



Kreis *AW inklusiv*

# Integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung im Landkreis Ahrweiler - Zwischenbericht -

**Prof. Dr. Albrecht Rohrman**  
**Prof. Dr. Johannes Schädler**  
**Dezember 2017**

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
1.1	Das Vorhaben	3
1.2	Die Vorgehensweise	10
1.3	Der weitere Planungsprozess	17
<b>2.</b>	<b>Der Landkreis Ahrweiler und seine Bevölkerung</b>	<b>19</b>
2.1	Soziale Situation	20
2.2	Demografischer Wandel	22
2.3	Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf	24
2.4	Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung	32
<b>3.</b>	<b>Übergreifende Themen der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung</b>	<b>37</b>
3.1	Rechtliche Betreuung	37
3.1.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler	38
3.1.2	Einschätzungen	40
3.2	Barrierefreiheit	41
3.2.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler	42
3.2.2	Einschätzungen	44
3.3	Partizipation und Selbstorganisation	46
3.3.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler	49
3.3.2	Einschätzungen	52
3.4	Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen	54
3.4.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler	56
3.4.2	Einschätzungen	61
3.5	Beratung	62
3.5.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler	65
3.5.2	Einschätzungen	66
3.6	Planung und Steuerung der Hilfesysteme	68
3.6.1	Planungsverfahren der Eingliederungshilfe im Landkreis Ahrweiler	70
3.6.2	Planungsverfahren der Pflege im Landkreis Ahrweiler	73
3.6.3	Einschätzungen	74
<b>4.</b>	<b>Kindes –und Jugendalter</b>	<b>76</b>
4.1	Hilfen in der frühen Kindheit	76

4.1.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	77
4.1.2	Einschätzungen.....	81
4.2	Erziehung und Bildung in Kindertageseinrichtungen .....	83
4.2.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	84
4.2.2	Einschätzungen.....	87
4.3	Schulische Bildung.....	88
4.3.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	89
4.3.2	Einschätzungen.....	92
4.4	Kinder mit Behinderungen und ihre Familien.....	93
4.4.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	95
4.4.2	Einschätzungen.....	96
4.5	Jugendliche und junge Erwachsene.....	97
4.5.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	99
4.5.2	Einschätzungen.....	99
<b>5.</b>	<b>Erwachsenenalter.....</b>	<b>101</b>
5.1	Wohnbezogene Hilfen und Unterstützung im Alltag.....	101
5.1.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	104
5.1.2	Einschätzungen.....	118
5.2	Arbeit und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen .....	120
5.2.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	124
5.2.2	Einschätzungen.....	127
5.3	Gestaltung des Tages.....	128
5.3.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	129
5.3.2	Einschätzungen.....	133
5.4	Förderung und Unterstützung alter Menschen .....	134
5.4.1	Zur Situation im Landkreis Ahrweiler.....	136
5.4.2	Einschätzungen.....	140
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung und weiteres Vorgehen.....</b>	<b>141</b>
	Literatur.....	148
	Abbildungsverzeichnis.....	153
	Tabellenverzeichnis.....	153

## 1 Einleitung

Mit dem vorliegenden Zwischenbericht zur integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung wird etwa zur Mitte des vereinbarten Prozesses ein Bericht vorgelegt, in dem die Darstellung der Ausgangssituation und Einschätzungen aus der Sicht der Planer im Vordergrund stehen. Neben den Portraits, die für die acht kreisangehörigen Kommunen angefertigt wurden, bildet dieser Zwischenbericht die Grundlage für die Erarbeitung eines kreisbezogenen Implementationskonzeptes, das sozialräumlich ausgerichtet sein soll.

Dieser Zwischenbericht behandelt daher nicht alle Themen, die im Gesamtprozess der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung bearbeitet werden. So enthält der Bericht keine Empfehlungen, da diese erst im weiteren Prozess erarbeitet werden sollen. Da die Untersuchungen zu den Einschätzungen von Betroffenen noch ausstehen, kann auch diese Perspektive in dem vorliegenden Bericht noch nicht hinreichend einbezogen werden. Der Bericht versteht sich als ein Arbeitsdokument, das mit einem deutlichen Schwerpunkt auf das Leistungsgeschehen die Ausgangssituation aufnimmt, und mit Einschätzungen aus der Perspektive des Planungsteams verbindet. Er bietet so die Möglichkeit, den Bedarf an Vertiefungen zu erkennen und fordert die beteiligten Akteure auf, ihre Ergänzungen und Perspektiven in den weiteren Planungsprozess einzubringen.

**Eine kurze Anmerkung zu Begrifflichkeiten:** In dem Bericht wird verallgemeinernd häufig der Begriff ‚Menschen mit Beeinträchtigungen‘ gebraucht. Er schließt alle Ursachen einer Beeinträchtigung ein. Gemäß dem Verständnis der UN-Behindertenrechtskonvention entstehen Behinderungen der Teilhabe durch ungünstige Wechselwirkungen zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und umwelt- sowie einstellungsbedingten Barrieren. Wenn es jedoch um Bezüge zu bestimmten Feldern und sozialrechtlichen Ansprüchen geht, kann auf Begrifflichkeiten wie ‚Pflegebedürftige‘, ‚seelisch Behinderte‘ oder ‚geistig Behinderte‘ nicht verzichtet werden, wengleich diese teilweise als stigmatisierend empfunden werden.

### 1.1 Das Vorhaben

Bei dem Vorhaben einer integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung handelt es sich um ein innovatives und ambitioniertes Vorhaben. Die drei Felder der Hilfen für Menschen mit Behinderungen, für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen und für Menschen mit einem Bedarf an pflegerischer Unterstützung sollen im Zusammenhang betrachtet werden. Es soll geprüft werden, ob bzw. wie die noch weitgehend isoliert voneinander arbeitenden Systeme stärker aufeinander bezogen, und als übergreifender Planungszusammenhang begriffen werden können. Darüberhinausgehend soll ein Planungsansatz entwickelt werden, der die Aufgaben auf der Ebene des Kreises mit denen der kreisangehörigen Kommunen verzahnt.

Es gibt gute Gründe, einen solchen Ansatz zu verfolgen:

- Der Paradigmenwechsel in der Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen weg von der Fürsorge hin zur Teilhabe und Assistenz prägt alle drei Felder in gleicher oder zumindest ähnlicher Weise. Er findet seinen aktuellen Ausdruck in der UN-Konvention

zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK). Die UN-BRK bezieht sich nach Artikel 1 auf einen breiten Personenkreis: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. Behinderung wird also nicht verstanden als ein individuelles Defizit, sondern als eine Beeinträchtigung der Teilhabe und somit als eine Benachteiligung im gesellschaftlichen Leben. Eine individuelle Beeinträchtigung wird dann zu einer Behinderung, wenn es nicht gelingt, das Lebensumfeld und die Unterstützung so zu gestalten, dass eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich ist. Diese sehr offene Definition von Behinderung schließt ganz eindeutig auch Menschen ein, die pflegebedürftig sind. Sie begründet einen Planungsansatz der sich zugleich auf das Leistungsgeschehen und die Entwicklung einer für alle zugänglichen und nutzbaren Infrastruktur bezieht.

- Sowohl im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderungen und chronisch psychischen Erkrankungen als auch im Bereich der Pflege wurden in den vergangenen Jahren inklusionsorientierte Unterstützungskonzepte entwickelt, die es aber bislang noch nicht hinreichend geschafft haben, die Orientierung an Strukturen zu überwinden, die der stationären Versorgungslogik folgen.
- Mit der UN-BRK gewinnt die lokale Ebene eine ganz wesentliche Bedeutung für die Entstehung und Überwindung von Behinderung. Ziel ist es, dass Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen selbstbestimmt und gleichberechtigt (zusammen) leben. Dies lässt sich in der auf alle Einwohner/innen bezogenen Perspektive der Entwicklung eines inklusiven Gemeinwesens beziehen.
- Der demografische Wandel zwingt dazu, Strategien zu entwickeln, mit denen auch in ländlichen Gebieten verlässliche Infrastrukturen für Menschen mit Unterstützungsbedarf aufrechterhalten werden können. Dies umfasst eine bessere Verknüpfung der Entwicklung der barrierefreien Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Diensten und Einrichtungen für die Allgemeinheit, der Verbesserung von Möglichkeiten zur Entwicklung eines individuell hilfreichen Arrangements und einer Angebotsentwicklung, die eine notwendige Spezialisierung ausbalanciert mit der Öffnung des Angebotes für einen möglichst großen Kreis von Adressat/inn/en.

Um die damit einhergehenden Herausforderungen für den Planungsprozess zu verdeutlichen, sollen hier eingangs die wesentlichen Strukturmerkmale und Entwicklungslinien der Felder skizziert werden.

Die Strukturen der **Behindertenhilfe** haben eine nachhaltige Prägung durch die Begründung der überörtlichen Zuständigkeit und die Entwicklung des Anstaltswesens im 19. Jahrhundert erhalten. Grundlage war die Annahme einer wesensmäßigen Verschiedenheit von Menschen, die als ‚Idioten‘ bezeichnet wurden. Die Annahmen wurden getragen von einer auf diese Behinderung bezogenen Profession der Heil- und Sonderpädagogik. Die Abwertung dieser Personengruppe hat

soweit geführt, dass das Lebensrecht infrage gestellt wurde und so in der Zeit des Nationalsozialismus Menschen mit geistiger Behinderung zu Opfern der Euthanasie-Morde wurden. Impulse zu einer Veränderung gingen seit Ende der 1950er von Elterninitiativen aus, die für ihre Kinder Angebote außerhalb von Anstalten forderten. Dabei wurde jedoch an der Annahme der Notwendigkeit einer beschützenden Sonderwelt festgehalten. Seit den 1980er Jahren haben sich Ansätze zur ambulanten Unterstützung vor allem im Bereich des Wohnens entwickelt, die in der Folgezeit durch die Verankerung des gesetzlichen Vorrangs ambulanter vor stationärer Hilfen im damaligen Bundessozialhilfegesetz einen starken Impuls erfahren haben. Assistenzdienste haben sich zunächst für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen entwickelt. Sie wurden zunächst zögerlich in Form von Ansätzen der Familienunterstützung, des Betreuten Wohnens, der unterstützten Beschäftigung und der Integrationshilfen unter dem Dach der ‚Offenen Hilfen‘ auch für Menschen mit geistiger Behinderungen aufgegriffen. Vor allem seit Ende der 1990er Jahren ist es zu einem starken Ausbau der ambulanten Hilfen gekommen, der jedoch nicht zu einem Rückgang der stationären und teilstationären Hilfen geführt hat.

Auch die **Hilfen für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen** sind durch die Anstaltstradition, die überörtliche Zuständigkeit und die Euthanasiemorde im Nationalsozialismus bis heute geprägt. Ein wesentlicher Reformimpuls ging in diesem Feld von der Psychiatrieenquete in den 1970er Jahren aus. Es bestand fachlicher Konsens, dass sich die psychiatrische Behandlung in Kliniken auf akute Fälle begrenzen und möglichst dezentral erfolgen sollte. So wurden die Langzeitbereiche in psychiatrischen Kliniken aufgelöst und Abteilungen für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut. Darauf bezogen entstand häufig auf der Grundlage kommunaler Planung ein differenziertes Angebot zur gemeindenahen psychiatrischen Versorgung, wie beispielsweise Übergangwohnheime, Ambulant Betreutes Wohnen, Tagesstätten sowie Anlauf- und Beratungsstellen. Im Unterschied zur Behindertenhilfe ist dieses Feld durch eine enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Fachkräften geprägt, da nur so auf die sich häufig ändernden Unterstützungsbedarfe der Zielgruppe reagiert werden kann. Die Angebotslandschaft ist durch eine stärkere Ausdifferenzierung und einen höheren Anteil ambulanter Hilfen geprägt.

Auf Landesebene wird die Entwicklung gesteuert durch das Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG RLP), das im Jahre 1995 beschlossen und zuletzt 2014 geändert wurde. Neben Regelungen zur Hilfe und Unterbringung wird auch festgelegt, dass den Landkreisen die Planung und Koordination der Hilfen obliegen, „die im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes erbracht werden sollen“ (§ 7 PsychKG RLP). Die Kommunen können Psychiatriebeiräte bilden, sie sollen die Bildung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften fördern und ihre Arbeit unterstützen. In der Koalitionsvereinbarung für die Legislaturperiode von 2016 bis 2021 wird eine Novellierung des PsychKG angekündigt (SPD/FDP/B’90 2016, S. 110), wobei als wesentliches Ziel die Verbesserung der Möglichkeiten des ‚home treatments‘ angegeben wird.

Wenngleich die Bezüge der Unterstützung für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zum System medizinischer Hilfen und zu anderen Bereichen der Rehabilitation stärker ausgeprägt sind, hat sich sowohl das Feld der komplementären sozialpsychiatrischen Hilfen als

auch die Behindertenhilfe stark im Kontext der Sozialhilfe, genauer der Eingliederungshilfe entwickelt. Voraussetzung der Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe ist in beiden Feldern die Feststellung einer ‚wesentlichen‘ Behinderung und die Prüfung der sozialhilferechtlichen Bedürftigkeit. Ebenfalls lässt sich in beiden Bereichen eine Ausweitung der Zuständigkeit der örtlichen Sozialhilfeträger feststellen, der durch die Dezentralisierung und Flexibilisierung der Hilfen bedingt ist. Dennoch lassen sich bei den meisten Akteuren klare Vorstellungen einer abgegrenzten Feldzugehörigkeit erkennen. Im Feld der Gemeindepsychiatrie wurden Aufgaben der Planung und Steuerung seit den 1970er Jahren zumeist in der Gesundheitsverwaltung etabliert. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen in der Eingliederungshilfe sind insgesamt begrenzt, da diese lediglich ein Akteur im Geflecht unterschiedlicher Interessen sind. Bereits hinsichtlich der Leistungen der Eingliederungshilfe ist eine Abstimmung zwischen dem örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe notwendig. Trotz alleiniger Zuständigkeit der Sozialhilfe weisen die Leistungen Bezüge zu den Leistungen anderer Rehabilitationsträger auf, die bei der Angebotsentwicklung zu berücksichtigen sind. Auf Seiten der Leistungserbringer sehen sich die Kommunen einem komplexen Geflecht von hauptsächlich freigemeinnützigen, aber auch privaten Anbietern gegenüber. Es handelt sich dabei zumeist um größere Träger, deren Leistungsspektrum eine breite Palette unterschiedlicher Angebote umfasst. Sie verfügen aufgrund ihrer sehr langen Tradition über ein hohes Maß an Bekanntheit und Anerkennung. Prägend ist aufgrund der Entwicklung eine starke Einbindung örtlicher Anbieter in überregionale Verbandsstrukturen und eine zumeist schwach ausgeprägte Zusammenarbeit auf lokaler Ebene.

