KOSOZ)

2.2 Fokus: Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Insgesamt gibt es im Kreisgebiet 17 teilstationäre Werkstätten, die über 1.200 Arbeitsplätze auf dem 3. Arbeitsmarkt anbieten⁷ (Abbildung 7). Der Großteil der Plätze ist an Menschen mit einer körperlichen/geistigen Behinderung gerichtet, während an einem Standort in Schuby in unmittelbarer Nähe zu Schleswig Menschen mit einer seelischen Behinderung beschäftigt sind (ca. 40 Plätze). Jeweils mehrere Einrichtungen finden sich in Kappeln und Schleswig. Weitere Standorte liegen in Harrislee, Munkbrarup, Dollerup und Taarstedt.

⁷ Die 17 Standorte werden von drei verschiedenen Trägern koordiniert: St. Nicolaiheim Sundsacker e.V., Mürwiker Werkstätten GmbH, Norddeutsche Gesellschaft für Diakonie - NGD e.V.. Nur St. Nicolaiheim Sundsacker e.V. als Träger der Kappeler Werkstätten hat seinen Sitz in Schleswig-Flensburg. Die anderen beiden Träger sitzen in Rendsburg und Flensburg.



Abbildung 7 Standortverteilung der Werkstätten für Menschen mit Behinderung im Kreis Schleswig-Flensburg (Datenbasis KOSOZ)

2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Angebotsstruktur des Kreises Schleswig-Flensburg eine im Landesvergleich überdurchschnittlich hohe Anzahl an voll- und teilstationären Einrichtungen aufweist. Die größten Angebote – im Sinne von Anzahl und Plätzen - gibt es für Menschen mit einer körperlichen/geistigen Behinderung, wobei sich tagesstrukturierte und vollstationäre Angebote die Waage halten. Demgegenüber konzentriert sich das Platzangebot für Menschen mit einer seelischen Behinderung im stationären Bereich nahezu ausschließlich auf vollstationäre Angebote mit integrierter Tagesstruktur⁸. Ein Umstand, aus dem sich bereits während der Diskussionen in der Arbeitsgruppe erste Handlungsbedarfe hinsichtlich der Bedeutung vollstationärer Einrichtungen ableiten ließen.

Als teilstationäre Tagesstruktur nimmt die Betreuungsform der WfbM mit mehr als 1.200 Plätzen eine signifikante Bedeutung im Kreisgebiet ein. In Kombination mit der in WfbMs derzeit festgelegten Altersgrenze von 65 Jahren ergibt sich hieraus die Notwendigkeit einer speziell auf die Betreuungsform konzentrierten Analyse der zukünftigen Bedarfe. Auch für die Grundgesamtheit der Menschen in der Eingliederungshilfe und die einzelnen Behinderungsarten wurden Bedarfsvorausschätzungen durchgeführt. Diese sollen Inhalt der nächsten Kapitel sein.

⁸ Über die ambulanten Angebote kann an der Stelle keine Aussage getroffen werden.

3 Bedarfe

Ziel dieses Kapitels ist es, die derzeitigen, vergangenen und künftigen Bedarfe abzubilden. Als Grundlage für die Analysen zur Bedarfsentwicklung dienen die Zahlen der Eingliederungshilfe. Demzufolge muss bei der Bezeichnung „Menschen mit Behinderung“ berücksichtigt werden, dass hier die Grundgesamtheit der Menschen in der Eingliederungshilfe gemeint ist. Unter Berücksichtigung dessen werden im Rahmen des vorliegenden Berichtes auch lediglich Aussagen über Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe getroffen – nicht jedoch für alle Menschen, die eine Behinderung haben.

3.1 Status Quo

Derzeit sind insgesamt 1.610 erwachsene (18 Jahre und älter) Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe des Kreises Schleswig-Flensburg. Davon sind knapp 1.500 im Alter zwischen 18 und 65 Jahre. Etwa 900 Leistungsberechtigte in diesem Alter sind in einer WfbM beschäftigt. Knapp 100 Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe sind älter als 65 Jahre.

Der Großteil der Personengruppe mit über 900 Personen sind Menschen mit einer geistigen Behinderung. Den kleinsten Anteil nehmen Menschen mit einer körperlichen Behinderung ein (88 Personen). Mit 479 Fällen nimmt die Diagnose psychische Behinderung den zweitgrößten Anteil ein, gefolgt von den Suchtkranken mit über 126 Fällen.

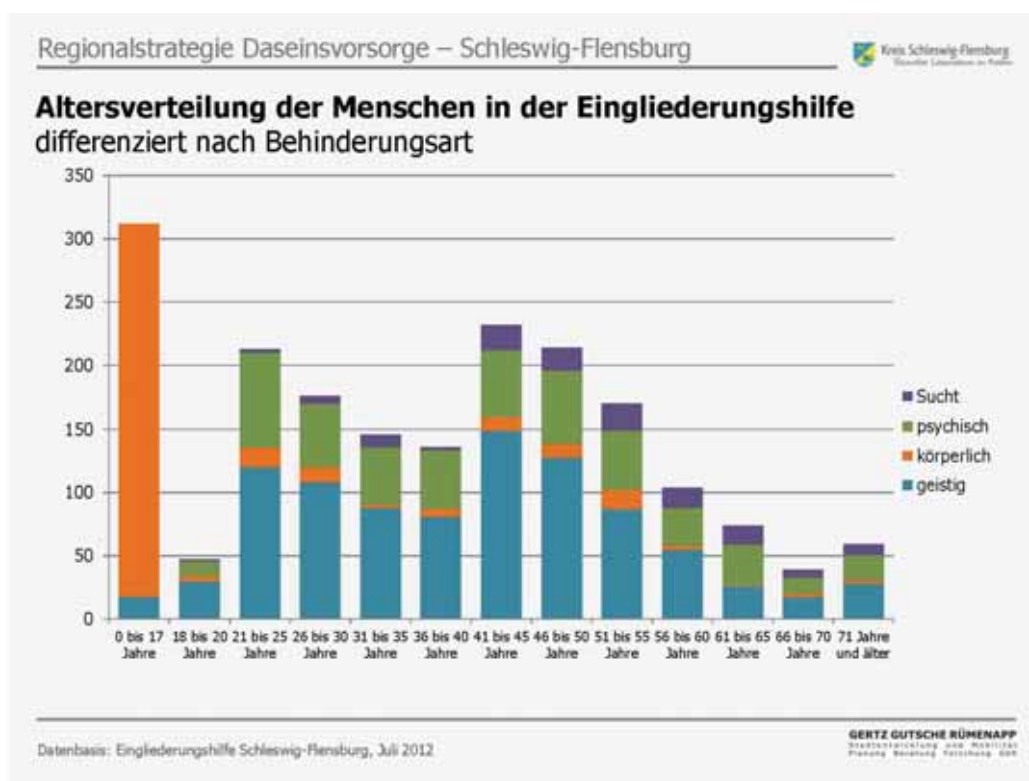


Abbildung 8 Altersdifferenzierung der Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe 2012 im Kreis Schleswig-Flensburg

Werden die einzelnen Behinderungsarten altersdifferenziert dargestellt, so wird deutlich, dass z.B. Suchterkrankung vor allem ein Problem der älteren Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter ist (Abbildung 8). Wird nun die Altersstruktur der Eingliederungshilfe in Beziehung zur Altersstruktur der Gesamtbevölkerung Schleswig-Flensburgs gesetzt, indem Anteile eines

Altersjahrgangs an der jeweiligen Gesamtpopulation (Gesamtzahl der Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe, Gesamtzahl der Bevölkerung Schleswig-Flensburgs) gebildet werden (Abbildung 9), so wird deutlich, dass in der Eingliederungshilfe die älteren Jahrgänge stark unterrepräsentiert sind. Als Ursache für die unterschiedliche Ausprägung ist die systematische Ermordung von Menschen mit Behinderung während der Zeit des Nationalsozialismus zu sehen. Das Fehlen der älteren Jahrgänge bewirkt insgesamt eine jüngere Altersstruktur bei den Menschen in der Eingliederungshilfe. Allerdings ist schon jetzt klar, dass dies nicht so bleiben wird: Ganz im Gegenteil steht der Kreis Schleswig-Flensburg, genauso wie viele andere Regionen bundesweit vor der neuen Situation, Betreuungsangebote auch für ältere Menschen mit Behinderung sicherstellen zu müssen. Darauf soll unter anderem in Kapitel 3.3 näher eingegangen werden.

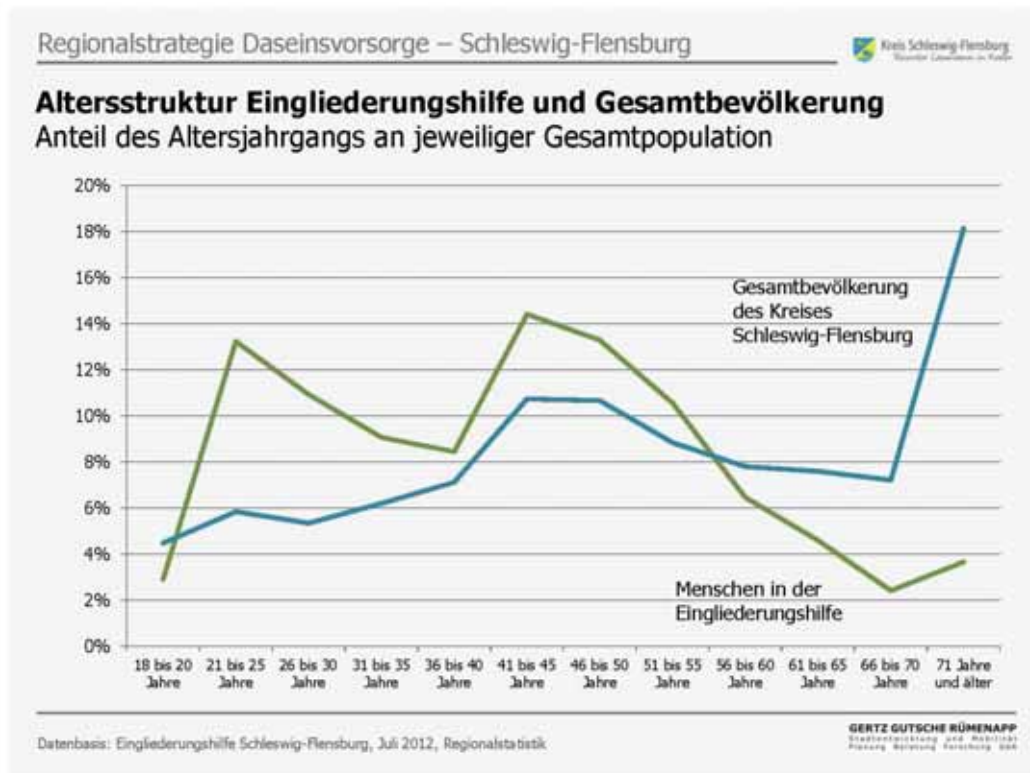


Abbildung 9 Altersstruktur innerhalb der Eingliederungshilfe und der Gesamtbevölkerung des Kreises Schleswig-Flensburg, Anteil des Altersjahrgangs an der jeweiligen Gesamtpopulation

3.2 Entwicklung der letzten Jahre

Gesamtzahl der Menschen in der Eingliederungshilfe

Wie aus Abbildung 10 zu entnehmen ist, ist die Gesamtzahl der Menschen in der Eingliederungshilfe des Kreises Schleswig-Flensburg in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Für nahezu alle Behinderungsarten kann diese Entwicklung abgeleitet werden. Einzige Ausnahme ist der Bereich „Suchterkrankung“. Hier lässt sich aufgrund der geringen Fallzahl in der Eingliederungshilfe keine eindeutige Entwicklung wie für die anderen Behinderungsarten feststellen.

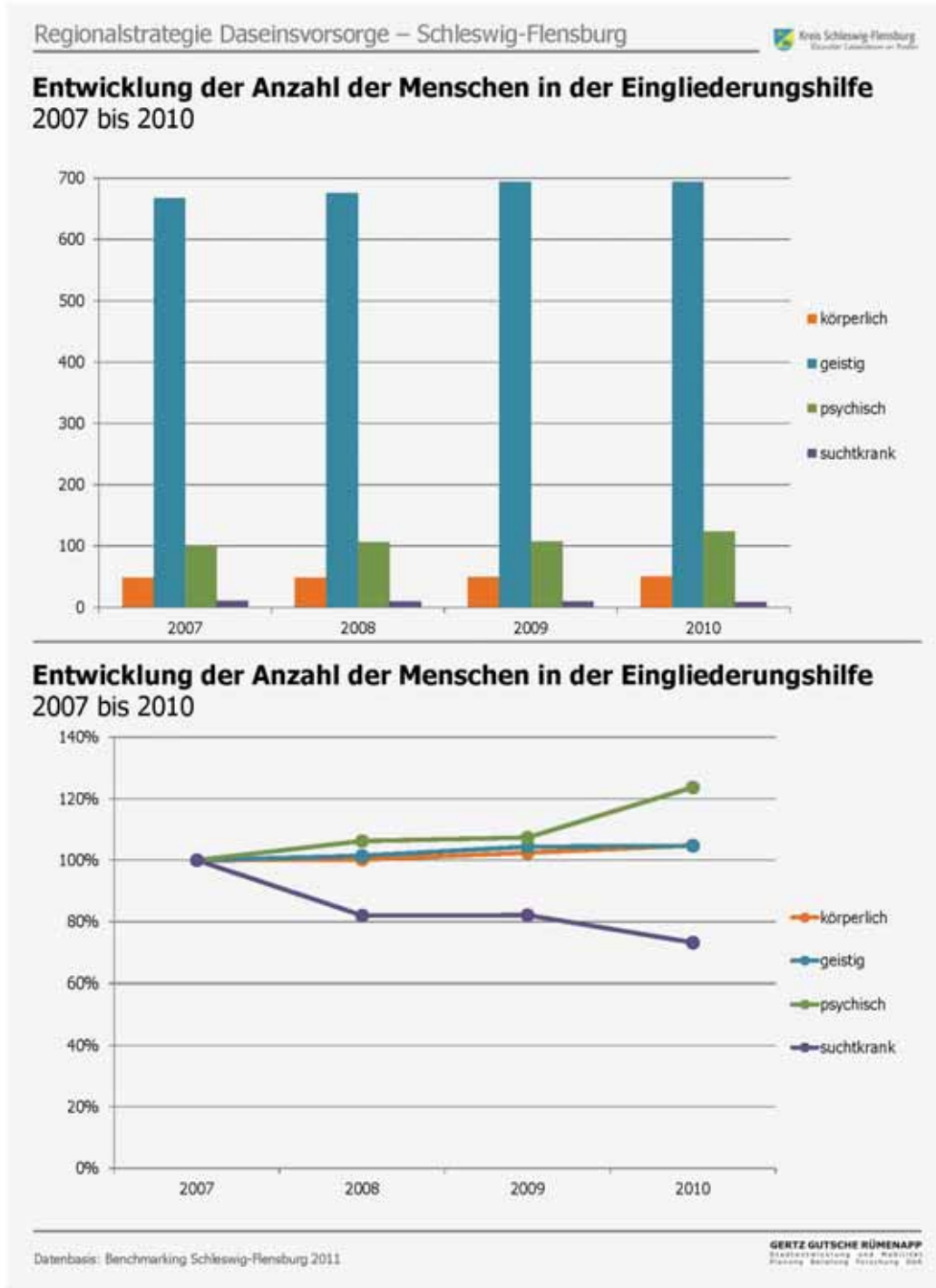


Abbildung 10 Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe im Kreis Schleswig-Flensburg (2007 bis 2010), gesamt (oben), indiziert (unten)

Insbesondere für den Bereich „psychischen Behinderung“ wurde eine deutliche Zunahme von etwas mehr als 20% in den Jahren 2007 bis 2010 konstatiert. Dies wurde in der Arbeitsgruppe zum Anlass genommen, sich in einer Sitzung gesondert mit den Ursachen und einzelnen Ausprägungen der Erkrankung auseinanderzusetzen. Zu diesem Zweck wurden bundesweite Studien und Untersuchungen zusammengetragen und ausgewertet und sollen im folgenden Abschnitt kurz vorgestellt werden.

Fokus: Menschen mit einer psychischen Behinderung

Allen hierfür hinzugezogenen Studien ist als Ergebnis gemein, dass die Zahl der Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den letzten Jahren bundesweit signifikant gestiegen ist. Dies kann auf mehrere Ursachen zurückzuführen sein, u.a.:

- Zunehmende psychische Belastung z.B. am Arbeitsplatz
- Zunehmende Jobunsicherheit und nicht kontinuierliche Beschäftigungsverhältnisse
- Höhere Flexibilitätsanforderungen v.a. für Frauen (Vereinbarkeit von Familie und Beruf)
- Gestiegene Sensibilität im Umgang mit psychischen Erkrankungen.

Insbesondere der letzte Punkt darf hinsichtlich seiner Bedeutung für den Anstieg der Anzahl der Menschen mit einer psychischen Behinderung nicht unterschätzt werden. Hinzu kommt, dass sich die medizinische Ausbildung in dem Bereich in den letzten Jahren erheblich verbessert hat, sodass Diagnosen eindeutiger ausfallen und Rehabilitationsmaßnahmen gezielter angewendet werden können.

In der Arbeitsgruppe wurde diskutiert, ob psychische Erkrankungen ein eher männliches oder weibliches Phänomen sind. Laut der Statistik der Deutschen Rentenversicherung zur Rehabilitation 2011⁹ sind 20% aller stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in Deutschland psychische Verhaltensstörungen:

- 24% davon sind auf psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (u.a. Alkohol),
- 41% auf affektive Störungen und
- 29% auf neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen

zurückzuführen. Die restlichen 6% entfallen auf sonstige psychische Verhaltensstörungen. Interessant dabei ist die Geschlechterverteilung der einzelnen diagnostizierten psychischen Verhaltensstörungen. Während die Diagnose „psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit 78% von Männern dominiert wird, sind „affektive Störungen“ und „neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ ein eher weibliches Phänomen. Werden diese Anteile auf die Definitionen der Eingliederungshilfe Schleswig-Flensburg übertragen, so würde dies bedeuten, dass Suchtkrankheit von den Männern, psychische Behinderungen von den Frauen dominiert würden.

Abbildung 11 zeigt eine bundesweite Auswertung der Barmer GEK zu den psychotherapeutischen Arztkontakten in Abhängigkeit des Alters. Es wird deutlich, dass im Schulalter vermehrt Jungs einen Psychotherapeuten aufsuchen, während es im erwerbsfähigen Alter vor allem Frauen sind.¹⁰

Dies ist in Anbetracht der geschlechtsspezifischen Auswertung von psychischen Behinderungen in der Eingliederungshilfe Schleswig-Flensburg zunächst gegensätzlich (Abbildung 12):

Für die Menschen mit einer psychischen Behinderung im Kreis Schleswig-Flensburg gilt, dass im erwerbsfähigen Alter nahezu in allen Altersklassen der Anteil der Männer, die Leistungen

⁹ Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2011. Band 189.

¹⁰ GEK (2008): GEK- Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008.

der Eingliederungshilfe für den Bereich psychische Behinderung erhalten (an den Männern der Altersklasse insgesamt) höher ist als dies bei den Frauen der Fall ist.

In der Arbeitsgruppe wurde daraufhin folgende These diskutiert und bestätigt: Für Frauen ist die Hemmschwelle, sich psychotherapeutische Unterstützung zu nehmen, geringer als bei Männern. Sie wenden so eine Aufnahme in die Eingliederungshilfe in vielen Fällen rechtzeitig ab. Für Männer ist die Hemmschwelle hingegen größer. Sie suchen erst dann einen Psychotherapeuten auf, wenn die Erkrankung bereits weit fortgeschritten ist, sodass der Weg in die Eingliederungshilfe nicht mehr weit ist.

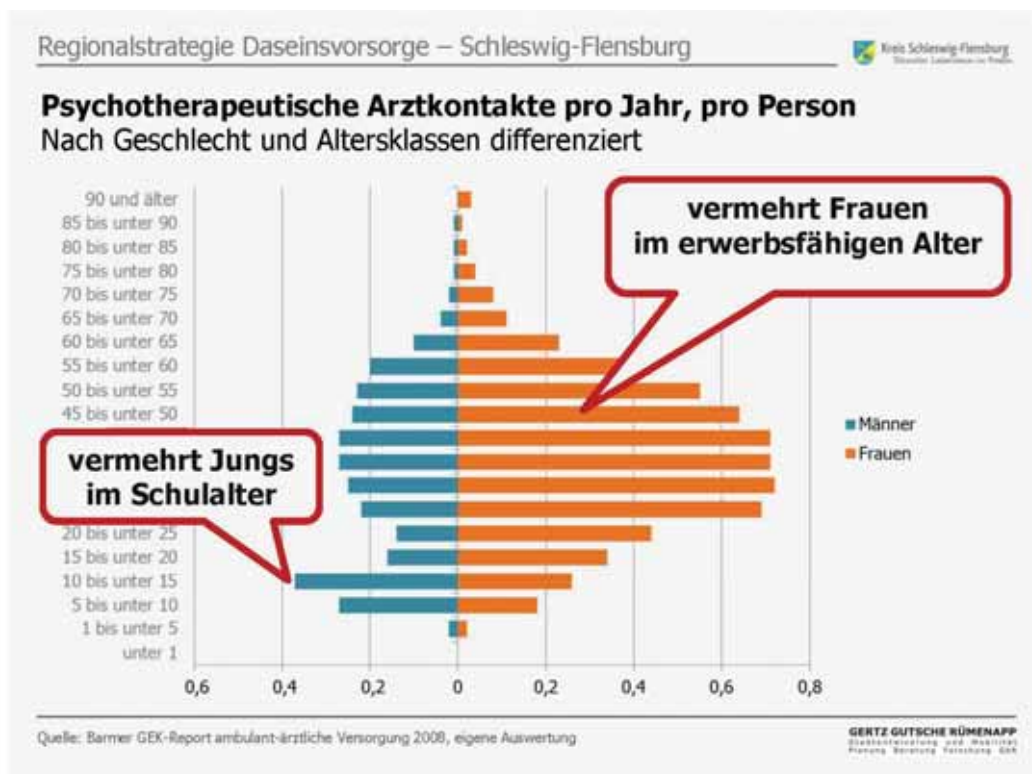


Abbildung 11 Anzahl der psychotherapeutischen Arztkontakte in Abhängigkeit des Alters (bundesweite Zahlen, Datenbasis Barmer GEK-Report 2008)

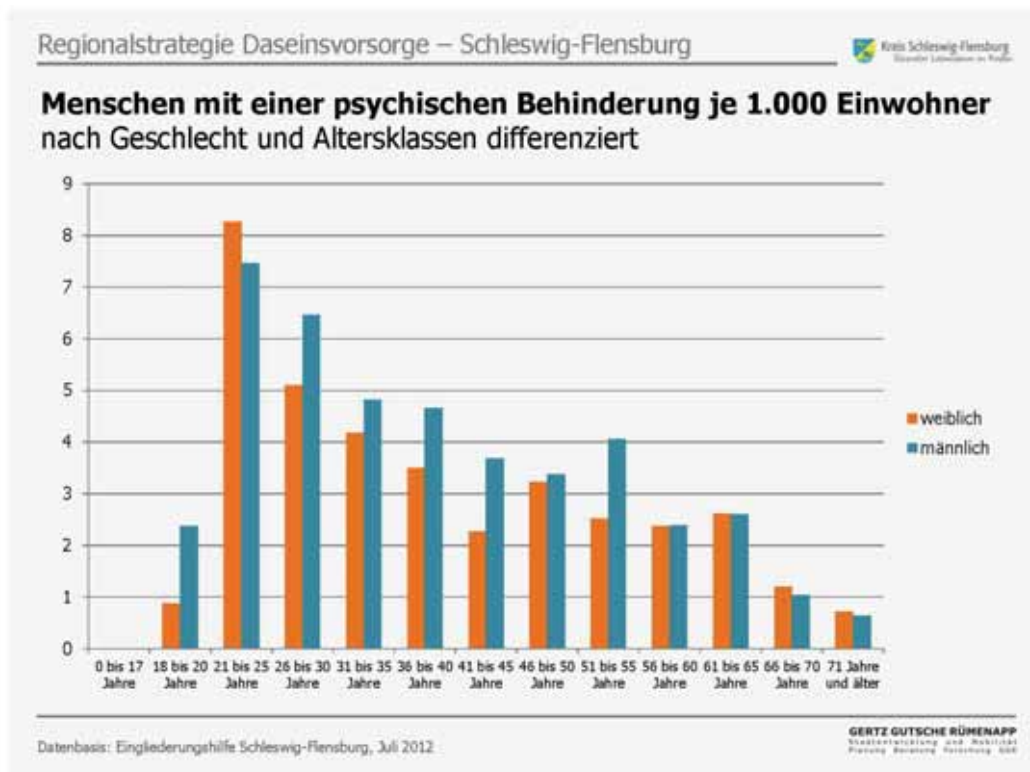


Abbildung 12 Geschlechtsspezifische Auswertung von psychischen Behinderungen in der Eingliederungshilfe Schleswig-Flensburg, 2012

3.3 Zukünftige Entwicklung

In Kapitel 3.1 wurde bereits auf die abweichenden Altersstrukturen, insbesondere in den älteren Jahrgängen hingewiesen, sodass sich die Zahl der zukünftigen Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe nicht (schwerpunktmäßig) über eine Quotenbildung aus der aktuellen Altersstruktur der Gesamtbevölkerung für den Kreis Schleswig-Flensburg ableiten lässt.

Im Rahmen des Projektes „Regionalstrategie Daseinsvorsorge Schleswig-Flensburg“ wurde daher über mehrere Schritte eine eigenständige Vorausschätzung für Menschen in der Eingliederungshilfe im Kreis Schleswig-Flensburg erarbeitet, die im Folgenden dargestellt ist.

Vorgehen und Annahmen

Ausgangspunkt für die Vorausschätzung war die aktuelle Altersstruktur der Menschen in der Eingliederungshilfe Schleswig-Flensburg. Um zukünftige Bevölkerungsentwicklungen zu modellieren, müssen Annahmen zu demographischen Faktoren getroffen werden:

- Geburten
- Sterbewahrscheinlichkeiten
- Wanderungen

Geburten

Da sich zu Beginn des Projektes darauf geeinigt wurde, aufgrund der Schwerpunktsetzung und des Komplexitätsgrades keine Aussagen über die zukünftige Zahl der Kinder und Jugendlichen in der Eingliederungshilfe zu treffen, konnte dieser Aspekt auch im Hinblick auf den Prognosehorizont für die Annahmen ausgeklammert werden.