In Rheinland-Pfalz wurden mit dem Modellprogramm ‚Hilfe nach Maß‘ ab 1998 wichtige Schritte zu einer bei den Kommunen angesiedelten individuellen Hilfeplanung und der Etablierung individueller Hilfen durch Persönliche Budgets eingeleitet. Mit Zielvereinbarungen zum Wohnen (2004) und zur Arbeit (2006) wurden von den Akteuren auf Landesebene Impulse zur Ambulantisierung und zur Verbesserung der Arbeitsmarktintegration gegeben.

Mit der Einführung des SGB IX im Jahre 2001 sollte dem gegliederten System der Rehabilitation durch vereinheitlichte Verfahren, gemeinsame Anlaufstellen und die Möglichkeit der Zusammenführung von Leistungen in einem Persönlichen Budget ein gemeinsamer Rahmen gegeben werden. Die Wirkung dieser Maßnahmen ist jedoch begrenzt geblieben, weshalb mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) in der 18. Legislaturperiode (2013 bis 2017) ein neues Reformwerk in Angriff genommen wurde. Mit dem 2016 verabschiedeten Gesetz wird die Eingliederungshilfe 2020 aus dem SGB XII herausgelöst und als 2. Teil in das SGB IX eingefügt. Auch in Rheinland-Pfalz muss daher in einem Ausführungsgesetz neu geregelt werden, wie die Aufgaben der Eingliederungshilfe zukünftig wahrgenommen werden sollen. Wesentliche Prinzipien des Sozialhilferechtes, wie die Prüfung der Bedürftigkeit und die Heranziehung von Einkommen und Vermögen, bleiben auch nach der Einfügung der Eingliederungshilfe in das SGB IX erhalten. Mit Wirkung ab 2023 soll die Anspruchsberechtigung für Leistungen der Eingliederungshilfe neu geregelt werden. Mit der Umsetzung des BTHG wird die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Hilfen aufgegeben. Da die Implementierung noch aussteht, bietet der aktuelle Planungsprozess die Chance, zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten vorzubereiten.

Eine andere Entwicklung lässt sich für die **Unterstützung dauerhaft pflegebedürftiger Menschen** feststellen. Professionell orientiert sich dieses Feld an der Pflege kranker Menschen und hat somit eine sehr lange Tradition. Die Entwicklung von speziellen Einrichtungen der Dauerpflege ist in nennenswerter Zahl ist ebenso wie die Entwicklung des Berufsbildes der Altenpflege jedoch erst seit den 1960er Jahren zu einem politischen Thema geworden. Auch hier war die Aufgabenwahrnehmung zunächst mit der Hilfe zur Pflege und der Altenarbeit in der Sozialhilfe angesiedelt und ein durch die Kommunen gestaltetes Feld.

Kaum ein anderer Bereich Sozialer Dienste hat sich dann jedoch in den vergangenen Jahrzehnten ähnlich dynamisch entwickelt wie der Bereich der Pflege. Die wachsende Sensibilität für demografische Veränderungen sowie die kontinuierlich gestiegene öffentliche Aufmerksamkeit für den Bereich pflegerischer Hilfen hat zudem die konzeptionelle und fachliche Entwicklung der Pflegepraxis begünstigt.

Mit dem quantitativen Ausbau der professionellen Pflegeangebote und erweiterten Leistungsangebote und Anspruchsberechtigungen, ging eine Zunahme administrativer Aufgaben auf Seiten der Leistungsberechtigten, der Leistungserbringer und der öffentlichen Leistungsträger (Pflegekassen, Sozialverwaltungen) einher. Die damit zusammenhängenden Prozesse der Institutionalisierung, Bürokratisierung und Professionalisierung können hier nur angedeutet werden. Für den vorliegenden Zweck ist die Feststellung relevant, dass die bundesweit geltenden Rahmenbedingungen sowohl auf der Ebene der Bundesländer, mehr noch aber auf der Ebene der Kommunen zu jeweils durchaus unterschiedlichen Ausformungen örtlicher Entwicklungspfade geführt haben. Daraus wiederum ergeben sich auch spezifische örtliche Herausforderungen und Entwicklungsbedarfe. Im Folgenden werden diese Zusammenhänge skizziert, um die Grundlagen für das planerische Handeln im Landkreis Ahrweiler zu verdeutlichen.

Im Jahr 1995 wurde die Soziale Pflegeversicherung als eigenständiger Teil der Sozialversicherung eingeführt und im Sozialgesetzbuch (SGB) XI geregelt. Es besteht eine Versicherungspflicht für alle Bürger/innen. Die soziale Pflegeversicherung wird häufig als „Teilkaskoversicherung“ bezeichnet, da sie nur einen Teil der Pflegekosten abdeckt und darüberhinausgehende Kosten von den Pflegebedürftigen selbst, von unterhaltspflichtigen Angehörigen oder dem Sozialhilfeträger getragen werden müssen.

Seit ihrer Einführung wurde die Soziale Pflegeversicherung immer wieder reformiert. Alleine zwischen Januar 2015 und Januar 2017 wurden durch den Bundesgesetzgeber drei z. T. recht weitgehende Reformpakete zum SGB XI in Kraft gesetzt, die sogenannten Pflegestärkungsgesetze (PSG) I – III. In den Reformpaketen wurden u. a. die ambulanten Unterstützungsmaßnahmen für Pflegebedürftige und Angehörige ausgeweitet (PSG I), ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das neue Begutachtungsassessment (NBA) eingeführt und die Einstufung in fünf Pflegegrade anstatt bisher drei Pflegestufen abgeändert (PSG II). Intention des im Dezember 2016 in Kraft getretenen Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) ist die Stärkung der koordinierenden Rolle der Kommunen in der Pflege gegenüber Pflegekassen, Anbietern und Leistungsberechtigten.

Deutlich mehr Personen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen und Pflegebedarf haben nun Zugang zu Pflegeleistungen. Leistungsberechtigt sind nach dem neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß § 14 SGB XI pflegebedürftige Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind und „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen“ (§ 14 SGB XI).

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind deutlich erweitert, dadurch aber auch unübersichtlicher geworden. Zum Leistungskatalog gehören: Pflegeberatung, Pflegesachleistungen, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, Kombinationen von Geldleistung und Sachleistung, häusliche Pflege, Pflegehilfsmittel, Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, Tagespflege und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, Unfallversicherung), zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (Verhinderungspflege / Urlaubsvertretung), Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags, einen Entlastungsbetrag oder zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen. Bei einzelnen Leistungsarten können die vorgesehenen Leistungen je nach Pflegegrad höher oder niedriger sein.

Von besonderer Bedeutung für die Kommunen sind die Pflegeleistungen aus Mitteln der Sozialhilfe. Personen, die keine oder nicht hinreichende Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und deren Einkommen (z. B. Rente) und Vermögen nicht ausreichen, um die Pflege- oder Heimkosten zu decken, können beim örtlichen Sozialhilfeträger Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII) beantragen. Zu dem Leistungsspektrum der Hilfe zur Pflege (§ 63 SGB XII) gehören je nach Pflegegrad häusliche Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege, Sterbebegleitung, Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und ein Entlastungsbetrag.

Im Unterschied zur Eingliederungshilfe ist das Feld der Pflege durch ein deutlich höheres Maß an Trägervielfalt gekennzeichnet. Dabei lassen sich neuere Träger, die ausschließlich im Bereich der Pflege (ambulant und/oder stationär) tätig sind, und zumeist bereits vor Einführung der Pflegeversicherung tätige Träger, unterscheiden, bei denen der Bereich der Pflege häufig ein Geschäftsbereich neben anderen ist. Auch für Träger, die überwiegend im Bereich der Eingliederungshilfe tätig sind, kann es interessant sein, einen Bereich der Pflege aufzubauen.

Neben der marktförmigen Steuerung wird in § 8 des SGB XI die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen sollen demnach zusammenwirken, um zum einen die pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Zum anderen wird von diesem Zusammenwirken aber auch Innovation erwartet, da es auch um die Weiterentwicklung von Strukturen geht. Dies gilt

insbesondere für „die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (§ 8 Abs. 2 SGB XI).

Sehr deutlich wurde vom Land Rheinland-Pfalz in den 1990er Jahren ein pflegepolitischer Gestaltungsanspruch entwickelt. Ziel war die Schaffung von dezentralen Unterstützungsstrukturen in den kommunalen Gebietskörperschaften, die pflegebedürftigen Menschen ein möglichst langes Verbleiben in ihrer eigenen Häuslichkeit ermöglichen und gleichzeitig den Grad an Inanspruchnahme stationärer Unterbringung möglichst geringhalten sollte.

Die Entwicklung der Infrastruktur wird durch das Land im Gesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur aus dem Jahre 2005 geregelt, das zuletzt 2015 geändert wurde. Neben der Förderung von Beratungsstrukturen sind insbesondere die Vorgaben für die Planung und Gremien für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung bedeutsam. Die Pflegestrukturplanung hat demnach den Auftrag,

- „den vorhandenen Bestand an Diensten und Einrichtungen zu ermitteln,
- zu prüfen, ob ein qualitativ und quantitativ ausreichendes sowie wirtschaftliches Versorgungsangebot in den einzelnen Leistungsbereichen unter Berücksichtigung der Trägervielfalt zur Verfügung steht und
- über die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur zu entscheiden.“ (§3, Abs. 1 LPflegeASG).“

Hervorgehoben wird, dass sich die Planung „auch auf die komplementären Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege, die Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und die Entwicklung neuer Formen pflegerischer Angebote zu erstrecken“ hat (ebenda).

Als Gremium zur Abstimmung schreibt das Gesetz die Einberufung von Pflegekonferenzen vor. Ihre Aufgabe ist insbesondere „die Mitwirkung bei der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur, der Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und der Bildung kooperativer Netzwerke auf örtlicher Ebene“ (§4 Abs.1 LPflegeASG).

In der Koalitionsvereinbarung für die Jahre 2016 bis 2021 (SPD/FDP/BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2016, S. 116), kündigen die Regierungsparteien in Rheinland-Pfalz die Fortschreibung des Landespflegeausführungsgesetzes an, um die Rolle der Kommunen zu stärken. Ebenso sollen Empfehlungen für die sozialräumliche Entwicklung der Pflege erarbeitet werden.

**Für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung lässt sich festhalten:** Während für den Bereich der Unterstützung von Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen ein Planungsauftrag nicht ausgeführt ist, ist dies durch das Landespflegegesetz im Bereich der Pflege, und mit deutlicher unverbindlicher Ausführung durch das PsychKG im Bereich der gemeindenahen Psychiatrie, der Fall. Beide Gesetze enthalten allerdings große Spielräume, wie der Planungsauftrag als Pflichtaufgabe im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung wahrgenommen wird. Für die Entwicklung und Ausgestaltung von Angeboten, vor allem stationärer

wohnbezogener Hilfen, ist insbesondere das Wohn- und Teilhabegesetz bedeutsam, auf das im Kapitel ‚Wohnen‘ Bezug genommen wird.

## 1.2 Die Vorgehensweise

Am 28.04.2016 wurde der Auftrag zur integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung durch den Kreis- und Umweltausschuss an die Professoren Albrecht Rohrmann und Johannes Schädler vom Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen erteilt. Für die Koordination des Planungsprozesses wurde eine Steuerungsgruppe gebildet. Ihr gehören an:

- die Fachbereichsleiterin des Fachbereich 2 Jugend, Soziales und Gesundheit, Frau Hornbach-Beckers (Vorsitzende)
- Die Abteilungsleiter der Abteilungen Gesundheitsamt, Herr Dr. Voss, Soziales, Herr Porz und Jugendamt, Herr Dames
- Der Controller des Fachbereichs 2, Herr Leyendecker
- Der Sachbereichsleiter des Sachbereichs Frühe Kindheit/Familienförderung im Jugendamt, Herr Lind
- Der Teilhabe- und Psychiatriekoordinator, gleichzeitig Sachbereichsleiter Eingliederungshilfe im Sozialamt, Herr Lassau
- Die Professoren Rohrmann und Schädler vom ZPE, Universität Siegen.

Ergänzend wurde mit Vertreterinnen und Vertretern der Fraktionen eine erweiterte Steuerungsgruppe und eine Arbeitsgruppe ‚Daten‘ gebildet.

Den Beginn des Planungsprozesses bildete ein Auftaktgespräch unter Beteiligung von Herrn Landrat Dr. Pföhler am 29. August 2016.