Sterbewahrscheinlichkeiten

In der Arbeitsgruppe wurde angenommen, dass sich die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung und damit auch die Sterbewahrscheinlichkeit in Anbetracht neuester Ergebnisse zur Lebenserwartung von Menschen mit Down-Syndrom¹¹ in Zukunft nicht mehr wesentlich von Menschen ohne Behinderung unterscheiden werden. Ergo wurden für die Vorausschätzungen der Menschen mit Behinderung gleiche Sterbewahrscheinlichkeiten wie für die Gesamtbevölkerung zugrunde gelegt.¹²

Wanderungen

Für die Vorausschätzung wurde angenommen, dass die Wanderungsbereitschaft der Menschen in der Eingliederungshilfe aufgrund der Leistungsangebote und Ortsbindung sehr gering ausfällt. Demzufolge wurde Menschen mit Behinderung kein Wanderungsverhalten für die Modellierungen unterstellt.

weitere Annahmen

Neben diesen grundlegenden Annahmen zu den demographischen Faktoren hat die Arbeitsgruppe beschlossen, dass der Umstand, dass viele Erwachsene erst ab 21 Jahren Eingliederungshilfe erhalten (vorher ist die Jugendhilfe im Bereich der seelischen Behinderung zuständig), für die Vorausschätzung berücksichtigt werden muss.

Weiterhin wurde versucht, dem Aspekt der „angeborenen Behinderung“ und „der im Laufe des Lebens erworbenen Behinderung“ Rechnung zu tragen. In der Arbeitsgruppe wurde sich darauf geeinigt, dass die Behinderungsarten „körperlich“ und „geistig“ anders als seelische Erkrankungen noch am ehesten zu den angeborenen Behinderungen gezählt werden können. Seelische Behinderungen hingegen würden eher im Laufe des Lebens „erworben“ und sich ggf. wieder zurück entwickeln.

Methodisches Vorgehen

In das methodische Vorgehen übersetzt bedeutet das, dass für die Menschen mit einer körperlichen und geistigen Behinderung vor allem mit einer Fortschreibung der Ausgangspopulation unter Berücksichtigung der oben genannten Annahmen zu Geburten, Sterbewahrschein-

¹¹ Berlin-Institut (2009): Alt und behindert. nach Driller, Elke & Pfaff, Holger (2006): Soziodemografische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: Krueger, Fritz; Degen, Johannes (Hrsg.) Das Alter behinderter Menschen.

¹² <http://www.statistik-nord.de/daten/anzeige/lebenserwartung-in-hamburg-und-schleswig-holstein/>

lichkeiten und Wanderungen gearbeitet wurde. Für die Modellierung der zukünftigen Entwicklung im Bereich seelische Behinderung wurden hingegen auch die vergangenen Entwicklungen aus den Jahren 2007 bis 2010 hinzugezogen. Für die Menschen mit einer psychischen Behinderung lässt sich ein, wie in Kapitel 3.2 dargestellt, Wachstumstrend ableiten, der in eine Wachstumsquote übersetzt auf die kleinräumige Bevölkerungsprognose angewendet wurde. Für Menschen mit einer Suchterkrankung konnte, wie ebenfalls in Kapitel 3.2 bereits beschrieben, hingegen kein Trend festgestellt werden, sodass für diese Behinderungsart Quoten auf Basis der aktuellen Zahlen der Eingliederungshilfe und der Gesamtbevölkerung gebildet wurden. Diese konnten dann ebenfalls auf die kleinräumige Bevölkerungsprognose angewendet werden.

Im Rahmen der Arbeitsgruppe wurden drei Varianten, die verschiedene Kombinationen der oben genannten Annahmen berücksichtigen, diskutiert und plausibilisiert. Das Ziel dieser Variantenrechnung war es, mithilfe einer Korridorentwicklung die Bandbreite der zukünftigen Entwicklung der Fallzahlen der Menschen mit Behinderung abzubilden. Eine Vorausschätzung der Zahl der Menschen mit Behinderung ist allein aufgrund der unterschiedlichen Behinderungsarten sehr komplex und kann an dieser Stelle nicht umfassend alle Erkrankungs- und Genesungswahrscheinlichkeiten berücksichtigen. Ergo kann auch nicht von einer „richtigen“, sondern nur von einer plausiblen Vorausschätzung gesprochen werden. Im Detail haben wir uns mit folgenden Varianten beschäftigt:

- Variante 1 „einfache Fortschreibung“: Für alle Behinderungsarten wurden die aktuellen Zahlen aus der Eingliederungshilfe bis 2030 unter Berücksichtigung der Annahmen zu Geburten, Sterbewahrscheinlichkeiten und Wanderungen fortgeschrieben.
- Variante 2 „Tal und Peak“: Auf Basis der Variante 1 wurden auf Wunsch der Arbeitsgruppe die charakteristischen Ausschläge in den jüngeren Altersjahren (zwischen 18 und 21 Jahren) aufgrund von Zuständigkeitswechsel in der Eingliederungshilfe zusätzlich berücksichtigt.
- Variante 3 „Quote“ (nur psychisch und suchtkrank): Für die Variante 3 wurden die Entwicklungen der Fallzahlen psychischer Behinderung und Suchtkrankheit in den letzten Jahren berücksichtigt. Da in der Variante für die psychischen Behinderungen methodisch anders vorgegangen wurde als für die Suchtkranken, wurde hier noch mal zwischen Variante 3a und 3b differenziert. Variante 3a beschreibt die Vorausschätzung für die Fallzahlen der psychischen Behinderung, Variante 3b für die der Suchtkrankheit.

Ergebnisse und Vorstellung der Vorzugsvariante

Für die Arbeitsgruppe wurde vor dem Hintergrund der berücksichtigten Annahmen die Kombination

- aus der Variante 2 „Tal und Peak“ (nur für den Bereich körperlich und geistig) und
- der Variante 3 a+b „Quote“ (nur für den Bereich psychisch und suchtkrank)

als plausibel eingestuft (Abbildung 13). Diese wird im Folgenden als „Vorzugsvariante“ bezeichnet, deren Ergebnisse an dieser Stelle näher beschrieben werden:

Nach dem Ergebnis der Vorausschätzung ist von einem Anstieg der Menschen in der Eingliederungshilfe von heute 1.610 Personen auf rund 2.300 Menschen im Jahr 2030 auszugehen. Dies entspricht einem Anstieg um ungefähr 700 Personen und damit einem Zuwachs um ca. 40%.

Bei einer altersklassendifferenzierten Betrachtung wird jedoch deutlich, dass sich der Anstieg nicht in allen Altersklassen gleich vollzieht:

- Für die Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahre lässt sich ein Zuwachs von 30% (Fallzahl 2030: 1.950) konstatieren.
- Bei den über 65-Jährigen könnte der Zuwachs sogar rund 300% betragen. (Fallzahl 2030: 400 Personen) (Abbildung 14)

Die prognostizierte Anzahl der über 65-Jährigen muss jedoch unter Vorbehalt interpretiert werden. Unklar ist, wie groß der Anteil derjenigen sein wird, der in die Pflege wechselt, weil Eingliederung nicht mehr im Vordergrund steht.

Werden die Ergebnisse der Vorzugsvariante mit Ergebnissen anderer Studien – hier mit einem Bericht des Berlin-Instituts (2009)¹³ - verglichen, so zeigt sich eine Übereinstimmung insbesondere bei der Entwicklung in den höheren Altersklassen.

Bei einer Differenzierung nach Behinderungsarten (Abbildung 13) wird vor allem ein Anstieg der Anzahl der Personen mit einer psychischen Behinderung von heute 479 auf rund 920 Personen im Jahr 2030 deutlich. Dies entspricht einem Zuwachs von rund 90%. Hingegen wird für die Suchtkranken bis 2030 von einem Rückgang um etwa 10% ausgegangen. Hintergrund dieser Entwicklung ist die prognostizierte Schrumpfung der für diese Krankheit relevanten Altersklassen in der Gesamtbevölkerung Schleswig-Flensburgs. Für die Menschen mit einer geistigen Behinderung wird auf Grundlage der Vorzugsvariante mit einer Zunahme von 25% gerechnet. In absolute Zahlen übersetzt, bedeutet dies ein Anstieg von 917 heute auf über 1.150 im Jahr 2030.

¹³ Berlin-Institut (2009): Alt und behindert.

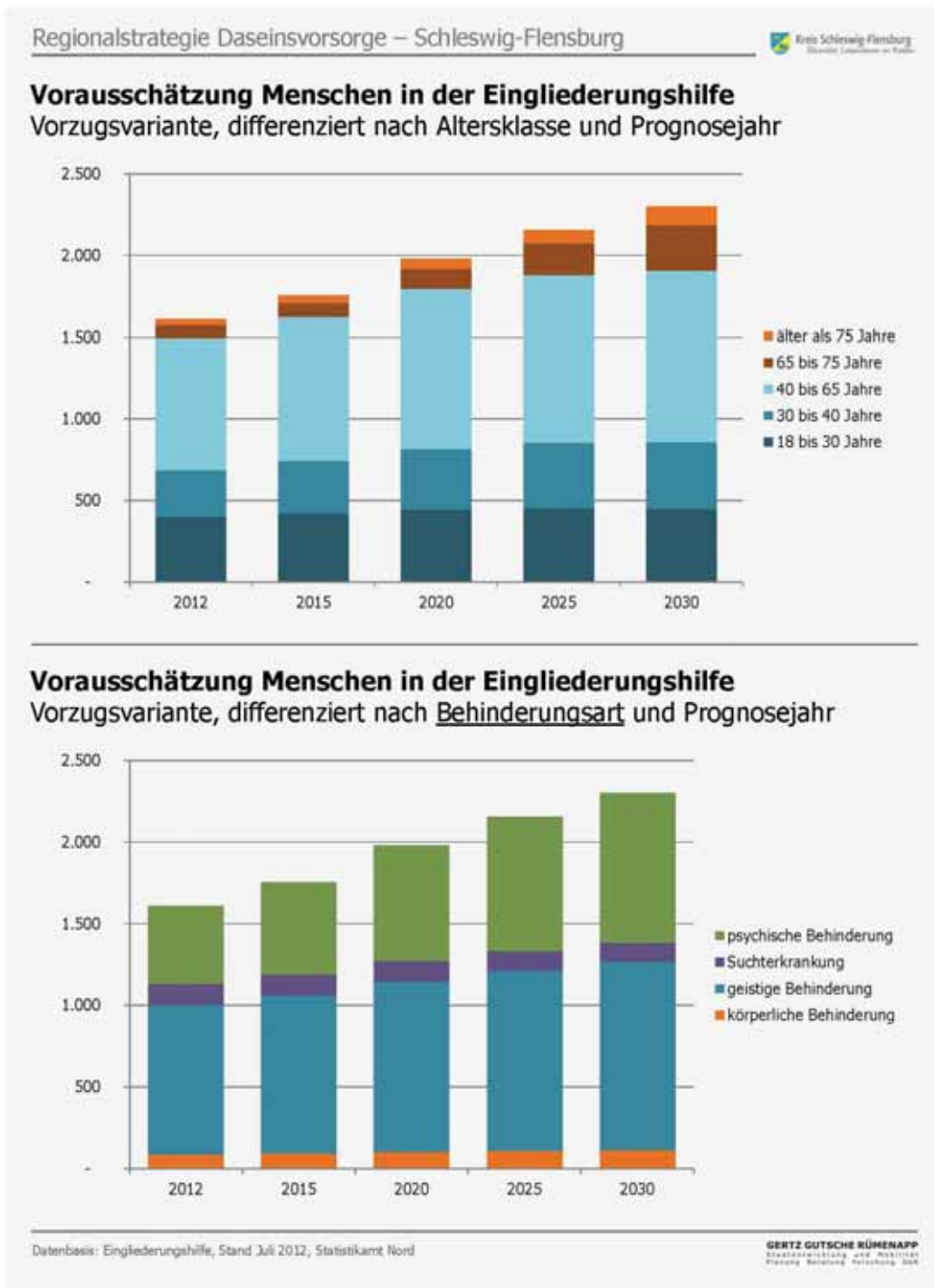


Abbildung 13 Ergebnis der Variante 2 und 3 (Vorzugsvariante der Arbeitsgruppe), Altersklassendifferenzierung (oben), Differenzierung nach Behinderungsart (unten)

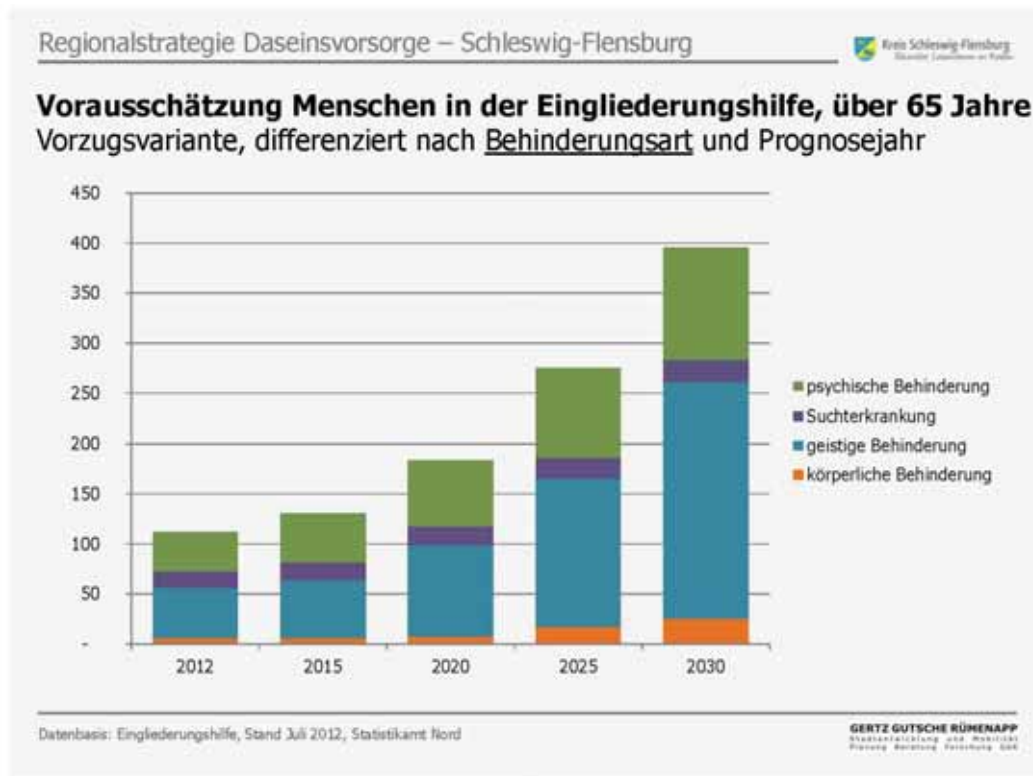


Abbildung 14 Ergebnis der Variante 2 und 3 a+b (Vorzugsvariante der Arbeitsgruppe), Differenzierung nach Behinderungsart (über 65-Jährige)

Fokus: Werkstätten für behinderte Menschen

In gleicher Weise wie für die Gesamtzahl der Menschen in der Eingliederungshilfe wurden auch speziell für den Bereich der WfbM die künftig zu erwartende Anzahl der Menschen ermittelt. Derzeit sind 906 Personen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren in einer WfbM beschäftigt, die in der Zuständigkeit des Kreises Schleswig-Flensburg liegen. In Zukunft ist als Ergebnis der Variantenkombination aus Variante 2 und 3 a+b für 2030 von einem Zuwachs der Werkstätten-Leistungsberechtigten um 30% auszugehen (Fallzahl 2030: 1.170) (Abbildung 15). Dies ist vor allem auf einen prognostizierten Anstieg der Menschen mit einer geistigen und psychischen Behinderung zurückzuführen. Für die über 65-Jährigen, die aus der WfbM ausscheiden, wird die Situation folgendermaßen aussehen: Bis 2030 wird die Altersgrenze nach den Modellierungen von insgesamt 170 Leistungsberechtigten überschritten – eine Zahl, die auch Auswirkungen auf Betreuungsangebote für diese Altersgruppe und die Wohnsituation haben wird (Abbildung 16).

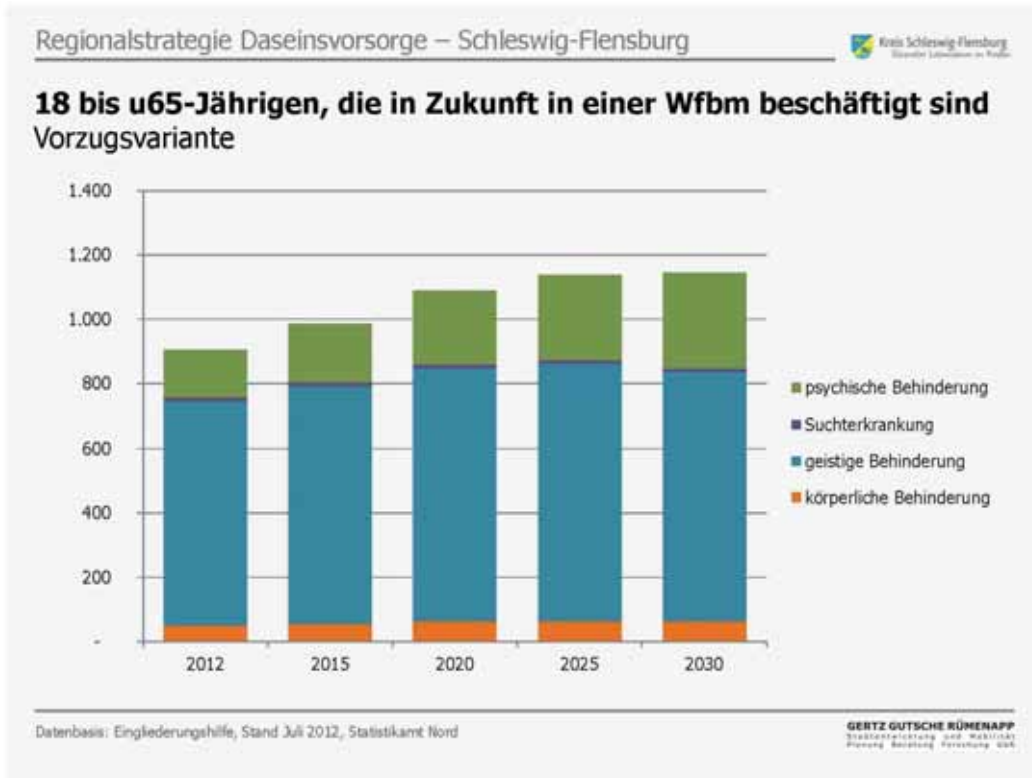


Abbildung 15 Ergebnis der Variante 2 und 3 (Vorzugsvariante der Arbeitsgruppe), Differenzierung nach Behinderungsart (18 bis unter 65-Jährige), WfbM

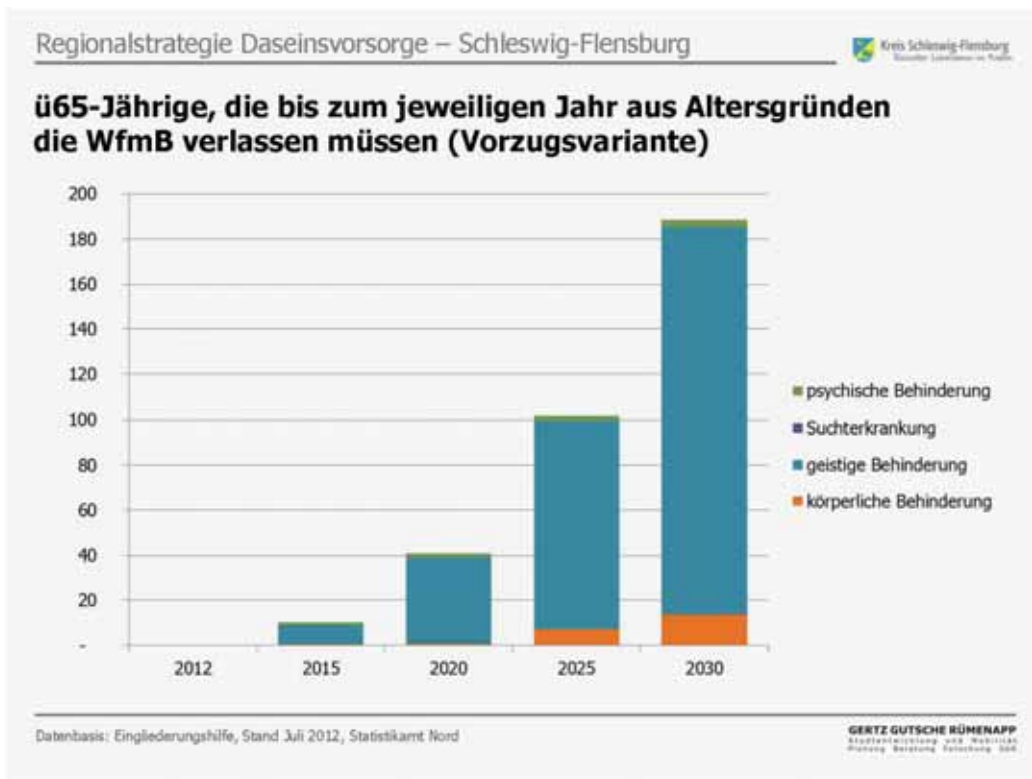


Abbildung 16 Ergebnis der Variante 2 und 3 (Vorzugsvariante der Arbeitsgruppe), Differenzierung nach Behinderungsart (über 65-Jährige), WfbM

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Auf Basis der Bevölkerungsmodellierung der Menschen mit Behinderung kann insgesamt von einem künftigen Anstieg der Zahl der Menschen in der Eingliederungshilfe ausgegangen werden. Dabei wird auch vor dem Hintergrund regionaler und bundesweiter Entwicklungen vor allem mit einem deutlichen Zuwachs der Menschen mit einer psychischen Behinderung gerechnet (mehr als 90%). Bei einer altersdifferenzierten Betrachtung wird deutlich, dass die Altersklasse der über 65-Jährigen voraussichtlich einen besonders starken Zuwachs erfahren wird. Hintergrund ist der Umstand, dass es diese Altersklasse aufgrund des Euthanasieprogrammes im Nationalsozialismus vorher schlichtweg nicht gab und jetzt erstmals Menschen mit Behinderung diese Altersstufe erreichen.

Entsprechend viele Menschen mit Behinderung, die das 65. Lebensjahr erreichen, müssen laut Modellierung die WfbM in Zukunft verlassen. Damit fällt bis 2030 für über 180 Menschen mit Behinderung eine wichtige Tagesstruktur weg. Aber auch für die Wohnsituation kann diese Entwicklung Auswirkungen haben, da viele der Werkstättenbeschäftigten in an die Werkstätten angeschlossenen vollstationären Wohneinrichtungen leben.

4 Vergleich der Angebotsstrukturen mit den identifizierten Bedarfen

4.1 Status Quo

Grundsätzlich liegt die Anzahl von Plätzen sowohl für Menschen mit einer körperlichen/geistigen Behinderung als auch mit einer seelischen Behinderung im Kreisgebiet deutlich über der Anzahl der Leistungsberechtigten (Abbildung 17). Wie in Kapitel 2.1 bereits erörtert, hat dieser Umstand mit der hohen Fremdbelegung zu tun. Die Gegenüberstellung von Angebot und Bedarf muss allerdings insofern unter Vorbehalt interpretiert werden, als dass bei den Zahlen zu den Plätzen keine ambulanten Betreuungszahlen enthalten sind, bei den Zahlen zu den Leistungsberechtigten ambulante Fälle nicht herausgenommen werden konnten. In Anbetracht dessen müsste die Differenz sogar noch größer ausfallen.

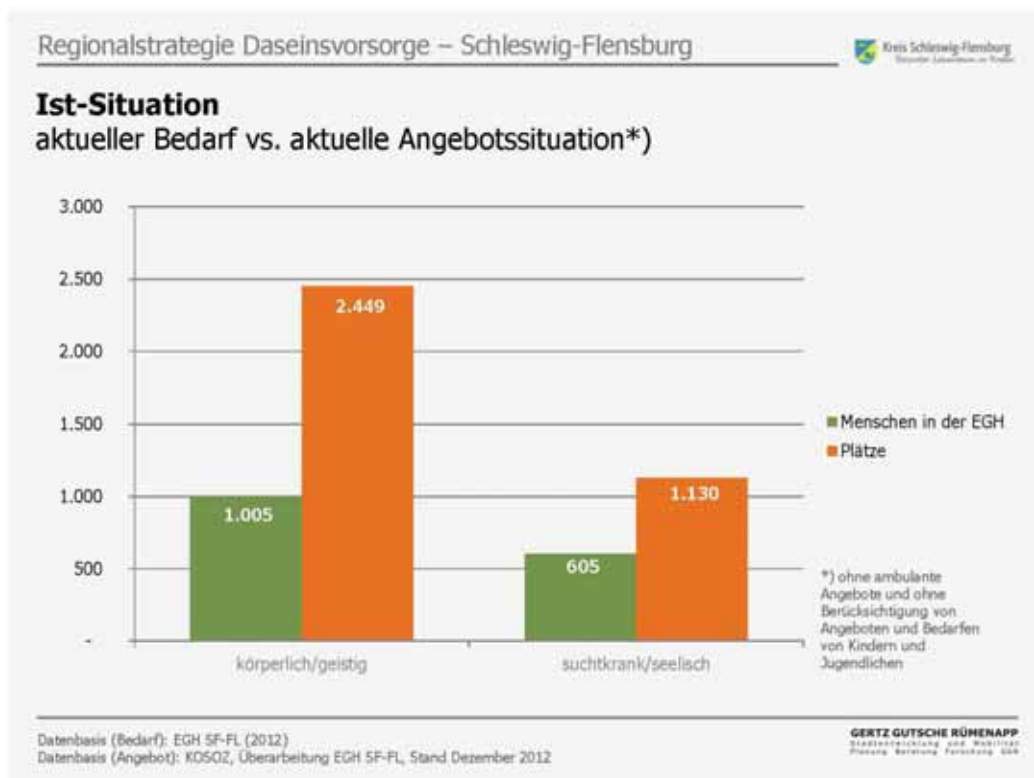


Abbildung 17 Gegenüberstellung der derzeitigen Angebots- und Nachfragesituation im Kreis Schleswig-Flensburg

Exkurs: Einrichtungen der Jugendhilfe

Da sich zu Beginn der UAG „Menschen mit Behinderung“ darauf geeinigt wurde, Angebote und Bedarfe der Kinder und Jugendlichen für die weiteren Analysen, insbesondere die Abschätzung der zukünftigen Entwicklung, aufgrund der Schwerpunktsetzung nicht zu berücksichtigen, werden einzelne Ergebnisse, die im Rahmen der Arbeitsgruppe präsentiert wurden, hier als Exkurs angeführt.