Für den Planungsprozess wurden vier Planungsregionen gebildet, die den Zuständigkeitsbereichen der Pflegestützpunkte abbilden:

- Adenau/Altenahr
- Bad Breisig/Brohltal
- Remagen/Sinzig
- Bad Neuenahr-Ahrweiler/Grafschaft

Der Kreis Ahrweiler hat für den Planungsprozess eine Internetseite eingerichtet, die unter <http://teilhabeplanung.kreis-ahrweiler.de> zu erreichen ist. Mit Hilfe dieser Seite können sich alle Interessierten einen Überblick über die Ziele und den aktuellen Stand des Planungsprozesses informieren. In der Steuerungsgruppe wurde entschieden, in jeder Gebietskörperschaft eine Planungskonferenz durchzuführen. Diese fanden im Zeitraum von Ende März bis Anfang Mai 2017 statt. Die Konferenzen dienten dazu, die interessierte Bevölkerung sowie Fachleute zu informieren und das örtliche Wissen der Teilnehmer/innen zu erschließen. Fast 200 Personen - Vertreter von Einrichtungen und Diensten, Betroffene, Angehörige, (Orts-) Bürgermeister und Mitglieder von Gemeinde-/Stadträten - nutzten die Gelegenheit, ihre Ansichten, Anregungen und Wünsche

in den Planungsprozess einzubringen. Die Ergebnisse der Planungskonferenzen wurden dokumentiert und für die weitere Arbeit in den Planungsräumen im Rahmen von ‚Portraits‘ mit weiteren planungsrelevanten Informationen zu den einzelnen Gebietskörperschaften zur Verfügung gestellt. Ergänzend zu den Planungskonferenzen wurden von dem Forschungsteam der Uni Siegen verschiedene Erhebungen durchgeführt.

### **Befragung von Diensten und Einrichtungen**

Die für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung relevanten Einrichtungen, Dienste und Stellen im Landkreis Ahrweiler wurden durch eine Online Befragung zwischen Ende März und Anfang Mai 2017 in die Untersuchung der Ausgangssituation einbezogen. Die Einrichtungen, Dienste und Stellen wurden per E-Mail zur Teilnahme aufgefordert. Durch entsprechende Filter gliederte sich der Fragebogen in übergreifende Teile für alle Adressaten und spezielle Fragen für die unterschiedlichen Angebote. Die Beteiligung an der Befragung ist mit einem Rücklauf von insgesamt 32 % als erfreulich zu bezeichnen.

*Tabelle 1: Rücklauf der Online Befragung von Diensten und Einrichtungen*

	<b>Antworten</b>	<b>Angeschrieben</b>	<b>Rücklaufquote</b>
Alten-/Pflegeheim	5	19	26 %
Ärzte/Krankenhäuser	7	48	15 %
Einrichtung/Dienst für Menschen mit Beeinträchtigungen	9	13	69 %
Kindertagesstätte	40	67	60 %
Mahlzeitendienste	0	4	0 %
Pflegedienst	6	29	21 %
Pflegestützpunkt	4	4	100 %
Rechtliche Betreuung	12	58	21 %
Schule	11	52	21 %
<b>Gesamt:</b>	<b>95</b>	<b>294</b>	<b>32 %</b>

Der Fragebogen bezieht sich auf die folgenden Bereiche:

- Zielgruppen, Nutzer/innen und Angebotsschwerpunkt
- Bedarfseinschätzungen
- Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen
- Erfahrungen mit gesetzlichen Rahmenbedingungen und Strukturen
- Einschätzungen zur gesundheitlichen Versorgung im Landkreis Ahrweiler
- Einschätzung der Unterstützungsangebote im Landkreis Ahrweiler
- (Regeleinrichtungen) Erfahrungen mit inklusiven Angeboten
- Einschätzungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention
- Einschätzung zur Bedeutung des Prozesses der Teilhabeplanung 2003 bis 2005
- Erwartungen an den aktuellen Planungsprozess

Die Auswertung der Befragung fließt in die entsprechenden Kapitel dieses Zwischenberichtes ein. Einige für den Planungsprozess insgesamt relevanten Ergebnisse sollen jedoch im Folgenden kurz wiedergegeben werden.

### **Bewertung des Unterstützungsangebotes im Kreis Ahrweiler**

Es wurde in einer offenen Frage nach ‚Stärken‘ und ‚Schwächen‘ gefragt. Dazu haben jeweils etwa 30 Befragten Angaben gemacht. Bei der Auswertung fällt auf, dass zumeist Stärken und Schwächen benannt oder überhaupt keine Angaben gemacht werden. Die Ausführungen zu den Schwächen sind häufig deutlich umfangreicher. Es lassen sich nur wenige übergreifende Themen mit auffällig häufigen Nennungen finden. Jeweils mehr als zwei Nennungen entfallen auf die folgenden Punkte:

#### **A. Stärken**

- Vernetzung / Kommunikation (bezogen auf Dienste untereinander und mit Sozialverwaltung) (11 Nennungen).
- Angebotsvielfalt (5 Nennungen).
- Flächendeckende Verbreitung der Pflegestützpunkte (bezogen auf Beratung und Koordination) (4 Nennungen).

#### **B. Schwächen**

- Fehlende Angebote (die detailliert aufgelistet werden) bzw. mangelnde Angebotsvielfalt (9 Nennungen).
- Fehlende Angebote in ländlichen Regionen bzw. Konzentration auf städtische Räume (8 Nennungen).
- Lange Bearbeitungszeiten von Anfragen bzw. Anträgen (5 Nennungen).
- Fehlende bzw. Mangel an bezahlbarem Wohnraum (3 Nennungen).
- Weite Wegstrecken bzw. schlechte Erreichbarkeit von Angeboten (3 Nennungen).

### **Umsetzungsstand der UN-BRK**

Da die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in allen Planungsbereichen ein wichtiger Bezugspunkt für die Ziele der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung ist, wurde in der Befragung nach dem Umsetzungsstand in bestimmten Bereichen (z.B. Schule oder Arbeit) gefragt, in einer Frage aber auch allgemein nach der Möglichkeit einer gleichberechtigten Teilhabe. Die Frage lautete:

„Entsprechend der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (und anderer Normen) sollen Menschen mit Beeinträchtigungen sowie alle anderen ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Gemeinwesen führen. Wie bewerten Sie mit Blick auf die Nutzer/innen Ihres Angebots den Realisierungsgrad dieser Grundsätze...“

Bei der Antwort wurde unterschieden zwischen dem Realisierungsgrad im Kreis Ahrweiler und dem eigenen Angebot. In beiden Bereichen zeigt sich bei den Befragten eine Tendenz zur Mitte, wobei die Realisierung in Bezug auf das eigene Angebot etwas günstiger eingeschätzt wird. Differenziert nach den Befragten aus unterschiedlichen Bereichen ergibt sich das folgende Bild:



*Tabelle 2: Einschätzung zur Realisierung der Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention im Kreis Ahrweiler*

	voll und ganz umgesetzt	zum großen Teil umgesetzt	teils/teils umgesetzt	eher nicht umgesetzt	kann ich nicht einschätzen	Gesamtantworten
Hilfen für Menschen mit Beeinträchtigungen	0	0	2	1	1	4
Kindertagesstätten	0	4	12	0	8	24
Pflegedienste	0	1	1	1	1	4
Pflegestützpunkte	0	1	1	0	0	2
Rechtliche Betreuung	1	1	5	1	1	9
Schulen	0	1	2	0	3	6
<b>Gesamtsumme</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>55</b>

Ein positiveres Bild ergibt sich, wenn nach der Umsetzung in der eigenen Einrichtung gefragt wird.

*Tabelle 3: Einschätzung zur Realisierung der Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention in der eigenen Einrichtung*

	voll und ganz umgesetzt	zum großen Teil umgesetzt	teils/teils umgesetzt	eher nicht umgesetzt	überhaupt nicht umgesetzt	kann ich nicht einschätzen	Gesamtantworten
Alten-/Pflegeheime	0	1	1	0	0	1	3
Ärzte und Krankenhäuser	0	0	1	0	0	2	3
Hilfen für Menschen mit Beeinträchtigungen	0	0	3	1	1	0	5
Kindertagesstätten	1	6	9	0	1	5	22
Pflegedienste	0	1	2	0	0	1	4
Pflegestützpunkte	0	2	1	0	0	0	3
Rechtliche Betreuung	1	4	1	0	1	1	8
Schulen	0	1	3	0	0	1	5
<b>Gesamtsumme</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>53</b>

### Einschätzungen zum zurückliegenden Planungsprozess

Die sechs Fragen zum Planungsprozess der Jahre 2003 - 2005 werden nur von einer kleinen Gruppe der Befragten bearbeitet (zwischen 20 und 24 Antworten zu den einzelnen Fragen). Dabei geben zu den jeweiligen Fragen neun bis 14 Personen an, dass Sie keine Einschätzungen abgeben können. In einer vierstufigen Skala (1 = trifft zu; 2 = trifft eher zu; 3 = trifft eher nicht zu; 4 = trifft nicht zu) werden folgende Mittelwerte erreicht.

*Tabelle 4: Einschätzung zum Prozess der Teilhabeplanung 2003 bis 2005*

Durch den Planungsprozess von 2003 bis 2005...	Mittelwert
...bestehen auf der Kreisebene wirksame Beschwerdemöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen. (n=10)	2,2
...werden Themen der Behindertenpolitik im Bereich "Wohnen" verstärkt im Kreis beraten. (n=14)	2,36
...werden Themen der Behindertenpolitik im Bereich "Bauen" verstärkt im Kreis beraten. (n=11)	2,36
...hat die Zahl der öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen, die zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit, aber auch der Politik und Verwaltung hinsichtlich der Belange von Menschen mit Behinderungen beitragen, zugenommen. (n=13)	2,38
...haben Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen einen hohen Stellenwert für die Politik und Verwaltung im Kreis. (n=14)	2,5
...werden Themen der Behindertenpolitik im Bereich "Verkehr" verstärkt im Kreis beraten. (n=9)	2,67

### Erwartung an den aktuellen Planungsprozess

Die Frage nach den Erwartungen an den Planungsprozess wurde offen am Ende des Fragebogens gestellt. Die Ergebnisse werden im Folgenden unkommentiert wiedergegeben:

- Schaffung von neuen Angebote und Schließung von Versorgungslücken.
- neue Möglichkeiten zur Unterstützung von Menschen umzusetzen und die Bevölkerung zu sensibilisieren.
- Erwartung, dass der Landkreis auf einem guten Weg ist und Anregungen aus Befragungen umsetzt.
- sich einlassen können auf die Defizite
- konstruktives Miteinander ohne gegenseitige Unterstellungen
- verstärkte Wahrnehmung der Pflegestrukturplanung im Hinblick auf das BTHG
- Stärkung ambulanter Bereich, Begrenzung stationäre Versorgung
- dass unsere Anregungen aufgenommen und umgesetzt werden. Die Betroffenen selbst mehr in die Planung einbezogen werden (separate Veranstaltungen - mit besserer (barrierefrei - besser verständlich und attraktiverer) Berichterstattung in den Medien)
- Mitteilung der Ergebnisse dieser Befragung an die beteiligten Vereine und Institutionen. Veröffentlichung der Ergebnisse in den Medien (in leicht verständlicher Form)
- die Umsetzung der Ideen und Kritikpunkte aus den Planungskonferenzen



- durch Beteiligung Betroffener und Anbieter von Hilfen ein differenziertes Netzwerk an Hilfen im Kreis aufzubauen
- Ausbau der Angebotsvielfalt und der Plätze und Bereitstellung des Personals und der Gelder, die dafür notwendig sein werden
- Verbesserung für Betroffene und Anbieter
- dass es weitergeht und man nicht zulange in den Beratungen hängen bleibt. Dass es finanzielle Mittel dafür gibt, die auch personell und übergreifend in den Einrichtungen genutzt werden können.
- schnellere Wege der Beantragung/Genehmigung. Akute Situationen in den Kitas müssten sofort aufgegriffen werden, sodass Mitarbeiter nicht überfordert werden
- neue Überlegungen und bessere Umsetzung
- Angebote vor Ort, gut erreichbar für die Betroffenen...
- mehr inklusive Strukturen in unserem Kreis und mehr Transparenz.
- ein transparentes System zu entwickeln unter Beteiligung z.B. der Kitas
- Da wir bisher noch keine Erfahrungen in dem Bereich machen konnten und dafür vom bisherigen Personal nicht fähig waren, erwarte ich eine ausführliche Einführung und Schulung aller Mitarbeiter und geeignetes Zusatzpersonal
- Erwarte keine Umbrüche, aber die stetige Weiterentwicklung soll fortgeführt werden. Gut Ding will Weile haben. Ich fände es schade, wenn aus der Abfrage wieder nichts greift. Das wäre schade.
- sauber reflektieren, Praxiserfahrungen einfordern UND berücksichtigen
- grundlegende Informationen über bestehende Angebote für die Öffentlichkeitkonkrete Ansprechpartner bei entsprechendem Bedarf für die Kita und Frühförderstellen als Kooperationspartner für die Kitas
- dass Familien dadurch noch mehr Unterstützung und Hilfe erfahren, wenn Sie in der Familie förderbedürftige Kinder, in welcher Form auch immer, haben
- gute Überlegungen was realisierbar ist und was auch durch Struktur vielleicht nicht gemacht werden kann. Kommunikation mit den Menschen, die betroffen sind, was sie sich wünschen.
- dass es für die Betroffenen und die Einrichtungen einfacher wird.
- Verbesserungen in den Antragsverfahren, schneller, weniger Papierkram, mehr Kommunikation untereinander
- Eine Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigung.
- systematische Umsetzung der erarbeiteten Maßnahme-Empfehlungen mit allen relevanten Akteuren im Kreis
- Ich hoffe, dass das Thema "Wohnen" endlich kreativ und lösungsorientiert "bearbeitet" wird.
- dass eine häusliche Versorgung auch rund um die Uhr sichergestellt werden kann.
- Impulse für neue Projekte
- dass die Unterstützungsstruktur sich im Kreis Ahrweiler verbessert.

## **Befragung der kreisangehörigen Kommunen**

Mit einer schriftlichen Befragung der acht kreisangehörigen Kommunen wurden sozialräumliche Informationen über die Infrastruktur und relevante soziale Aktivitäten erhoben. Die Befragung wurde in der ersten Jahreshälfte 2017 durchgeführt. Die Fragen beziehen sich auf die:

- Vertretung von Menschen mit Behinderungen und Senioren
- Gestaltung einer barrierefreien Infrastruktur
- Inklusive Gestaltung von Bildungseinrichtungen und anderen Einrichtungen für die Allgemeinheit
- Entwicklung flexibler und inklusionsorientierter Unterstützungsdienste für Menschen mit Behinderungen
- Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung
- Kooperation mit dem Landkreis
- Bisherige oder laufende Entwicklungsprojekte/Landesprogramme

Die Auswertung der Fragebögen wurde in den Portraits vorgenommen, die für jede Gebietskörperschaft erstellt wurden. Im Anschluss an diese Befragung wurde eine Befragung der Ortsgemeinden bzw. Stadtteile durchgeführt. An der Befragung haben sich zwölf Ortsgemeinden beteiligt. Die Befragungsergebnisse sollen im weiteren Planungsprozess in den jeweiligen Planungsräumen aufgegriffen werden.

## **Leitfadeninterviews**

In einem weiteren Arbeitsschritt wurden in Absprache mit der Steuerungsgruppe 18 Leitfadeninterviews mit einer/m oder mehreren Vertreter/innen aus der Kreisverwaltung, von Trägern und anderen Institutionen sowie Selbsthilfevertretern geführt, um die durch die Planungskonferenzen und die schriftlichen Befragungen erhobene Informationsbasis zu ergänzen. In allen Interviews spielten Fragen zur Einschätzungen von Teilhabemöglichkeiten, die Vernetzung von Akteuren und Planungsstrukturen und Einschätzungen zum Entwicklungsbedarf eine zentrale Rolle.

Die durch die Interviews gewonnenen Informationen und Einschätzungen flossen in die Auswertungen zu den einzelnen Kapiteln ein.

### **1.3 Der weitere Planungsprozess**

Neben der Fortführung der Erhebungen stehen in der zweiten Phase des Planungsprozesses Konzeptionsarbeiten zur sozialräumlichen Planung an. In den vier Planungsräumen sollen dazu Planungsgruppen gebildet werden, die auf der Grundlage der Planungskonferenzen und der Portraits Ansätze zu einer sozialräumlichen Planung entwickeln. Dabei sollen einerseits spezifische Ziele und Strategien für die jeweiligen Planungsräume entwickelt, und andererseits Strukturen für die Zusammenarbeit der Akteure im Kreis erarbeitet werden.

Dabei sollen betroffene Menschen in den weiteren Prozess wirksam einbezogen werden. Mit der Methode von Gesprächen in Fokusgruppen soll mit beeinträchtigten Menschen selbst (die in und

außerhalb von Einrichtungen leben) sowie mit Angehörigen insbesondere folgende Fragestellung beraten werden:

Welche Bedarfe sind hinsichtlich der Teilhabe beeinträchtigter Menschen mit Blick auf bestimmte Handlungsfelder (Lebenslagen) festzustellen und wie können Betroffene in einem regionalisierten Planungskonzept ihre Interessen wirksam einbringen.

Die Fokusgruppen sollen insbesondere mit Personen durchgeführt werden, die sich in formalen Beteiligungsgremien nur schwer artikulieren können. Spezifische Fokusgruppen können sich auch auf die Frage beziehen, wie Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sozialräumlich unterstützt werden können.

## 2. Der Landkreis Ahrweiler und seine Bevölkerung

Das Leben in der Bundesrepublik Deutschland wird immer vielfältiger und bietet seinen Bürger/-inne/n Chancen der Entfaltung, die zugleich auch Risiken der Ausgrenzung und des Scheiterns in sich tragen. Jeder Mensch ist anders und vereint in sich unterschiedlichste Aspekte der Diversität: Alter, Geschlecht, Herkunft, Religion oder eben auch das Vorliegen von Beeinträchtigungen sind nur einige dieser Punkte. Auch der Landkreis Ahrweiler zeichnet sich durch die Vielfalt seiner Bürger/innen aus.

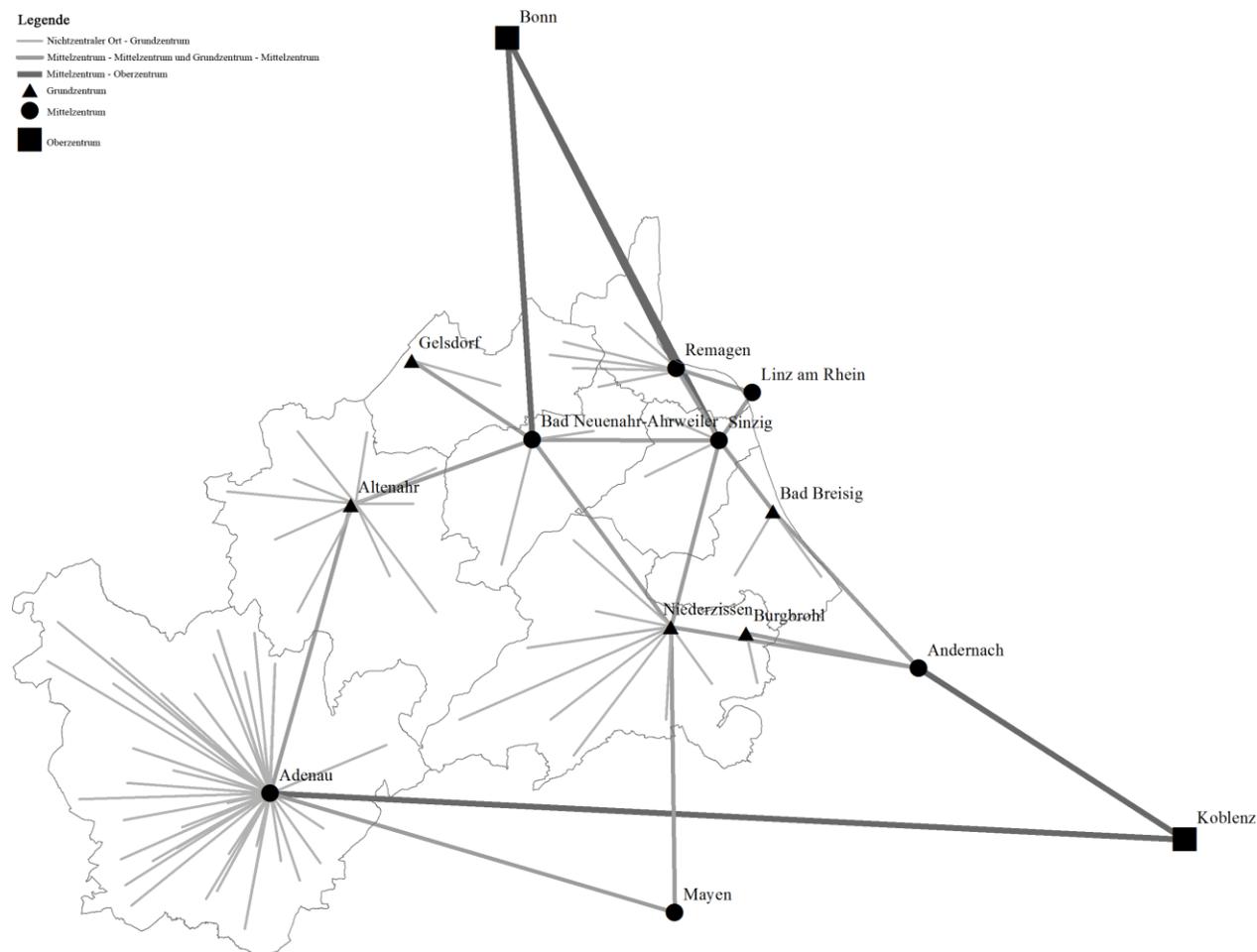
Der Landkreis Ahrweiler ist mit einer Fläche von 787 Quadratkilometern und 127.770 Einwohner/inne/n (Stand 31.12.15) im Vergleich der Kreise in Rheinland-Pfalz ein Kreis mittlerer Größenordnung. (Daten: Statistisches Landesamt RLP 2017, S. 8).

*Tabelle 5: Bevölkerung in den kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Ahrweiler (31.12.2015)*

	Einwohner	Bevölkerungsdichte (pro km <sup>2</sup> )	Ortsgemeinden
Bad Neuenahr-Ahrweiler	27.468	433	
Grafschaft	10.944	190	
Remagen	16.392	494	
Sinzig	17.330	422	
Verbandsgemeinde Adenau	13.189	51	37 (von 67 bis 2.947 EW)
Verbandsgemeinde Altenahr	10.994	71	12 (von 255 bis 1.893 EW)
Verbandsgemeinde Bad Breisig	13.154	314	4 (von 618 bis 9.240 EW)
Verbandsgemeinde Brohltal	18.299	132	17 (von 181 bis 3.144 EW)

Prägend für den Kreis ist im nordöstlichen Teil eine städtisch-verdichtete Besiedlung mit entsprechender Infrastruktur, die zudem in der Nähe zum Oberzentrum Bonn liegt. Die dünn besiedelten südwestlichen Teile sind hingegen durch eine ländliche Infrastruktur geprägt. Aufgrund von weiträumigen Einzugsgebieten spezialisierter Dienste und Einrichtungen und auch von Selbsthilfegruppen stellt die Erreichbarkeit von Unterstützungsangeboten insbesondere in den ländlichen Regionen ein großes Problem dar. Die an den Raumordnungsplan angelehnte Darstellung gibt einen Überblick über die Gliederung und Versorgungsstrukturen des Landkreises Ahrweiler (vgl. Planungsgemeinschaft Mittelrhein-Westerwald 2006, S. 8ff). Insbesondere in den Verbandsgemeinden Adenau und Altenahr befinden sich größere Gebiete, in denen zentrale Orte auch mit dem PKW nicht in 20 Minuten zu erreichen sind.

Abbildung 1: Zentrale Orte für den Landkreis Ahrweiler



Einige für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanungen relevante Daten sollen an dieser Stelle differenziert nach den kreisangehörigen Gebietskörperschaften dargestellt werden. Weitere Daten werden in den Portraits für die kreisangehörigen Kommunen ausgewertet.

## 2.1 Soziale Situation

Die soziale Situation soll an zwei Indikatoren verdeutlicht werden, die für die Teilhabe von besonderer Bedeutung sind, an der Beschäftigungssituation und an dem Bezug von Grundsicherung bei Erwerbsminderung und Alter.

### Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote

Die Beschäftigungsquote und die Arbeitslosenquote geben Anhaltspunkte über die soziale Lage im Kreis, insbesondere dazu, wie viele Menschen in erster Linie ihren Lebensunterhalt durch Erwerbsarbeit sichern können. Die Gruppe der Menschen mit einer amtlich anerkannten

Behinderung im Erwerbsalter weist eine deutliche niedrigere Beschäftigungsquote und eine deutlich höhere Arbeitslosenquote auf (vgl. die Ausführungen in Kap. 5.2, Daten hier Statistisches Landesamt RLP 2017a, S. 24).

*Tabelle 6: Beschäftigung und Arbeitslosigkeit in den kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Ahrweiler (30.06.2016)*

	Beschäftigungsquote	Arbeitslosenquote
	(in % der Bev. von 15 bis unter 65 Jahren)	
Bad Neuenahr-Ahrweiler	56,1 %	3,5 %
Grafschaft	57,1 %	1,9 %
Remagen	56,2 %	3,7 %
Sinzig	56,5 %	3,5 %
Verbandsgemeinde Adenau	55,8 %	2,9 %
Verbandsgemeinde Altenahr	55,7 %	2,6 %
Verbandsgemeinde Bad Breisig	55,2 %	4,8 %
Verbandsgemeinde Brohltal	56,2 %	2,5 %

Es fällt auf, dass die Beschäftigungsquote in allen kreisangehörigen Gemeinden ähnlich ist. Es lassen sich nur geringe Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten feststellen. Die Beschäftigtenquote ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (kreisweit von 2006 bis 2016 um 16,8 %). Dies begrenzt im Nebeneffekt die Möglichkeit familiärer Arrangements und verstärkt die Notwendigkeit professioneller Dienstleistungen. Hinzu kommt, dass der Anteil der Auspendler über die Kreisgrenze hinweg in allen kreisangehörigen Kommunen deutlich höher ist, als der Anteil der Einpendler, was auf vergleichsweise weite Arbeitswege hindeutet.

Im Vergleich zur Beschäftigtenquote differiert die Arbeitslosenquote stärker. Mit Ausnahme von Bad Breisig liegt sie unter dem Landesdurchschnitt (4,2 %). Die Quote im Landkreis insgesamt (3,2 %) liegt auch unter dem Durchschnitt der Landkreise (3,6 %).

## Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Da Menschen mit Beeinträchtigungen überdurchschnittlich häufig Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten, sollen die Daten dazu als weiterer Indikator zur Beschreibung der sozialen Situation herangezogen werden (Daten: Statistisches Landesamt RLP 2017, S. 42).

*Tabelle 7: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Wohnort im Landkreis Ahrweiler (12/2015)*

	Insgesamt je 1.000 der Bev. ab 18 Jahren	Davon ab Regelaltersgrenze
Bad Neuenahr-Ahrweiler	15,3 %	56,0 %
Grafschaft	5,5 %	28,0 %
Remagen	9,3 %	51,6 %
Sinzig	12,2 %	50,3 %
Verbandsgemeinde Adenau	7,1 %	38,0 %
Verbandsgemeinde Altenahr	6,7 %	37,1 %
Verbandsgemeinde Bad Breisig	16,7 %	49,2 %
Verbandsgemeinde Brohltal	7,2 %	36,0 %

Insgesamt liegt der Anteil der Empfänger/innen von Grundsicherung im Landkreis Ahrweiler bei 10,7 Personen pro. 1.000 Einwohner über 18 Jahren und damit etwas unter dem Durchschnitt der Landkreis in Rheinland-Pfalz (11,0). Der Anteil der Älteren ist im Landkreis jedoch deutlich höher (48,2 zu 39,7), was vor allem auf den Anteil in der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler zurückzuführen ist. Bei der Betrachtung der Werte zeigen sich ähnliche Unterschiede wie bei der Arbeitslosenquote. Hinsichtlich der Stadt Bad Neuenahr schlägt der hohe Anteil älterer Menschen durch. In Bezug auf die Grafschaft macht sich die insgesamt sehr günstige wirtschaftliche Entwicklung bemerkbar. Ansonsten fällt auf, dass der Anteil der Empfänger/innen in den ländlichen Gebieten deutlich geringer ist. Es ist nicht auszuschließen, dass dies mit der Verfügbarkeit von Unterhaltsverpflichteten und der Bereitschaft, einen Antrag an das Sozialamt zu stellen, zusammenhängt.