Bei den Einrichtungen der §35a-Kinder, -Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeichnet sich hinsichtlich des Umfangs der Angebotsstruktur ein ähnliches Bild ab wie bei den Erwachsenen (Abbildung 18). Insgesamt gibt es nach Angaben der Jugendhilfe derzeit 177 stationäre Einrichtungen (Heime, Wohngruppen und Erziehungsfamilien) mit über 1.100 Plätzen. Damit

steht der Kreis Schleswig-Flensburg erneut an der Spitze im Landesvergleich. Demgegenüber gibt es derzeit laut Jugendhilfe jedoch lediglich 19 §35a-Fälle und 180 §34-Fälle, die in der Zuständigkeit des Kreises Schleswig-Flensburg liegen. Daraus lässt sich auch im Jugendbereich der Eingliederungshilfe eine hohe Fremdbelegungsquote ableiten, die aus den Diskussionen der Arbeitsgruppe Handlungserfordernisse nach sich zieht.

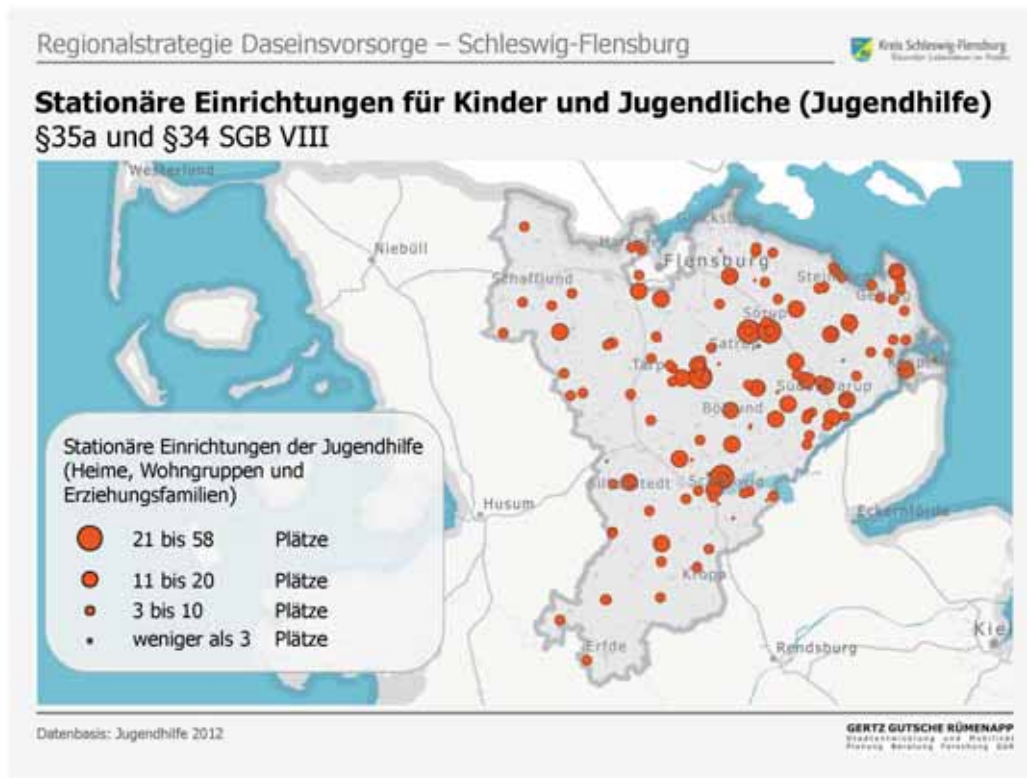


Abbildung 18 Räumliche Verteilung der stationären Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der Eingliederungshilfe

4.2 Reichen die derzeitigen Angebote aus, um die zukünftigen Bedarfe zu decken?

Eines der Hauptziele des vorliegenden Berichtes ist es, Aussagen zur zukünftigen Entwicklung ableiten zu können. Abbildung 19 zeigt für die einzelnen Prognosejahre die nach den einzelnen Vorausschätzungsvarianten modellierten Bedarfssituationen gegenüber den aktuellen Platzangeboten. Auch hier muss, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, berücksichtigt werden, dass die Platzzahl sich nur auf die teil- und vollstationären Angebote bezieht, die künftigen Bedarfe jedoch für alle Leistungsberechtigten ermittelt wurden.

Als Ergebnis lässt sich feststellen, dass selbst bei deutlich ansteigenden Fallzahlen wie mit der Vorzugsvariante 2 (für körperliche und geistige Behinderung) und 3 a+b (für die seelischen Behinderungen) abgebildet, die Anzahl der stationären Plätze für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen auch zukünftig die Anzahl der Kreisbewohner mit entsprechenden Bedarfen übersteigt. Nach den Ergebnissen der Vorausschätzung könnte sich der Bedarf nach stationären Betreuungsangeboten für Menschen mit einer seelischen Behinderung dem bestehenden Angebotsumfang annähern (vgl. Abbildung 19). Dass in Zukunft keine Engpässe, wie in diesen Grafiken dargestellt, entstehen, setzt allerdings voraus, dass jeder betroffene Kreisbewohner auch einen der theoretisch verfügbaren Plätze erhält, wenn er

in die notwendige Situation kommt. Insofern stellt dieses Ergebnis lediglich ein Idealszenario dar, welches die Fremdbelegung im Kreisgebiet nicht berücksichtigt.

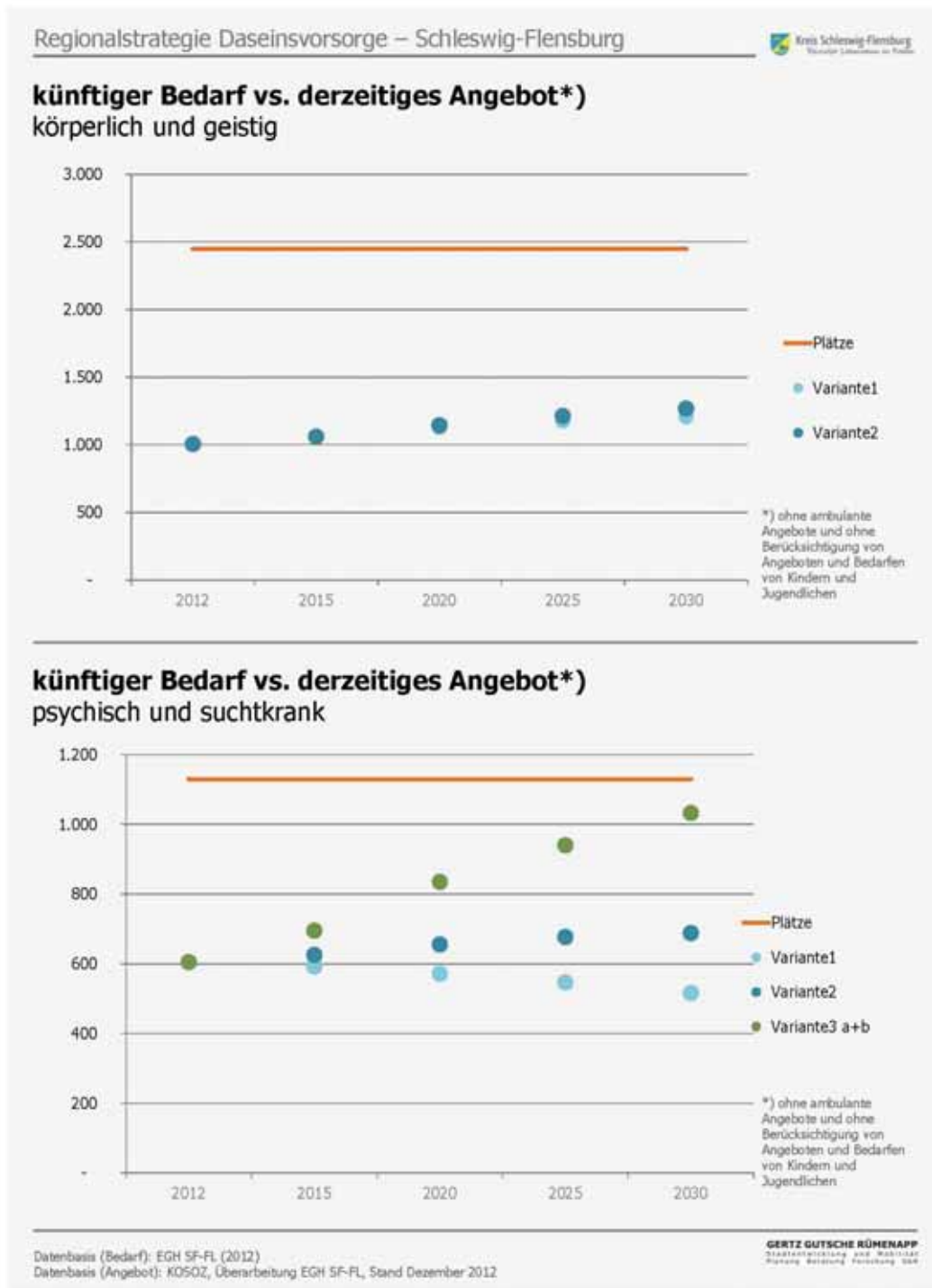


Abbildung 19 Gegenüberstellung von zukünftigem Bedarf und aktuellem Angebot unter Berücksichtigung der verschiedenen Vorausschätzungsvarianten, körperliche und geistige Behinderung (oben), psychische Behinderung und Suchtkrankheit (unten)

Bei der Interpretation der Daten muss zusätzlich auf zwei Aspekte hingewiesen werden.

- Zum einen schränkt die geringe Fallzahl, insbesondere im Bereich der Suchtkranken, die Möglichkeit einer verlässlichen Vorausschätzung stark ein.
- Zum anderen muss bei einem Vergleich von Angebot und Bedarf beachtet werden, dass dieser lediglich in der Gesamtsumme und nicht auf räumlicher Ebene erfolgen kann. Mit anderen Worten kann anhand der Ergebnisse keine Aussage darüber getroffen werden, inwiefern die Plätze auch dort sind, wo sie wirklich benötigt werden.

Fokus: Werkstätten für behinderte Menschen

Im Bereich der WfbM ergibt eine Gegenüberstellung der derzeitigen Platzzahl und zukünftigen Bedarfe auch keine Engpässe, wenngleich durchaus mit der Vorzugsvariante an der Platzzahl „gekratzt“ wird (Abbildung 20). Auch in dieser Ergebnisdarstellung muss darauf hingewiesen werden, dass eine Fremdbelegung nicht mit berücksichtigt wurde. Für die Modellierung wurde davon ausgegangen, dass jeder Leistungsberechtigte in der Zuständigkeit des Kreises Schleswig-Flensburg heute und in Zukunft einen der im Kreisgebiet angebotenen Plätze bekommt, wenn er ihn benötigt.

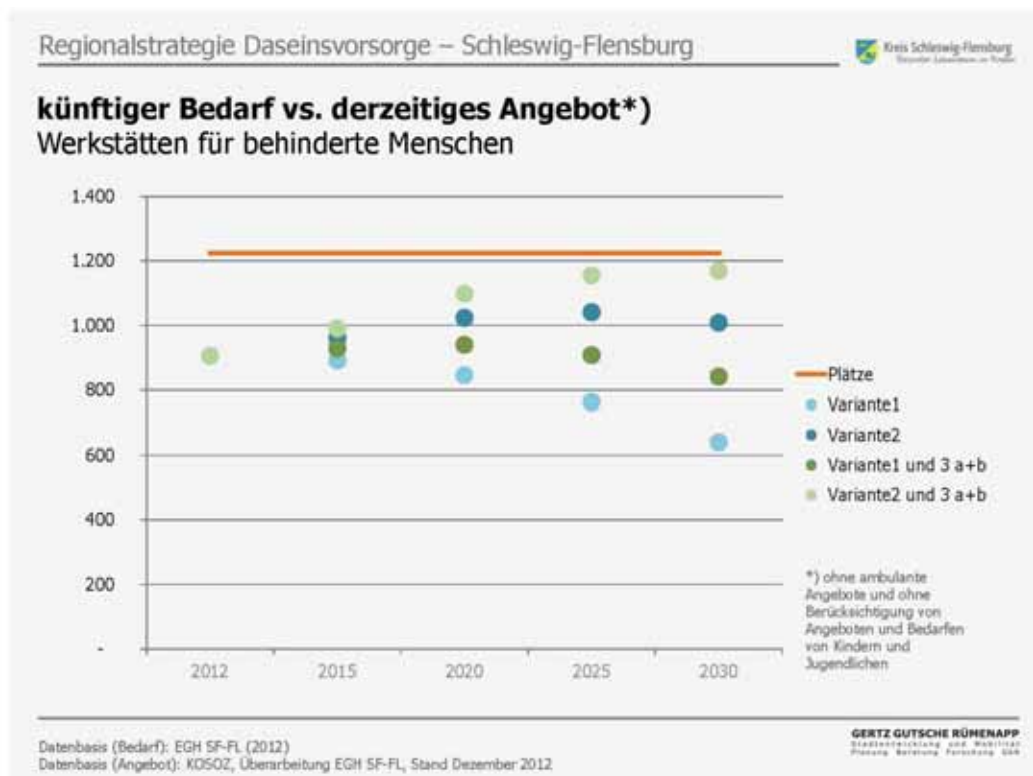


Abbildung 20 Gegenüberstellung von zukünftigem Bedarf und aktuellem Angebot unter Berücksichtigung der verschiedenen Vorausschätzungsvarianten, WfbM

4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Als Ergebnis einer Gegenüberstellung von künftigem Bedarf und derzeitiger Platzsituation lassen sich mehrere Aspekte festhalten:

- Wird die derzeitige Platzsituation den ermittelten künftigen Bedarfen gegenüber gestellt, so zeigt sich für alle Einrichtungen zunächst kein Handlungsbedarf im Hinblick auf den Ausbau der Betreuungskapazitäten.
- Diese Berechnungen erfolgten jedoch ohne Berücksichtigung der Fremdbelegung, die im Kreis Schleswig-Flensburg vergleichsweise hoch ist.
- Bei einer steigenden Anzahl von Menschen mit Bedarf nach stationären Betreuungsleistungen könnte eine anhaltend hohe Fremdbelegung dazu führen, dass es für Bewohner des Kreises Schleswig-Flensburg schwieriger wird, einen Betreuungsplatz zu bekommen.