## 2.2 Demografischer Wandel

Eine große Herausforderung für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung stellt der demografische Wandel dar, der neben dem zu erwartenden Rückgang der Bevölkerung insgesamt einen Rückgang des Anteils junger Menschen und eine Zunahme des Anteils älterer Menschen mit sich bringt.

Die Daten zum demografischen Wandel folgen der vierten kleinräumigen Bevölkerungsvorausberechnung für das Land Rheinland-Pfalz (Stat. Landesamt 2015). Ausgangspunkt der Prognose ist das Jahr 2013. Es wird davon ausgegangen, dass die Geburtenrate konstant bei 1,4 Kinder je Frau bleibt und die Lebenserwartung steigt. Zur Berechnung der Geburten und Sterbefälle, sowie der

Wanderungsbewegungen wurde der Referenzzeitraum 2009 bis 2013 zu Grunde gelegt. Entwickeln sich die Parameter anders, wird die tatsächliche Entwicklung abweichen, was insbesondere hinsichtlich der zunehmenden Wanderungsbewegungen anzunehmen ist. Bezieht man die tatsächliche Entwicklung seit dem Jahr 2000 ein, so ergibt sich das folgende Bild der Bevölkerungsentwicklung.

*Tabelle 8: Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Ahrweiler zwischen 2000 und 2035*

	Bevölkerungsentwicklung zwischen 2000 und 2013	Bevölkerungsentwicklung zwischen 2013 und 2035
Bad Neuenahr-Ahrweiler	-0,5 %	-8,7 %
Grafschaft	-2,3 %	-0,6 %
Remagen	-0,5 %	4,7 %
Sinzig	-2,8 %	-2,6 %
Verbandsgemeinde Adenau	-9,9 %	-12,4 %
Verbandsgemeinde Altenahr	-5,5 %	-9,8 %
Verbandsgemeinde Bad Breisig	-1,1 %	-1,0 %
Verbandsgemeinde Brohltal	-1,0 %	-5,6 %
<b>Landkreis Ahrweiler insgesamt:</b>	<b>-2,6 %</b>	<b>-4,7 %</b>

Der Bevölkerungsrückgang im Landkreis Ahrweiler liegt insgesamt über dem des Landes Rheinland-Pfalz, stellt sich jedoch in den kreisangehörigen Kommunen sehr unterschiedlich dar. Er trifft insgesamt die ländlichen Gebiete stärker, was die Aufrechterhaltung einer Versorgungsinfrastruktur weiter erschwert.

Die damit einhergehenden Probleme vor allem im Bereich der Pflege werden bei der Betrachtung der Zusammensetzung der Bevölkerung deutlich.

*Tabelle 9: Zusammensetzung der Bevölkerung 2013 und 2035*

	Unter 20-Jährige		20- bis 65-Jährige		Über 65-Jährige	
	2013	2035	2013	2035	2013	2035
Bad Neuenahr-Ahrweiler	15,7	14,6	52,6	47,3	31,7	38,1
Grafschaft	20,0	16,3	64,1	47,9	15,9	35,8
Remagen	18,8	16,4	59,2	53,9	22,0	29,7
Sinzig	19,1	16,2	59,6	50,8	21,2	33,0
Verbandsgemeinde Adenau	18,0	14,6	58,5	48,3	23,6	37,1
Verbandsgemeinde Altenahr	18,0	15,4	60,2	46,9	21,7	37,7
Verbandsgemeinde Bad Breisig	17,1	14,8	59,8	52,9	23,1	32,4
Verbandsgemeinde Brohltal	18,7	15,9	61,4	49,1	19,9	35,0
<b>Landkreis insgesamt:</b>	<b>17,9</b>	<b>15,5</b>	<b>58,7</b>	<b>49,7</b>	<b>23,4</b>	<b>34,8</b>

Im Hinblick auf die pflegerische Versorgung macht die Übersicht deutlich, dass eine zentrale Herausforderung darin besteht, dass die deutlich kleiner werdende Gruppe der 20 bis 65jährigen sich um eine etwas kleiner werdende Gruppe junger Menschen und gleichzeitig eine deutlich größer werdende Gruppe älterer Menschen kümmern muss. Wenngleich der Trend in allen kreisangehörigen Kommunen gleich ist, zeigen sich dabei erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes der Veränderung in der Zusammensetzung der Bevölkerung.

### **2.3 Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf**

Der letzte Abschnitt hat bereits verdeutlicht, dass in Folge des demografischen Wandels die Anzahl der Menschen, die auf pflegerische Leistungen angewiesen sind, deutlich zunimmt<sup>1</sup>. Ausweislich der Pflegestatistik von Dezember 2015 ist der Kreis der Leistungsbezieher/innen bundesweit allein zwischen 2013 und 2015 um 9 % gestiegen.

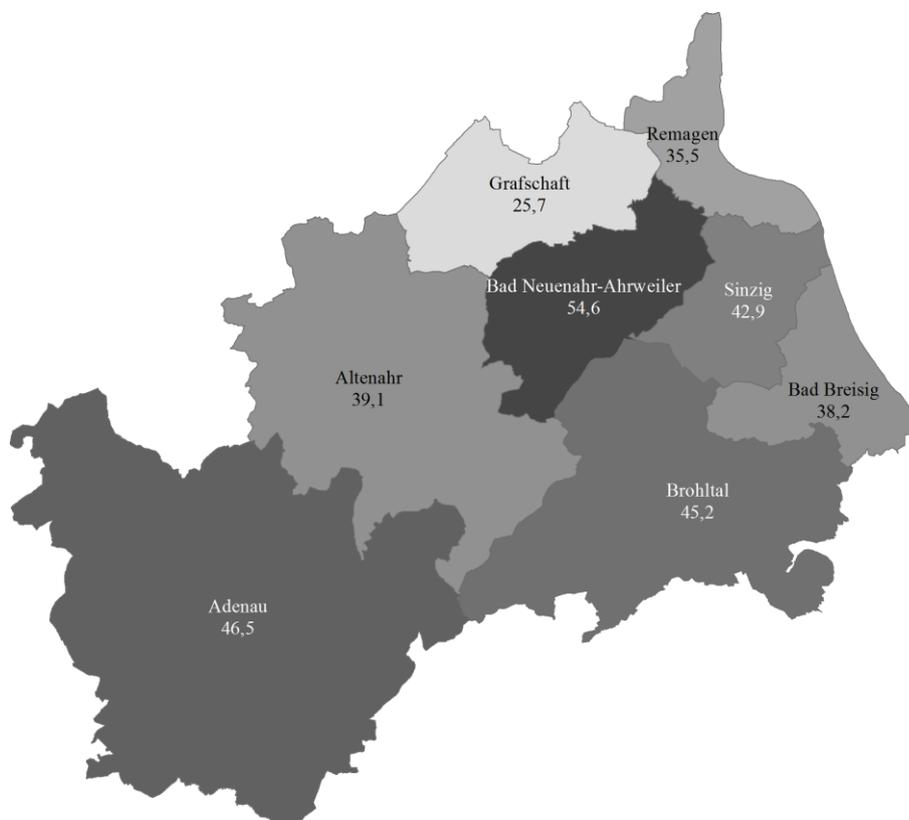
Bundesweit beziehen 36,7<sup>2</sup> Menschen pro 1.000 Einwohner Leistungen der Pflegeversicherung, im Landkreis Ahrweiler beträgt der Anteil 42,9. Die Anteile variieren allerdings erheblich zwischen den kreisangehörigen Kommunen, wie die Grafik auf der folgenden Seite zeigt.

---

<sup>1</sup> Die Daten in diesem Kapitel stammen aus den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2017) und des Landesamts für Statistik Rheinland-Pfalz (2017b). Die Statistik wird zweijährig jeweils im Dezember erhoben (zuletzt 2015 und im Frühjahr 2017 zur Verfügung gestellt). Die Datensätze für den Landkreis Ahrweiler wurden von der Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung zur Verfügung gestellt. Bei den Auswertungen zu den Leistungsberechtigten im Kreis Ahrweiler wurden auch die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz („Pflegestufe 0“) berücksichtigt, da es wichtig ist, diese Gruppe bei den Planungen in den Blick zu nehmen. Da diese in der Bundes- und Landesstatistik nur nachrichtlich mitgeteilt werden, ergeben sich bei der Berechnung von Quoten Abweichungen. Die für die Kreisauswertung verwendeten Zahlen weichen geringfügig von Zahlen ab, die im Bericht des Statistischen Landesamtes verwendet werden. Der Fehler konnte nicht aufgeklärt werden, verfälscht jedoch die Ergebnisse nicht.

<sup>2</sup> Hier konnten durch eigene Berechnungen auch für den Bund die Leistungsberechtigten der „Pflegestufe 0“ einbezogen werden. Ohne diese Gruppe beträgt die Pflegequote 34,8 pro 1.000 Einwohner.

Abbildung 2: Empfänger von Pflegeleistungen pro 1.000 Einwohner je Kommune<sup>3</sup>



Die **Pflegequote**, der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung, variiert im Landkreis zwischen 54,6 Menschen pro 1.000 Einwohnern in Bad Neuenahr-Ahrweiler und 25,7 Menschen pro 1.000 Einwohnern in der Gemeinde Grafschaft. Insgesamt liegt der Wert im Landkreis deutlich über dem Wert in der Bundesrepublik Deutschland und wird auch in allen vier Verbandsgemeinden überschritten.

Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen und bei pflegebedürftigen Menschen nicht genügend Einkommen und Vermögen verfügbar ist, besteht ein ergänzender Anspruch auf ‚Hilfe zur Pflege‘ aus Mitteln der Sozialhilfe. Diese Leistungen erhalten zum 31.12.2015 insgesamt 22 Personen außerhalb von Einrichtungen und 402 Personen innerhalb von Einrichtungen. Bundesweit lässt sich feststellen, dass der Kreis der Leistungsberechtigten mit Einführung der Pflegeversicherung deutlich kleiner geworden ist, seit Mitte der 1990er jedoch wieder kontinuierlich ansteigt (Statistisches Bundesamt 2015, S. 6).

Die Leistungsberechtigten und ihre Angehörigen können sich entscheiden, ob sie Geldleistungen in Anspruch nehmen und die Pflege selbst organisieren, ob sie Leistungen eines ambulanten Dienstes in Anspruch nehmen, ob sie beides kombinieren oder ob sie Unterstützung in einer stationären Einrichtung erhalten.

<sup>3</sup> In dieser und den folgenden Grafiken dient die Abstufung der Farbe lediglich der leichteren Identifizierung hoher und niedriger Werte. Dies stellt keine Bewertung dar.

### **Pflegebedürftige, deren Unterstützung ausschließlich im privaten Umfeld geleistet wird**

Die größte Gruppe der Leistungsberechtigten entscheidet sich insgesamt, **ausschließlich Pflegegeld** in Anspruch zu nehmen, obwohl diese Leistung deutlich niedriger ausfällt als Sachleistungen. Bundesweit sind dies im Dezember 2015 insgesamt 18,3 und im Landkreis 24,8 Personen pro 1.000 Einwohnern.

*Abbildung 3: Pflegegeldempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen je Kommune*



Lediglich der Wert der Gemeinde Grafschaft liegt unter dem, der auf Bundesebene errechnet wurde. Der in allen anderen kreisangehörigen Kommunen festgestellte Wert der **Pflegegeldquote**, hier der Anteil derjenigen Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld erhalten, kann zum einen dahingehend interpretiert werden, dass sich in der ländlichen Region die Möglichkeit der pflegerischen Unterstützung im familiären Umfeld leichter realisierbar darstellt, aber auch dahingehend, dass die Möglichkeiten der professionellen Unterstützung keine attraktive Alternative darstellen. Planerisch stellt sich die Herausforderung, gerade für diese Pflegebedürftigen ein Umfeld zu schaffen bzw. aufrecht zu erhalten, welches es erlaubt, auch zukünftig solche Pflegearrangements für alle Beteiligten fair zu gestalten.

### **Pflegebedürftige, deren Unterstützung zu Hause mit der Beteiligung von ambulanten Pflegediensten geleistet wird.**

Eine weitere Gruppe entscheidet sich ergänzend dafür, Unterstützung durch einen professionellen **ambulanten Pflegedienst** in Anspruch zu nehmen<sup>4</sup>. Bundesweit handelt es sich um 8,9, im Landkreis um 8,0 Personen pro 1.000 Einwohner.