Vor diesem Hintergrund wäre eine Koordination bzw. Organisation der Platzstruktur in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe, um betroffenen Kreisbewohnern Plätze sicher zur Verfügung stellen zu können, erforderlich.

5 Wohnwünsche von Menschen mit Behinderung als inhaltliche Klammer der AG 1

Wie im einleitenden Kapitel beschrieben, wurde in enger Zusammenarbeit mit der UAG „Senioren“ das Thema Wohnwünsche von älteren Menschen und Menschen mit Behinderung bearbeitet. Ziel der Bearbeitung war das Herausstellen von Teilräumen im Kreisgebiet, die den Wohnwünschen von älteren Menschen und Menschen mit Behinderung am ehesten entsprechen.

Der Fokus lag dabei weniger auf wohnungsbezogenen Aspekten (vor allem in Bezug auf die bauliche Ausstattung), sondern eher auf dem örtlichen Kontext, also den Anforderungen älterer und Menschen mit Behinderung an den Wohnstandort und insbesondere dessen Ausstattungsqualitäten.

5.1 Wie wollen Menschen mit Behinderung leben?

Zunächst galt es jedoch zu klären, inwiefern sich die Wohnwünsche älterer Menschen und Menschen mit Behinderung unterscheiden bzw. ähneln. Hierzu wurden entsprechende Studien und Erhebungen ausgewertet und verglichen.

Abbildung 21 zeigt eine Zusammenstellung der während einer Veranstaltung der Mürwiker Werkstätten genannten Wohnwünsche von Menschen mit Behinderung. Den Werkstättenbeschäftigten wurde die Frage gestellt: „Wie wollen wir wohnen?“. Viele der Befragten, wenngleich hier nicht von einer repräsentativen Stichprobe gesprochen werden kann, haben den Wunsch geäußert, schon heute so gut es geht eigenständig zu leben und genauso auch im gewohnten Wohnumfeld älter zu werden. In diesem Zusammenhang steht auch der mehrmals genannte Wunsch, die Zugänglichkeit zu bestimmten Versorgungsinfrastrukturen wie Supermärkte oder allgemeinen Geschäfte zu haben – ob zu Fuß oder mit dem ÖPNV. Das eigenständige Versorgen steht als Ergebnis der Befragung also ganz oben auf der Wunschliste.



Abbildung 21 Auswertung einer Befragung zu den Wohnwünschen von Menschen mit Behinderung im Rahmen einer Veranstaltung der Mürwiker Werkstätten vom 09.09.2009

Bei einem Vergleich mit anderen Ergebnissen zu Wohnwünschen älterer Menschen zeigt sich, dass sich diese Wohnwünsche nicht von denen älterer Menschen unterscheiden (Abbildung 22).



Abbildung 22 Ergebnisse der tns-ernid-Studie 2011 „Wohnwünsche im Alter“: Wichtige Dinge für ein selbständiges Leben im Alter

Neben der Zugänglichkeit zu Versorgungseinrichtungen wünschen sich die vom 09.09.2009 befragten Menschen mit Behinderung fürs Älterwerden Trainingsangebote im Bereich Betreutes Wohnen. Dieser Aspekt wurde auch in der Unter-Arbeitsgruppe als ein wesentlicher Anknüpfungspunkt für die Ausformulierung der Handlungsempfehlungen gesehen und als solcher darin berücksichtigt.

5.2 Messung der Versorgungssituation auf Ebene der Städte und Gemeinden des Kreises Schleswig-Flensburg

In einem weiteren Untersuchungsschritt sollten nun anhand der identifizierten Standortanforderungen die Standorte im Kreisgebiet zusammengetragen werden, die vergleichsweise günstige Ausgangsbedingungen für ein selbständiges Leben im Alter bzw. mit Behinderung bieten.

Hierzu hat die UAG „Senioren“ im Rahmen mehrerer Arbeitsgruppensitzungen einen methodischen Ansatz diskutiert, der für die UAG „Menschen mit Behinderung“ so übernommen wurde und im Folgenden vorgestellt werden soll.

Räumliche Verteilung von Versorgungseinrichtungen

Nach Auffassung der Arbeitsgruppe sollten in diese „Standortbewertung“ folgende Merkmale einbezogen werden:

- Räumliche Nähe zu allgemeinmedizinischer/hausärztlicher Versorgung,
- Räumliche Nähe zu einer Apotheke,
- Räumliche Nähe zu Standorten ambulanter Betreuungsdienste¹⁴,
- Räumliche Nähe zu Einrichtungen zur Nahversorgung (vor allem Lebensmitteleinkauf) sowie
- Angebotsqualität des ÖPNV (Menge der werktäglichen Abfahrten)

Abbildung der Standortstrukturen

Um die räumliche Nähe zu den ausgewählten Dienstleistungs- und Versorgungsangeboten von jedem denkbaren Wohnort im Kreisgebiet ermitteln zu können, bedurfte es in einem ersten Arbeitsschritt der Abbildung der bestehenden Standortstrukturen (Verteilung von Einrichtungen und Standorten im Kreisgebiet bzw. in den Randbereichen der benachbarten Kreise):

- Für die Verortung von Hausarztpraxen wurde die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Ärztekammer Schleswig-Holstein genutzt (www.arztindex.de).
- Die Standorte von Apotheken wurden durch eine Branchensuche auf verschiedenen Portalen im Internet recherchiert.
- Die Standorte ambulanter Betreuungsdienste der Eingliederungshilfe lagen durch die KOSOZ vor.
- Standorte des Lebensmitteleinzelhandels konnten ebenfalls aus bei der Kreisverwaltung vorliegenden Daten hergeleitet werden.

Datenstand der Rechercheergebnisse ist Dezember 2012.

Die Resultate der Standortrecherchen wurden jeweils durch Mitarbeiter der Kreisverwaltungen überprüft, plausibilisiert und z.T. korrigiert und ergänzt.

Methodisches Vorgehen zur Bildung eines zusammenfassenden Indikators

Standortstrukturen und Bildung von Erreichbarkeitskennwerten

Um nun kleinräumig differenzierte Aussagen zur Zugänglichkeit der ausgewählten Versorgungseinrichtungen treffen und in einen zusammenfassenden Indikator zur örtlichen Versorgungsqualität überführen zu können, wurden für die vier ausgewählten Infrastrukturbereiche Erreichbarkeitsanalysen durchgeführt.

Dafür wurden für rund 10.000 kleinräumige Siedlungsbereiche die Entfernung zum nächstgelegenen Standort über das aktuelle Straßennetz ermittelt. Als Beispiel für dieses Vorgehen sind in Abbildung 29 alle Siedlungsbereiche des Kartenausschnittes nach der Entfernung der nächstgelegenen Hausarztpraxis eingefärbt.

¹⁴ In der UAG „Senioren“ wurde für die Berechnung an der Stelle ambulante Pflegedienste gewählt, die für die UAG „Menschen mit Behinderung“ durch ambulante Angebote der Eingliederungshilfe ausgetauscht wurde.

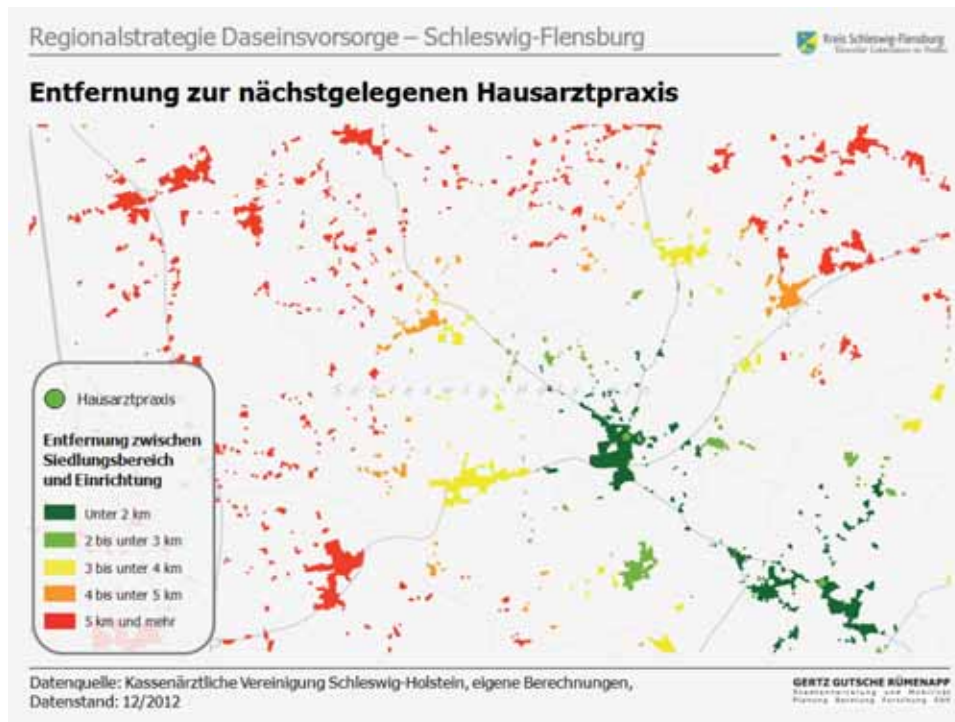


Abbildung 23 Beispiel hausärztliche Versorgung: Entfernung der nächstgelegenen Hausarztpraxis über das aktuelle Straßen- und Wegenetz.

Als Ergebnis dieses Arbeitsschrittes liegt für jeden der 10.000 Siedlungsbereiche ein Erreichbarkeitskennwert vor, der die Entfernung des nächstgelegenen Standortes beschreibt. Unter Nutzung der durch Schätzung der innergemeindlichen Bevölkerungsverteilung für jeden Siedlungsbereich vorliegenden Einwohnerzahl kann für jede Stadt und Gemeinde und jeden Versorgungsbereich ein einwohnergewichteter Erreichbarkeitswert ermittelt werden, der die durchschnittliche einwohnergewichtete Zugänglichkeit einer Versorgungseinrichtung kennzeichnet.

Die folgenden vier Kartenpaare zeigen jeweils

- im oberen Bereich die Standortstrukturen der ausgewählten Versorgungsbereiche sowie
- im unteren Bereich eine Einfärbung der Städte und Gemeinden des Untersuchungsgebietes hinsichtlich der einwohnergewichteten Erreichbarkeitskennwerte (vgl. Abbildung 24 bis Abbildung 27).

Da der Fokus der Arbeitsgruppenarbeit nicht auf einer differenzierten Analyse der räumlichen Muster oder der infrastrukturenspezifischen Identifizierung von „räumlichen Lücken“ lag, erfolgt an dieser Stelle keine weitere Beschreibung der einzelnen Karten.

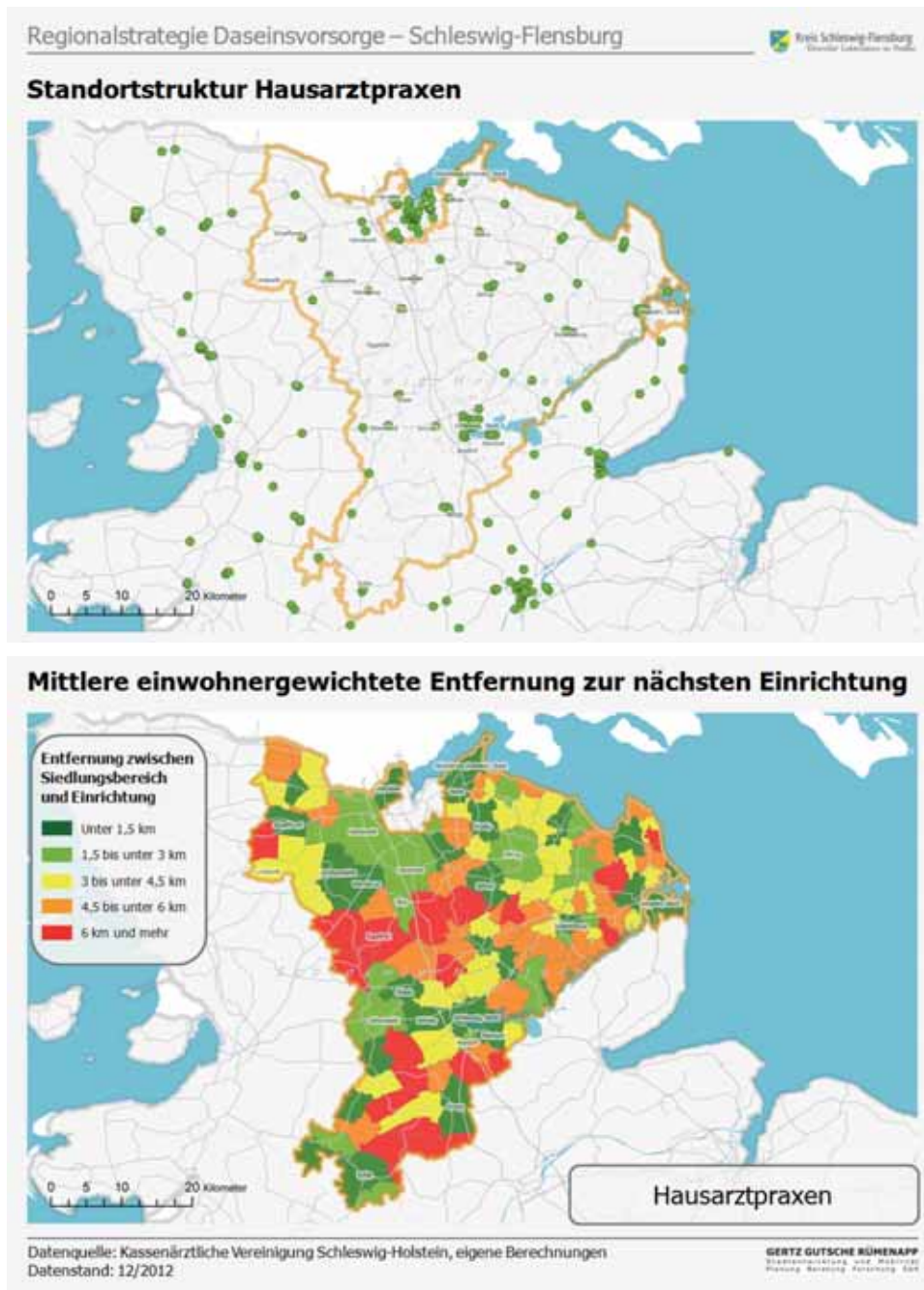


Abbildung 24 Hausarztpraxen: Räumliche Verteilung im Kreis Schleswig-Flensburg (inkl. Nebenstandorten) und in den angrenzenden Bereichen (oben) und mittlere einwohnergewichtete Entfernung zur nächstgelegenen Hausarztpraxis (unten)