*Abbildung 4: Inanspruchnahme von Pflegediensten pro 1.000 Einwohner/innen je Kommune*

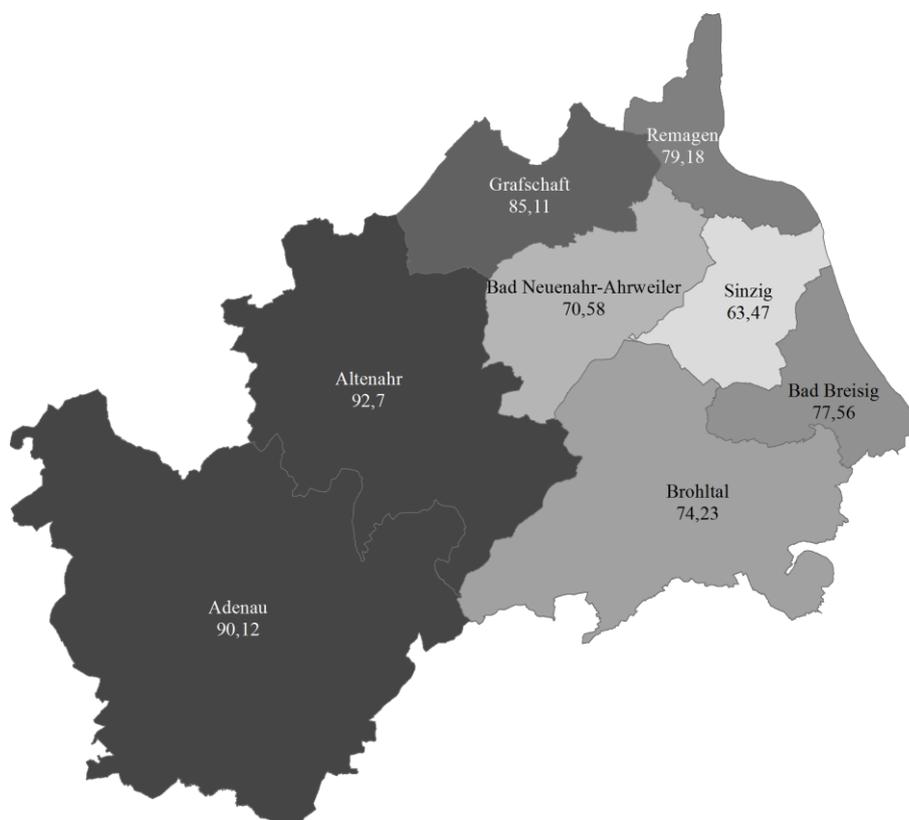


Überraschender Weise zeigen sich niedrige Werte der ambulanten Versorgungsquote eher in den dichter besiedelten Regionen des Landkreises, während in den Verbandsgemeinden Adenau und Altenahr fast der Bundeswert erreicht wird. Trotz der weiteren Wege, die zum Aufsuchen von Pflegebedürftigen zurückzulegen sind, wird das Angebot vergleichsweise gut in Anspruch genommen.

Die **häusliche Versorgungsquote**, also der Anteil der Pflegebedürftigen, die mit und ohne Unterstützung durch ambulante Dienste in ihrer eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, liegt bundesweit bei 74,2 %. Im Kreis liegt der Schnitt etwas höher (76,4 %), wobei sich wieder große Unterschiede zwischen den kreisangehörigen Kommunen zeigen.

<sup>4</sup> Hinsichtlich der Auswertung bezogen auf den Kreis Ahrweiler und die kreisangehörigen Kommunen ist zu beachten, dass nur die Pflegebedürftigen einbezogen sind, die durch einen Dienst und eine Einrichtung im Landkreis Ahrweiler gepflegt werden.

Abbildung 5: Häuslichkeitsquote in Prozent der Pflegebedürftigen je Kommune



Hier lässt sich recht deutlich ein Unterschied zwischen den ländlichen und städtischen Regionen feststellen. Vor dem Hintergrund der Angleichung der Lebensformen (vgl. z.B. die Aussagen zur Beschäftigungsquote in Kap. 2.1), sind große Anstrengungen erforderlich, um einen guten und fairen Hilfemix zwischen Unterstützung durch Pflegedienste und Familienangehörigen auch zukünftig zu ermöglichen.

### **Pflegebedürftige, die in stationären Wohneinrichtungen leben**

Da die Angabe der Postleitzahl bei den Bewohner/innen von stationären Altenpflegeeinrichtungen bei der Erhebung im Jahre 2015 noch freiwillig war, fehlen die Angaben in etwa der Hälfte der Fälle. Der hier präsentierte Wert wurde daher hochgerechnet. Einschränkend kommt hinzu, dass nur Pflegebedürftige in Einrichtungen im Landkreis Ahrweiler erfasst wurden. Trotzdem kann die folgende Abbildung auch hier wieder die erheblichen Unterschiede zwischen den kreisangehörigen Kommunen verdeutlichen.

Abbildung 6: Inanspruchnahme von stationären Pflegeeinrichtungen pro 1.000 Einwohner/innen je Kommune



### Zum Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen

Zu dem Zeitpunkt der Erhebung der Pflegestatistik (12/2015) waren die Leistungen noch in Pflegestufen eingeteilt. Zu Beginn der Jahres 2017 wurden diese in Pflegegrade überführt. Die Pflegestufen orientieren sich an dem zeitlichen Aufwand der Hilfe und geben insofern einen Einblick in das Ausmaß des Unterstützungsbedarfes.

- Eingeschränkte Alltagskompetenz („**Pflegestufe 0**“): Menschen, die beispielsweise in Folge einer Demenz unter einer dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz leiden, aber noch nicht die Kriterien der Pflegestufe I erfüllen.
- **Pflegestufe I** („erhebliche Pflegebedürftigkeit“): Leistungsberechtigte, die im Wochendurchschnitt täglich auf mindestens 90 Minuten fremde Hilfe, davon 45 Minuten Grundpflege, angewiesen sind.
- **Pflegestufe II** („Schwerpflegebedürftigkeit“): Leistungsberechtigte, die im Wochendurchschnitt täglich auf mindestens 180 Minuten fremde Hilfe, davon 120 Minuten Grundpflege, angewiesen sind.

- **Pflegestufe III** („Schwerstpflegedürftigkeit“): Leistungsberechtigte, die im Wochendurchschnitt täglich auf mindestens 300 Minuten fremde Hilfe, davon 240 Minuten Grundpflege angewiesen sind.
- **Härtefall**: Leistungsberechtigte, die im Wochendurchschnitt täglich auf mindestens 300 Minuten fremde Hilfe bei der Grundpflege angewiesen sind, davon mindestens dreimal in der Nacht.

Im Vergleich mit der Gesamtauswertung für die Bundesrepublik Deutschland ergibt sich für den Kreis Ahrweiler insgesamt das folgende Bild:

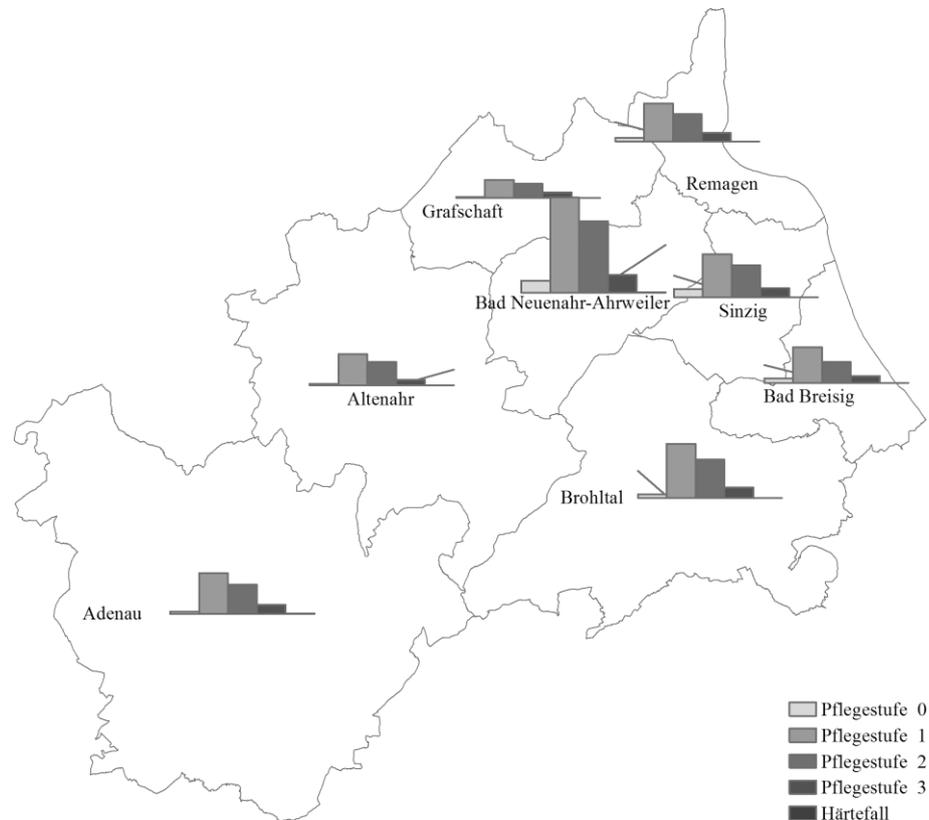
*Tabelle 10: Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufen*

	„Pflegestufe 0“	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Härtefall
<b>Kreis Ahrweiler</b>					
Pflegegeld (n=3851)	6 %	52,4 %	32,9 %	8,6 %	0,1 %
Ambulante Dienste (n=1.035)	3,3 %	48,7 %	37,1 %	10,7 %	0,2 %
Stationäre Einrichtungen (n=1.441)	2,5 %	34,8 %	42,2 %	19,7 %	0,5 %
<b>Bundesweit</b>					
Pflegegeld (n=1.505.984)	8 %	61,4 %	24,3 %	6,3 %	<sup>5</sup>
Ambulante Dienste (n=733.928)	5,7 %	55,8 %	29,3 %	9,3 %	
Stationäre Einrichtungen (n=801.864)	2,3 %	37,9 %	38,7 %	20 %	

Es lässt sich mit aller Vorsicht erkennen, dass im Kreisgebiet auch Menschen mit einem höheren Unterstützungsbedarf häufiger in ihrer eigenen Häuslichkeit unterstützt werden. Dies stellt eine besondere Herausforderung für die Gestaltung eines für alle Beteiligten akzeptablen Hilfeangebots dar.

<sup>5</sup> Die Härtefälle sind in der Bundesstatistik in Stufe 3 enthalten.

Abbildung 7: Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufe je Kommune



Bei Pflegebedürftigen handelt es sich nicht nur um ältere Menschen. Im Kreisgebiet sind 3,1 % der Pflegebedürftigen unter 15 Jahren. Der Wert schwankt in den kreisangehörigen Gemeinden zwischen 1,8 % und 5,2 %. Insgesamt 15,3 % der Pflegebedürftigen sind zwischen 15 und 65 Jahren (Schwankung von 12,8 % bis 20,4 %) und 81,5 % sind über 65 Jahre (Schwankung von 74,5 % bis 84,8 %). Fast zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind weiblich (63,1 %), wobei der Anteil mit zunehmendem Alter steigt.

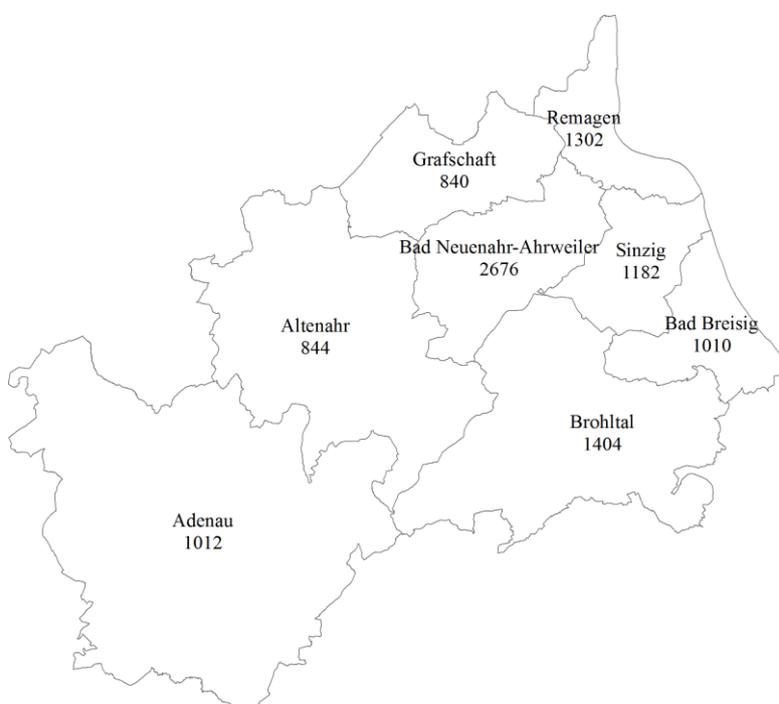
## 2.4 Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung

Zu den Menschen mit Behinderungen zählen nach dem Verständnis der UN-Behindertenrechtskonvention Personen, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. Nach dieser Definition sind auch Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf eingeschlossen. Es handelt sich um eine Gruppe, die zwischen 15 und 20 % der Gesellschaft umfasst.

Deutlich kleiner ist die Gruppe der amtlich anerkannten Schwerbehinderten. Hierbei handelt es sich um Menschen, die von sich aus die Feststellung einer Behinderung beantragt haben, um Vorteile wie Steuererleichterungen, Parkberechtigung oder ÖPNV-Nutzung in Anspruch zu nehmen, die sich damit verbinden. Behinderungen werden in 10er-Graden bis 100 festgestellt; als schwerbehindert gelten Personen mit einem Grad der Behinderung ab 50. Auf die Probleme der Schwerbehindertenstatistik wurde im Teilhabeplan aus dem Jahre 2005 ausführlich eingegangen (Landkreis Ahrweiler 2005, S. 17ff).

Nach einer Sonderauswertung des Versorgungsamtes beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV) in Koblenz lebten zum Stichtag 31.12.2016 insgesamt 21.731 Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 20 im Kreisgebiet. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 17 %. Einen gültigen Schwerbehindertenausweis (Grad der Behinderung ab 50) hatten 9.806 Personen, was einem Bevölkerungsanteil von 7,67 % entspricht.

Abbildung 8: Menschen mit gültigem Schwerbehindertenausweis im Landkreis Ahrweiler zum 31.12.2016



Die Schwerbehindertenstatistik<sup>6</sup> zeigt, dass es sich bei den anerkannten Schwerbehinderten um eine relativ große Bevölkerungsgruppe handelt. Es zeigt sich zugleich der enge Zusammenhang mit dem Lebensalter. Etwa die Hälfte der Schwerbehinderten (52,7 %) ist älter als 65 Jahre.