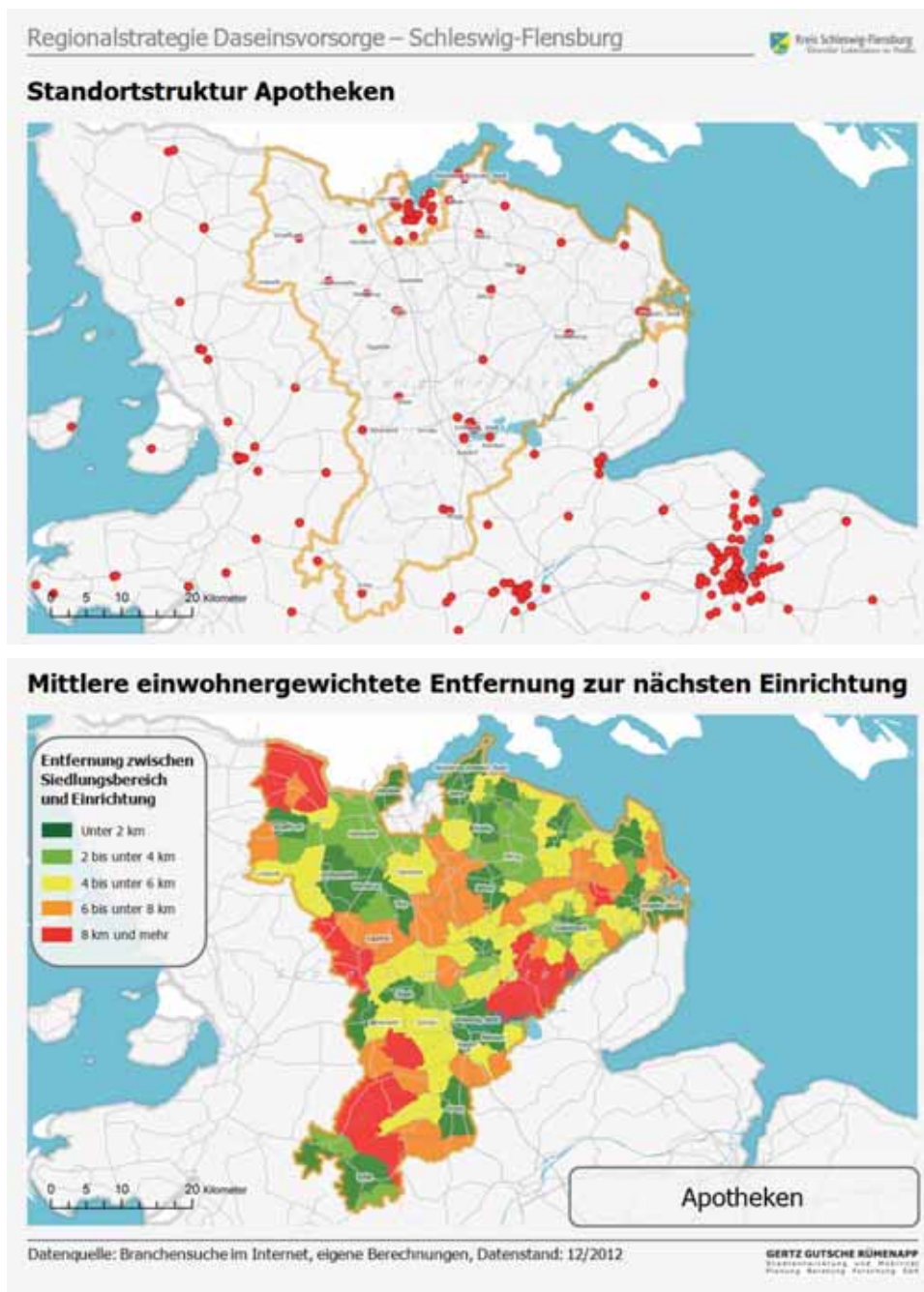


Abbildung 25 Apotheken: Räumliche Verteilung im Kreis Schleswig-Flensburg (inkl. Nebenstandorten) und in den angrenzenden Bereichen (oben) und mittlere einwohnergewichtete Entfernung zur nächstgelegenen Apotheke (unten)

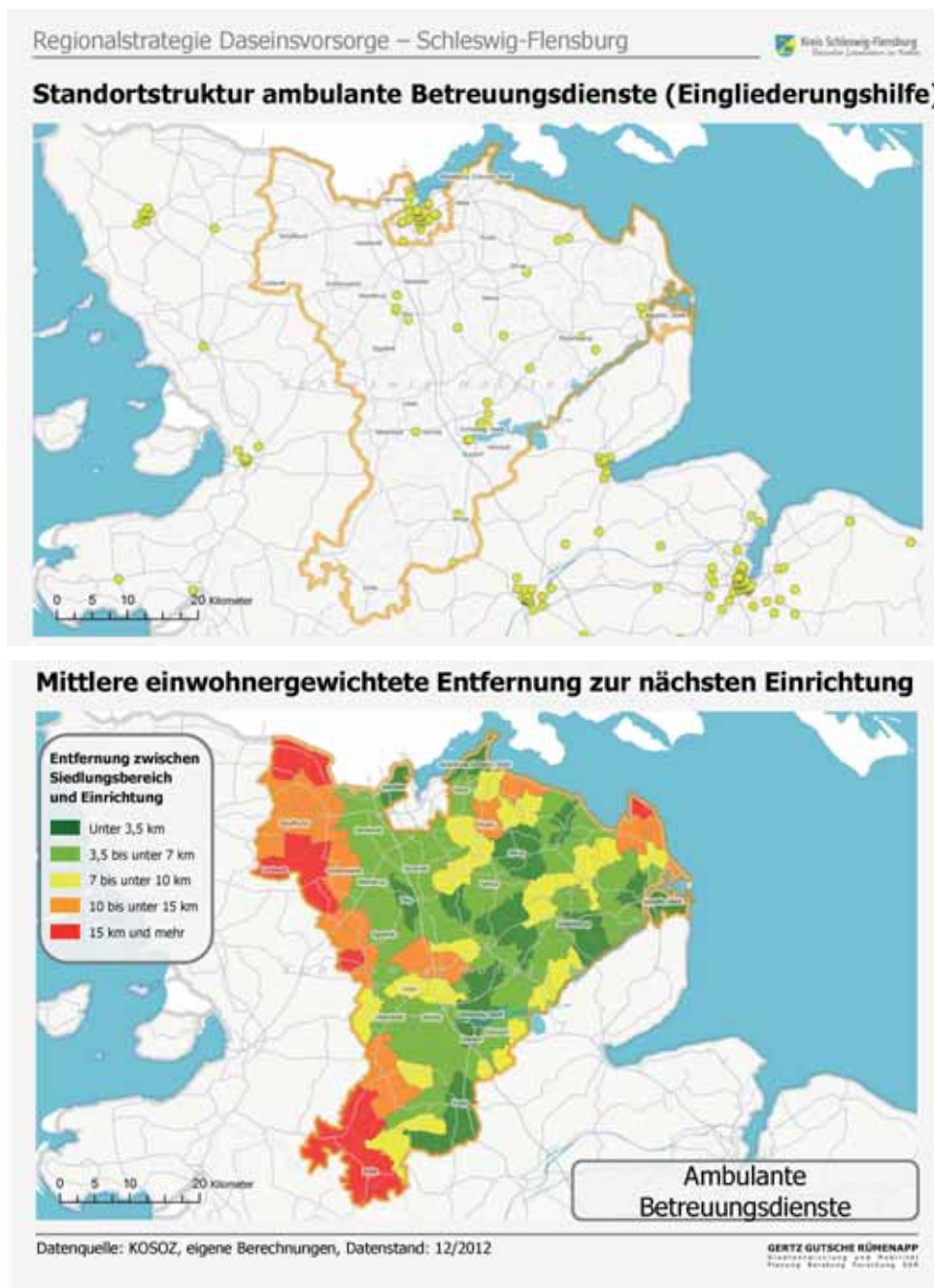


Abbildung 26 *Ambulante Betreuungsdienste der Eingliederungshilfe: Räumliche Verteilung im Kreis Schleswig-Flensburg (inkl. Nebenstandorten) und in den angrenzenden Bereichen (oben) und mittlere einwohnergewichtete Entfernung des nächstgelegenen Betreuungsdienstes (unten)*

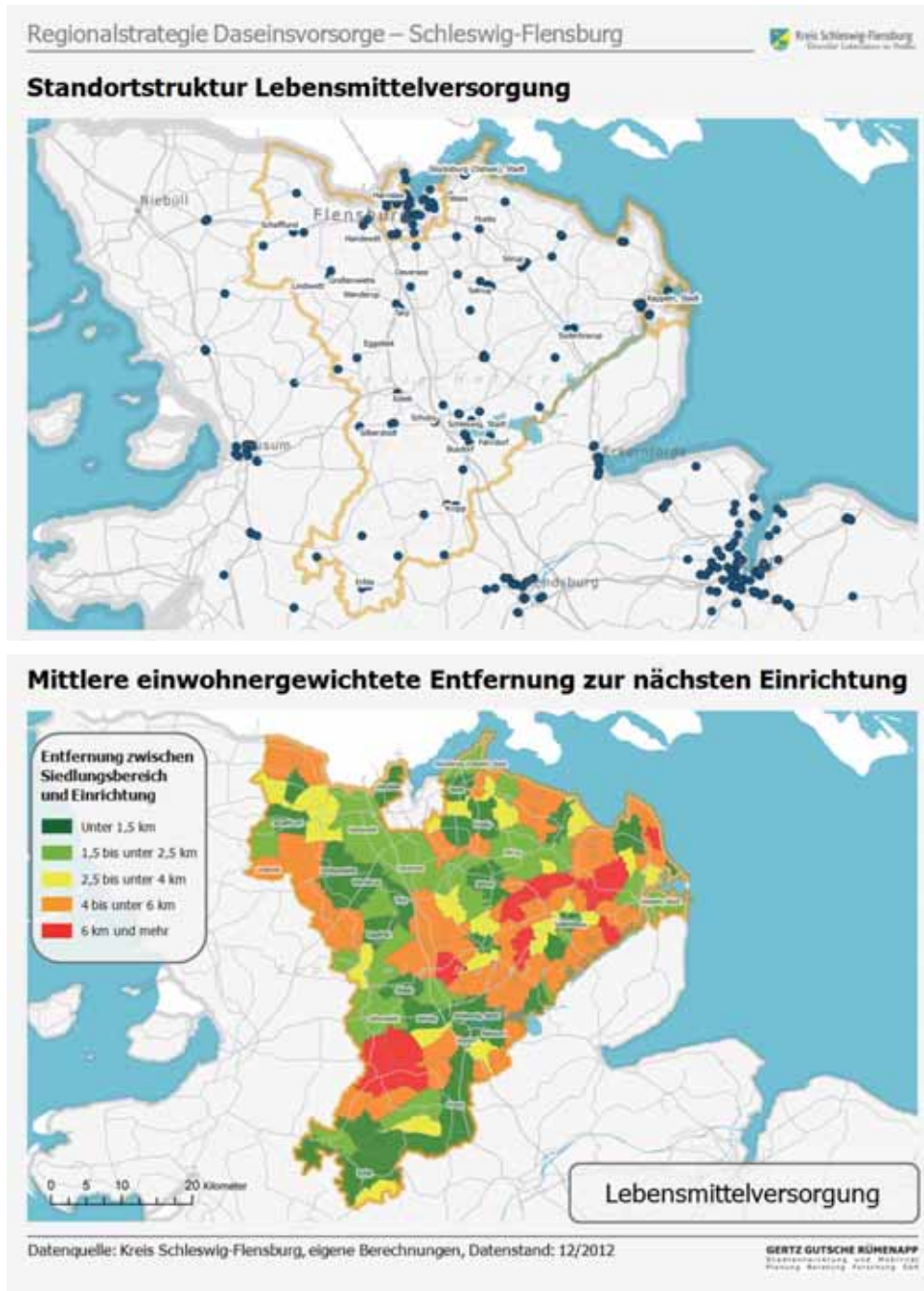


Abbildung 27 *Räumliche Verteilung von Einrichtungen des Lebensmitteleinzelhandels (Supermärkte und Dorfläden) im Kreis Schleswig-Flensburg und in den angrenzenden Bereichen (oben) und mittlere einwohnergewichtete Entfernung der nächstgelegenen Versorgungsmöglichkeit (unten)*

Bildung eines Kennwertes zur ÖPNV-Angebotsqualität

Durch die vorangegangenen Arbeitsschritte liegen für jede Stadt und jede Gemeinde somit vier Kennwerte vor, die die Zugänglichkeit zu den einbezogenen Versorgungseinrichtungen beschreiben. Als fünfter Indikator sollte ein weiterer Kennwert berücksichtigt werden, der die örtliche ÖPNV-Angebotsqualität repräsentiert.

Dafür wurden jedem Siedlungsbereich die fußläufig erreichbaren Haltestellen des ÖPNV zugeordnet und die Anzahl der werktäglichen Abfahrten auf Ebene der Gemeinden aufsummiert. Mit Hilfe der Einwohnerzahlen konnte so für die Ebene der Städte und Gemeinden je

ein Kennwert pro Gemeinde zur Messung der ÖPNV-Verbindungsqualität gebildet werden. Abbildung 34 zeigt das Ergebnis dieses Vorgehens. Die Städte und Gemeinden im Kreis Schleswig-Flensburg sind dabei einer Kategorie der ÖPNV-Verbindungsqualität zugewiesen und entsprechend eingefärbt worden.

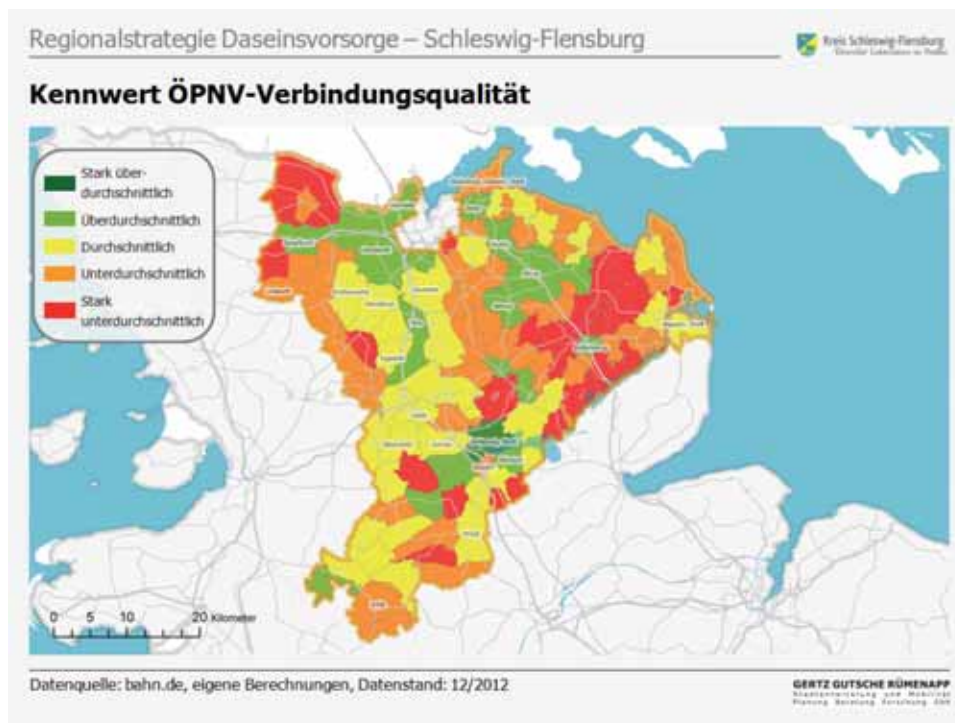


Abbildung 28 Kennwert der ÖPNV-Verbindungsqualität: Durchschnittliche einwohnergewichtete werktägliche Bedienungshäufigkeit

Standardisierung und Wichtung der einzelnen Indikatoren

Damit sind für jede Gemeinde fünf Indiktorausprägungen gebildet worden. Diese liegen jedoch in unterschiedlichen Dimensionen vor (Entfernung von Standortstrukturen mit unterschiedlichem „Zentralisierungsgrad“, Häufigkeiten). Um die Werte zu einem einzelnen Indikator, der die lokale Angebotsqualität beschreibt, zusammenfassen zu können, musste eine Standardisierung der einzelnen Indikatoren erfolgen, die diese auf eine einheitliche Skalierung bringt (hier: Z-Transformation).

Dieses Vorgehen erlaubt

- eine Einschätzung der lokalen Angebotsqualität bzw. Zugänglichkeit zur Angeboten im Vergleich zum Kreisdurchschnitt sowie
- die Wichtung der einzelnen Indikatoren untereinander.

Der letztgenannte Punkt ist deswegen bedeutsam, weil nicht jeder Indikator „gleich wichtig“ für die lokale Angebotsqualität ist und damit auch nicht alle Indikatoren im gleichen Maße in den zusammenfassenden Kennwert eingehen sollten. Tabelle 3 enthält die von der Arbeitsgruppe festgelegte Wichtungsfaktoren für die einzelnen Indikatoren.

Indikator	Wichtungsfaktor
Durchschnittliche einwohnergewichtete Entfernung zur nächstgelegenen Hausarztpraxis	35%
Durchschnittliche einwohnergewichtete Entfernung zur nächstgelegenen Apotheke	10%
Durchschnittliche einwohnergewichtete Entfernung zum nächstgelegenen ambulanten Betreuungsdienst	10% ¹⁵
Durchschnittliche einwohnergewichtete Entfernung zum nächstgelegenen Lebensmittelmarkt	35%
Durchschnittliche einwohnergewichtete Bedienungshäufigkeit ÖPNV	10%

Tabelle 1 Von der Unter-Arbeitsgruppe „Senioren“ festgelegte Wichtungsfaktoren für die einzelnen Indikatoren bei der Bildung eines zusammenfassenden Kennwertes

5.3 Ergebnis

Auf Basis des durch das beschriebene Vorgehen gebildeten Wertes für jede Stadt und jede Gemeinde im Kreisgebiet erfolgt eine Zuordnung zu einer von fünf Gemeindekategorien:

- Gemeinden des Typs A erreichen einen besonders hohen Wert, so dass die Zugänglichkeit zu Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten als stark überdurchschnittlich bezeichnet werden kann und diese Gemeinden besonders günstige Ausgangsbedingungen für ein selbständiges Leben mit Behinderung bieten können.
- Gemeinden des Typs B erreichen einen hohen Wert, der eine überdurchschnittliche Zugänglichkeit zu Versorgungs- und Dienstleistungseinrichtungen besteht und günstige Ausgangsbedingungen für ein selbständiges Leben mit Behinderung konstatiert werden können. Im Allgemeinen lassen sich in den Gemeinden des Typs B auch Ortslagen identifizieren, die sich im besonderen Maße für selbständiges Wohnen mit Behinderung anbieten.
- Gemeinden des Typs C wurden durchschnittliche Werte für die Zugänglichkeit zu Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten zugeordnet. Je nach Ortslage kann die Erreichbarkeit zu einzelnen Versorgungsangeboten jedoch dennoch gut sein.
- In Gemeinden des Typs D ist die Zugänglichkeit zu Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten insgesamt unterdurchschnittlich. Die Ausgangsbedingungen für ein selbständiges mit Behinderung sind – zumindest ohne eigenen Pkw – weniger gut.
- Der Kennwert zur Beschreibung der Zugänglichkeit zu Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten ist für Gemeinden des Typs E stark unterdurchschnittlich. Trotz vorhandener örtlicher Qualitäten sind die Ausgangsbedingungen für ein selbständiges Leben im Alter häufig ohne eigene Versorgungseinrichtungen und oftmals nur geringem ÖPNV-Angebot vergleichsweise ungünstig.

Die Zuordnung der einzelnen Städte und Gemeinden zu Gemeindekategorien zeigt Abbildung 29. Aufgrund des Austausches des Indikators „ambulante Pflegedienste“ durch „ambulante Betreuungsdienste der Eingliederungshilfe“ fällt diese Ergebniskarte unterschiedlich zur Ergebniskarte der UAG „Senioren“ aus. Die Unterschiede sind jedoch minimal. So lässt sich auch hier eine Zuordnung der zentralen Orte der Kategorie A und B feststellen. Ebenfalls

¹⁵ An der Stelle wurde die Wichtung für die ambulanten Betreuungsdienste der Eingliederungshilfe die in der UAG „Senioren“ abgestimmte Wichtung der ambulanten Pflegedienste übernommen.

konzentrieren sich die „grünen Bereiche“ vor allem im Umland von Flensburg und Schleswig. Auch Bereiche, in denen die Zugänglichkeit zu Versorgungseinrichtungen weniger gut ist, finden sich vor allem im zentralen Kreisgebiet zwischen Tarp und Schleswig, westlich von Kropp sowie in der (weiteren) Umgebung von Süderbrarup (vgl. Abbildung 29).

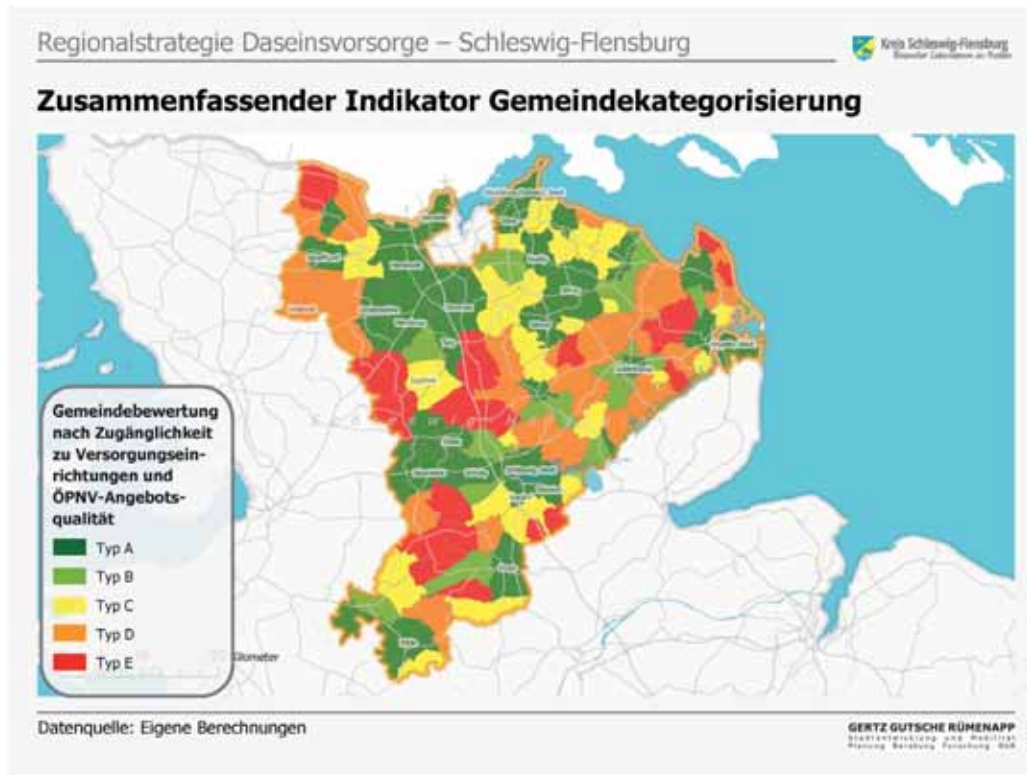


Abbildung 29 Ergebnis: Kategorisierung der Gemeinden nach Zugänglichkeit zu Dienstleistungs- und Versorgungsangeboten und der ÖPNV-Bedienhäufigkeit

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Mit der im Rahmen des Kapitels 5 beschriebenen Methodik wurde eine Grundlage erarbeitet, die eine Einschätzung dazu erlaubt, an welchen Standorten im Kreisgebiet vergleichsweise günstige Ausgangsbedingungen für selbständiges Wohnen mit Behinderung – auch ohne Pkw – bestehen. Diese Auswertung berücksichtigt sowohl die im Rahmen von Befragungen geäußerten Anforderungen älterer Menschen und Menschen mit Behinderung an die Ausstattung des Wohnstandortes sowie die auf dieser Grundlage aus fachlicher Sicht hergeleitete Indikatorenauswahl und -gewichtung durch die Mitglieder der Unter-Arbeitsgruppe „Senioren“. Die Sicherstellung der Versorgung der Menschen, die trotz höheren Alters, beginnender Pflegebedürftigkeit oder Behinderung in ihren Häusern in den weniger gut ausgestatteten Teilräumen des Kreises wohnen bleiben wollen, bleibt jedoch auch weiterhin eine zentrale Verpflichtung der (öffentlichen) Daseinsvorsorge. Da nicht jedes Dorf eine allumfassende infrastrukturelle Grundversorgung sicherstellen können, bietet es sich hier an, weiterhin neue Möglichkeiten zur Sicherung der Teilhabe, Mobilität und Versorgung zu entwickeln und zu initialisieren. Allerdings verweisen die vergleichsweise eindeutigen Resultate zu den Anforderungen älterer Menschen und Menschen mit Behinderung an die Versorgungssituation am Wohnstandort darauf, Betreuungs- und Pflegeangebote, mit denen Menschen ein möglichst hohes Maß an Selbständigkeit ermöglicht werden soll (z.B. Betreutes Wohnen) auch und gerade an integrierten Standorten mit guter infrastruktureller Ausstattung voranzutreiben.