Die Schwerbehindertenquote im Kreis Ahrweiler (6,8 % der Bevölkerung) liegt deutlich unter der landesweiten Quote (8,0 %). Ein überdurchschnittlicher Anteil Schwerbehinderter findet sich mit 9,7 % in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Dies verdankt sich dem vergleichsweise hohen Durchschnittsalter in dieser Gemeinde.

Weitergehenden Informationswert besitzt die Sonderauswertung des Landesversorgungsamtes zu den Eintragungen im Schwerbehindertenausweis. Diese lassen Rückschlüsse auf einen möglichen Hilfebedarf zu. Hinweise auf einen Hilfebedarf geben insbesondere die folgenden Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis:

**Merkzeichen G:** Personen, die bei der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind

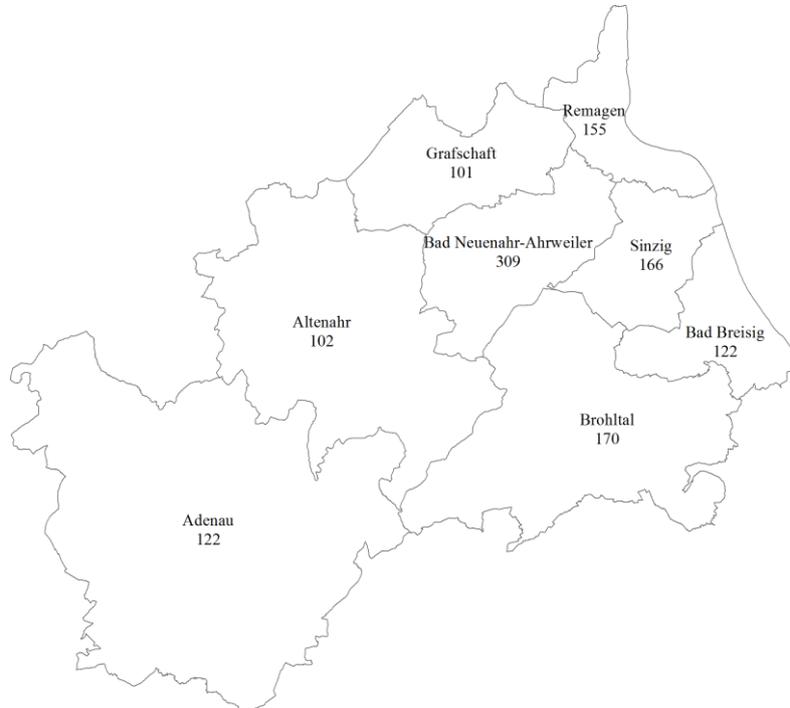
*Abbildung 9: Menschen mit einer Gehbehinderung im Kreis Ahrweiler*



<sup>6</sup> Um den Vergleich zum Land Rheinland-Pfalz herzustellen wird hier auf die vom Statistischen Landesamt (2016) herausgegeben Statistik zum 31.12.2015 Bezug genommen, die von der Sonderauswertung etwas abweicht.

**Merkzeichen aG:** Personen, die außergewöhnlich gehbehindert und nur mit fremder Hilfe oder großer Anstrengung beweglich sind.

*Abbildung 10: Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung im Kreis Ahrweiler*



**Merkzeichen H:** Personen, die im alltäglichen Leben regelmäßig der Unterstützung bedürfen.

*Abbildung 11: Menschen im Kreis Ahrweiler, die ‚hilflos‘ sind*



**Merkzeichen B:** Personen, bei denen die Notwendigkeit zu ständiger Begleitung besteht.

*Abbildung 12: Menschen im Kreis Ahrweiler, die auf ständige Begleitung angewiesen sind*



**Merkzeichen BI:** Personen, die blind sind.

*Abbildung 13: Menschen im Kreis Ahrweiler, die ‚blind‘ sind*



**Merkzeichen G1:** Personen, die gehörlos sind.

*Abbildung 14: Menschen im Kreis Ahrweiler, die ‚gehörlos‘ sind*



Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Personen mit einem der erwähnten Merkzeichen um Menschen handelt, die im Alltag auf Unterstützung angewiesen sind, also um die zentrale Zielgruppe von Unterstützungsangeboten. Aus den bekannten Problemen der Statistik ist allerdings zu folgern, dass es sich um Minimalzahlen handelt und bestimmte Gruppen in der Statistik nicht differenziert genug dargestellt werden konnten. Dies gilt z.B. für die Gruppe der psychisch Beeinträchtigten und den Kinder- und Jugendbereich. Zum anderen ist hier die Gruppe der von Behinderung bedrohter Menschen als Zielgruppe unbedingt einzubeziehen.

Aus der grafischen Darstellung wird deutlich, dass in allen Gemeinden des Kreises Menschen mit Behinderungen leben, die bei der Bewältigung ihres Alltages auf intensive Hilfen angewiesen sind. Deutlich mehr als die Hälfte der anerkannten Schwerbehinderten ist in ihrer Mobilität stark eingeschränkt. Etwa 1.200 Personen sind soweit eingeschränkt, dass sie sich nur mit fremder Hilfe oder mit größter Anstrengung fortbewegen können. Für diesen Personenkreis ist die Sicherstellung des barrierefreien Zugangs von Infrastruktureinrichtungen von größter Bedeutung. Eine Gruppe von ca. 1.400 Menschen im Kreis bedarf dauernd der Hilfe und Unterstützung im Alltag und eine Gruppe von etwa 2.900 Menschen ist auf ständige Begleitung angewiesen.

### **3. Übergreifende Themen der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung**

#### **3.1 Rechtliche Betreuung**

Eine rechtliche Betreuung wird eingerichtet, wenn ein „Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen“ (§ 1896 BGB) kann. Die Betreuung dient der Unterstützung erwachsener Menschen in rechtlichen Angelegenheiten und orientiert sich an deren Wille und Wohl. Das Betreuungsgericht prüft die Erforderlichkeit der Betreuung, legt die Bereiche fest, in denen eine Betreuung notwendig ist, und setzt die rechtlichen Betreuer/innen ein.

Wenngleich der Schutz der Betreuten im Vordergrund steht, bedeutet die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung einen weitreichenden Eingriff in die Handlungsfreiheit der betroffenen Person. Auch deshalb soll eine Betreuung möglichst vermieden werden. Eine Betreuung wird daher nicht eingerichtet, wenn die Angelegenheiten auch durch eine/n Bevollmächtigte/n auf der Grundlage einer Vorsorgevollmacht oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, erledigt werden können.

Seit Inkrafttreten der UN- Behindertenrechtskonvention steht das deutsche Betreuungsrecht in der Diskussion. Mit der Ratifizierung anerkennen die Vertragsstaaten, „dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen“ (UN-BRK Art. 12). Es muss daher sichergestellt werden, dass durch die Einrichtung einer Betreuung nicht eine stellvertretende Entscheidung, sondern eine unterstützte Entscheidungsfindung stattfindet. Dies unterstreicht, dass rechtliche Betreuungen eine wichtige Bedeutung bei der Ermöglichung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe zukommt.

Neben den Gerichten und den rechtlichen Betreuer/inne/n spielen die Betreuungsvereine und die Betreuungsbehörden für die Organisation, Planung und Entwicklung des Betreuungswesens eine zentrale Rolle. Die Betreuungsvereine informieren über rechtliche Betreuungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügung, gewinnen, schulen, begleiten ehrenamtliche Betreuer/innen und übernehmen durch die Mitarbeiter/innen selbst Betreuungen. Die Betreuungsbehörde ist beim Kreis angesiedelt und berät ebenfalls zu Vorsorgevollmachten und zu Fragen des Betreuungsrechts und nimmt darüber hinaus wichtige Aufgaben bei der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung wahr. Durch die Betreuungsbehörde werden die rechtlichen Betreuer/innen erfasst und vorgeschlagen. Die Aufgabenstellung wurde durch das Betreuungsbehördenfunktionsstärkungsgesetz im Jahre 2014 erheblich ausgeweitet. Die Anfertigung eines Sozialberichts, der zuvor bereits im Einzelfall von den Betreuungsgerichten angefordert werden konnte, ist nun obligatorisch. Die Betreuungsbehörden sollen dabei auch über andere Hilfen zur Vermeidung einer Betreuung beraten, solche Hilfen vermitteln und in diesem Zusammenhang mit den zuständigen Sozialleistungsträgern zusammenarbeiten. Hiermit wird die Aufgabenstellung der Organisation von Betreuungen durch einen neuen Schwerpunkt ergänzt, der dem Feld der sozialen Hilfen zuzuordnen ist. Es stellt sich daher die Frage, wie sich die Arbeit der Betreuungsbehörde zukünftig in die Landschaft der Unterstützungsdienste einfügt.

Das Landesgesetz zur Ausführung des Betreuungsrechtes gibt vor, dass die örtlichen Betreuungsbehörden Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Zusammenarbeit in Betreuungsangelegenheiten einrichten. Darüber hinaus fördert das Land auf der Grundlage von

Qualitäts- und Leistungsvereinbarungen die Arbeit der Betreuungsvereine. Diese sehen unter anderem die Mitarbeit in kommunalen Netzwerken vor.

### **3.1.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler**

Bundesweit sind die Betreuungsverfahren bis zum Jahr 2012 kontinuierlich angestiegen auf insgesamt etwas mehr als 1,3 Millionen Fälle und gehen danach leicht zurück. Gleichzeitig steigen die Zahlen der registrierten Vorsorgevollmachten stark an (Im Jahre 2014: ca. 2,6 Millionen)<sup>7</sup>. Im Jahre 2015 wurden in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 1.276.538 Betreuungen geführt (etwa 16 Betreuungen auf 1.000 Einwohner/innen). Nach Auskunft der Amtsgerichte lagen die laufenden Betreuungen im Kreis Ahrweiler zum Jahresende 2015 bei 1.787 Fällen (etwa 14 pro 1.000 Einwohner/innen) und sind zum Jahresende 2016 auf 1.950 (etwa 15 pro 1.000 Einwohner/innen) gestiegen.

Im Kreis Ahrweiler sind zwei Betreuungsvereine tätig. Zum einen der Katholische Verein für soziale Dienste für den Landkreis Ahrweiler (SKFM) e.V. mit Sitz in Ahrweiler. Auf dessen Internetseite wird ausgeführt, dass der Verein ca. 145 ehrenamtliche Betreuer/innen als Mitglieder im Betreuungsverein begleitet. Durch die hauptamtlichen Mitarbeiter/innen wurden im Jahre 2016 insgesamt 97 Betreuungen geführt. Zum anderen der Betreuungsverein des Diakonischen Werkes des evangelischen Kirchenkreises Koblenz, der seinen Sitz ebenfalls in Ahrweiler hat. Hier wurden nach den Ausführungen im Jahresbericht im Jahre 2014 insgesamt 27 ehrenamtliche Betreuer/innen begleitet und 45 Betreuungen durch die hauptamtlichen Mitarbeiter/innen geführt. Die beiden Vereine kooperieren eng bei der Durchführung von Beratungen, Informationsveranstaltungen und Schulungen. Beratungen werden auch in den anderen kreisangehörigen Städten und Gemeinden, beispielsweise im Teilhabezentrum Adenau durchgeführt. Die Vereine geben gemeinsam ein jährliches Programmheft heraus. Die Vereinsmitarbeiter/innen sind bereits über einen längeren Zeitraum im Betreuungswesen tätig, gut vernetzt im Feld der sozialpsychiatrischen Hilfen und hier auch sozialpolitisch tätig.

Die Betreuungsbehörde des Landkreises Ahrweiler ist im Sozialamt dem Sachbereich 2, Hilfe zur Pflege und weitere Hilfen nach dem SGB XII, zugeordnet. Sie wurde mit Unterstützung der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) einer Analyse unterzogen, die im Jahre 2016 abgeschlossen wurde. Die Analyse reagiert auf die geänderten Anforderungen und personelle Umbrüche. Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Anfertigung von Sozialberichten im Zusammenhang der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung. Die Erarbeitung erfolgt standardisiert mit einem Formular und soll perspektivisch in eine digitale Aktenführung überführt werden. Die Anfertigung des Sozialberichts ist mit einem Hausbesuch verbunden, soweit Berichte anderer professioneller Stellen nicht als hinreichend angesehen werden. Zu den weiteren Aufgaben gehören die Beratung zu Vorsorgevollmachten und zu betreuungsrechtlichen Fragen, die Gewinnung und Begleitung von Berufsbetreuer/innen sowie die Mitwirkung bei Zwangsmaßnahmen.

### **Einschätzung der Unterstützungsangebote aus der Perspektive von Berufsbetreuer/innen**

---

<sup>7</sup> <https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.html> (abgerufen am 17.08.2017)

An der Online Befragung im Rahmen der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung haben sich 12 Personen beteiligt, die als rechtliche Betreuer/innen tätig sind. Die meisten Betreuer/innen sind kreisweit und teilweise auch in anderen Kreisen tätig. Diejenigen, die dazu Angaben machen (n=8) geben an zwischen fünf und 60 Betreuungen zu führen.

Hinsichtlich der Bedarfsannahmen gehen sieben davon aus, dass es für die angebotene Leistung zukünftig einen höheren Bedarf geben wird. Drei Personen geben an, dass sie keine Einschätzungen abgeben können und zwei weitere machen keine Angabe. Zur Begründung wird auf den demografischen Wandel und die damit einhergehende Zunahme von alleinlebenden alten Menschen, sowie die Wahrscheinlichkeit von Demenzerkrankungen verwiesen, aber auch auf die Zunahme von psychischen Erkrankungen bei jüngeren Menschen. Vor dem Hintergrund der Bestrebungen zur Vermeidung von Betreuungen ist die Angabe von zwei Personen bedeutsam, dass Betreuungen notwendig werden, da Menschen eine Unterstützung bei der Beantragung von Sozial- und Pflegeleistungen benötigen. Diese Einschätzung wurde auch in den durchgeführten Leitfadenterviews wiederholt von verschiedenen Akteuren geäußert.

Wenn allgemeine Beratungsanfragen eingehen, verweist die Betreuungsbehörde vorrangig auf die Betreuungsvereine. Sie nimmt somit ihren Beratungsauftrag nach § 4 Abs. 2 des Betreuungsbehördengesetzes eher zurückhaltend wahr. Dies gilt in gleicher Weise für die Aufgabe der Vermittlung anderer Hilfen.

Eine kritische Sicht auf die verstärkte Steuerung von Hilfeleistungen durch die Sozialleistungsträger wird in den Einschätzungen zu den darauf bezogenen Reformen der Eingliederungshilfe und Pflege deutlich, die überwiegend als nicht hilfreich angesehen werden. Drei Begründungen dazu beziehen sich darauf, dass die rechtlichen Betreuer/innen nicht in das Hilfeplanverfahren der Eingliederungshilfe einbezogen sind. Im Interview mit dem verantwortlichen Vertreter der Kreisverwaltung wurde hingegen deren Einbeziehung als hinreichend eingeschätzt.

Zu den spezifischen Fragen zur rechtlichen Betreuung machen lediglich drei Befragte Angaben. Bezogen auf die Arbeit der Betreuungsbehörde nehmen alle wahr, dass diese beim Zugang zu Betreuung eine aktivere Rolle als in der Vergangenheit einnimmt. Eine aktivere Rolle bei der Koordination des Betreuungswesens sehen die Befragten hingegen nicht.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen den Diensten und Einrichtungen aus den unterschiedlichen Unterstützungsbereichen nehmen zwei Drittel derjenigen, die eine Einschätzung dazu abgeben (n=9), wahr, dass es nur wenig Abstimmung zwischen den Diensten und Einrichtungen allgemein und bezogen auf Einzelfälle gibt, die Zusammenarbeit in den Fachgremien wird hingegen ganz überwiegend positiv bewertet.

Eine Mehrheit der befragten Berufsbetreuer/innen (55,6 %; n=9) teilt die Auffassung, dass ein bedarfsgerechtes Hilfe-/Unterstützungssystem für Menschen mit Beeinträchtigungen gewährleistet werden kann, mit der Perspektive stationäre Einrichtungen und Sondereinrichtungen zu überwinden. In der Begründung geben sie an, dass viele Menschen in Krisensituationen zwar stationär untergebracht werden müssen, ein flexibleres auf den Einzelfall bezogenes und gut

koordiniertes Angebot jedoch mehr Möglichkeiten einer Rückkehr in die eigene Häuslichkeit ermöglichen könnte. In zwei Fällen wird auf das Fehlen von adäquatem Wohnraum hingewiesen.

### **Kooperation der Akteure im Betreuungswesen**

Da eine Betreuung sehr häufig von Fachkräften aus dem Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung angeregt wird, ist eine Zusammenarbeit im Netzwerk der Unterstützungsleistungen für die Entwicklung der Betreuungsarbeit notwendig. Neben dem informellen Austausch zwischen den Akteuren aus dem Bereich der rechtlichen Betreuung gibt es einige Gremien, die für den Austausch auf der Ebene des Kreises bedeutsam sind.

Seitens der Betreuungsbehörde wird einmal im Jahr die örtliche Arbeitsgemeinschaft Betreuungsrecht eingeladen, um übergreifende Fragen des Betreuungswesens mit den Gerichten, den Betreuungsvereinen, den Berufsbetreuer/inne/n und Ärzt/inn/en aus der Region zu beraten.

Eine wichtige Bedeutung für die Kooperation der Akteure im Bereich der rechtlichen Betreuung hat ein Arbeitskreis für Betreuungsrecht, der von der Dr. v. Ehrenwall'schen Klinik initiiert wurde. Damit wurde auf Probleme reagiert, die insbesondere bei der Entlassung aus der Klinik auftreten. In dem nicht formalisierten Gremium konnten Empfehlungen zum Entlass-Management und zur Betreuungsanregung erarbeitet werden, deren Umsetzung allerdings nicht verbindlich ist.

Das Fehlen darüber hinausgehender verbindlicher Formen der Zusammenarbeit wird insbesondere aus der Perspektive der beiden Betreuungsvereine kritisch betrachtet. Eine Initiative zur Gründung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes aus dem Kreis der Mitglieder der PSAG war nicht erfolgreich. Die Zusammenarbeit im Psychiatriebeirat wird als unverbindlich und nicht auf Entscheidungsgremien des Kreises bezogen wahrgenommen. Für die Betreuungsvereine ist die Mitarbeit in der PSAG für den fachlichen Austausch bedeutsam. Die Mitarbeiter/innen arbeiten darüber hinaus in lokalen Projekten und Arbeitsgemeinschaften, beispielsweise im Forum Altenarbeit in Bad Neuenahr-Ahrweiler mit.

### **3.1.2 Einschätzungen**

Im Landkreis Ahrweiler gibt es im Feld der rechtlichen Betreuungen eine ausdifferenzierte Struktur. Die Betreuungsvereine weisen eine langjährige Kontinuität in ihrer Arbeit auf und sind stark in das Netzwerk der professionellen Hilfen eingebunden. Durch ihre Arbeit haben die Mitarbeiter/innen der Betreuungsvereine einen guten Überblick über die Möglichkeiten und Probleme der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die Arbeit der Betreuungsbehörde ist durch personelle Veränderungen und Veränderungen der Arbeitsstrukturen gekennzeichnet. Mit der Neustrukturierung wird aus Sicht des Planungsinstituts eher auf eine zurückhaltende Aufgabenwahrnehmung gesetzt, die mit den vorhandenen Personalressourcen zu bewältigen ist. Daher spielt die Vermittlung anderer Hilfen, die über den Hinweis auf Vorsorgevollmachten hinausgehen, eine untergeordnete Rolle.

Die beteiligten Akteure des Betreuungswesens stehen über Arbeitsgemeinschaften und einen informellen Austausch miteinander in Kontakt, der allerdings nur einen geringen Grad an Verbindlichkeit aufweist. Zu fragen ist, ob und wie eine systematische Auswertung der Erfahrungen der Mitarbeiter/innen aus den Beratungen und der Erarbeitung von Sozialberichten in die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung eingebunden werden kann.

### 3.2 Barrierefreiheit

Für den gegenwärtig in der sozial- und gesellschaftspolitischen Diskussion verwendeten Begriff der Behinderung ist das Verständnis von Barrieren grundlegend. In der Präambel und in Artikel 1 der UN-Behindertenrechtskonvention wird ausgeführt, dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Dieses Verständnis wurde mit der Verabschiedung des BTHG auch in das Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe (§ 2 SGB IX in der ab 1.1.2018 gültigen Fassung) aufgenommen. Für den Kontext der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung ist dabei bedeutsam, dass im weiten Oberbegriff der ‚Beeinträchtigung‘ nicht nach unterschiedlichen Formen von Behinderungen unterschieden wird und vor allem keine Priorisierung vorgenommen wird. Bei der Überwindung von Barrieren geht es um Hindernisse im Bereich der Wahrnehmung, der Orientierung und der Bewegung.

Die gesetzliche Definition von Barrierefreiheit findet sich im Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes und im Landesgesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen. Im Kern geht es darum, dass alle gestalteten Lebensbereiche „für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind“ (§ 2 LGGbehM). Es ist offensichtlich, dass dies noch nicht der Realität entspricht. Es lässt sich jedoch erkennen, dass die gesetzlichen Vorschriften, die sich auf die Umsetzung der Barrierefreiheit beziehen, zunehmen konkreter werden und auch Fristen für die Umsetzung nennen. Der aktuelle Stand der rechtlichen Vorschriften soll für besonders relevante Felder der Teilhabe im Folgenden kurz skizziert werden.

Im Bereich der **Mobilität** gibt das Personenbeförderungsgesetz in § 8 Abs. 3 vor, dass bis zum 1. Januar 2022 eine vollständige Barrierefreiheit im öffentlichen Nahverkehr erreicht wird. Das soll durch den Nahverkehrsplan erreicht werden, in dem jedoch Ausnahmen konkret benannt und begründet werden können. Diese Regelung bezieht sich entsprechend der Definition von Barrierefreiheit auf die Auffindbarkeit (z.B. Fahrpläne), Zugänglichkeit (z.B. Haltestellen) und Nutzbarkeit (z.B. Ausstattung der Fahrzeuge). Die Zielrichtung der Herstellung von Barrierefreiheit wird durch das rheinland-pfälzische Nahverkehrsgesetz (§ 3 Abs. 7) bekräftigt.

Im Bereich der **Kommunikation** verpflichtet das Landesgesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz alle öffentlichen Stellen „bei der Gestaltung von schriftlichen Bescheiden, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtlichen Verträgen und Vordrucken die besonderen Belange davon betroffener behinderter Menschen zu berücksichtigen“ (§ 6 Abs. 1 LGGbehM). Besonders hervorgehoben wird, dass solche Dokumente sehbeeinträchtigten Menschen in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich gemacht werden.

Ebenso sind die öffentlichen Stellen verpflichtet, ihre Internetseiten barrierefrei zu gestalten. Maßgeblich dafür sind seit 2012 die durch ‚Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung‘ (BITV 2.0) definierten Kriterien.

In der unmittelbaren Kommunikation muss es möglich sein, mit Gebärdensprache zu kommunizieren und die Verständigung durch andere Kommunikationshilfen sicherzustellen.



Dazu gehört auch die Verwendung einer Leichten Sprache in der Kommunikation mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Maßgeblich für die Ausgestaltung ist die Kommunikationshilfenverordnung (KHV).

Im Bereich des **Bauens** verpflichtet die Landesbauordnung „Gebäude mit mehr als zwei Wohnungen sind so herzustellen und instand zu halten, dass von den ersten drei Wohnungen eine und von jeweils acht weiteren Wohnungen zusätzlich eine weitere Wohnung barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbar ist“ (§ 51 Abs. 1 LBauO). Auch Gebäude, die für die Öffentlichkeit bestimmt sind müssen nach Absatz 2 barrierefrei sein. Von den Anforderungen kann nur abgesehen werden, „soweit sie nur mit unverhältnismäßigem Mehraufwand erfüllt werden können“ (§ 51 Abs. 4 LBauO). Maßgeblich für die Umsetzung der Vorschriften sind die entsprechenden DIN-Normen (vgl. die Übersicht auf <https://nullbarriere.de/norm.de>). Für die Anpassung von Wohnungen gibt es Fördermittel der Pflegekasse und im Falle einer Berufstätigkeit auch vom Integrationsamt. Die Förderung ist allerdings erst möglich, wenn eine Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung anerkannt wurde.

Das Land Rheinland-Pfalz fördert durch **Beratung und Förderprogramme** die Entwicklung von Wohnraum und Menschen mit Beeinträchtigungen (vgl. den Überblick im Landesaktionsplan, MSAGD RLP 2015a, S. 74ff.). Das Land informiert durch Broschüren über die Möglichkeiten zum barrierefreien Bauen (aktuell: Landesregierung Rheinland-Pfalz 2017).

### 3.2.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Im Teilhabebericht aus dem Jahre 2005 wurde die Einschätzung gewonnen, dass zwar bei der Planung von Neu- und Umbauten die Belange von mobilitätsbeeinträchtigten Menschen zunehmend berücksichtigt werden, eine systematische Gestaltung einer barrierefreien Infrastruktur jedoch nicht erkennbar ist. Es war ebenso deutlich, dass eine Verengung des Verständnisses von Barrierefreiheit auf die Bedürfnisse von mobilitätsbeeinträchtigten Menschen vorherrscht.

Im Bereich der **Mobilität** bezieht sich der aktuelle Nahverkehrsplan für den Landkreis Ahrweiler 2016 auf die Vorgaben des Personenbeförderungsgesetzes. Es wird jedoch ausgeführt: „Im Zuge des Nahverkehrsplans kann nicht die Aufgabe geleistet werden, für alle Komponenten des ÖPNV-Systems in einem Landkreis und für alle Formen von Mobilitätseinschränkungen eine dezidierte Schwachstellenliste zu erstellen“ (S. 49). Stattdessen werden allgemeine Schwachstellen aufgelistet. Höchste Priorität wird beim Um- und Ausbau der Haltestellen gesehen (S. 66). Nach Auskunft des Verkehrsverbundes kann eine barrierefreie Nutzbarkeit der Busse und Nahverkehrszüge voraussichtlich bis 2022 gewährt werden. Probleme werden auch hier vor allem im Bereich der Haltestellen und der barrierefreien Vermittlung von Informationen zum Nahverkehr gesehen. In der Befragung der kreisangehörigen Städte, Verbandsgemeinden und auch Ortsgemeinden wird der Problematik der Mobilität eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet, ohne, dass bereits Lösungen erkennbar werden.

Im Rahmen der Planungskonferenzen wurde vor allem in den ländlichen Verbandsgemeinden angemerkt, dass insbesondere die kleineren Orte nicht hinreichend durch den

öffentlichen Nahverkehr erschlossen werden. Die Erledigung der Dinge des alltäglichen Lebens (z.B. Einkaufen oder Arztbesuche) setzt in vielen Regionen die Nutzung eines privaten PKW voraus. Häufig wurden in den Konferenzen auch Probleme der Erreichbarkeit von Freizeitangeboten angesprochen. Die Probleme können durch spezialisierte Fahrdienste, wie zum Beispiel den Fahrdienst des DRK (vgl. <http://www.kv-aw.drk.de/angebote/sozialer-service/fahrservice.html>), dessen Kosten im Einzelfall vom Sozialamt des Kreises übernommen werden, oder das Jugend- und Seniorentaxi in Brohltal (vgl. <https://brohltal-verwaltung.de/bildung-und-soziales/jugend-seniorentaxi>) abgemildert, aber nicht aufgehoben werden.

Im Bereich der **Kommunikation** wird bei der Durchsicht der Internetseiten des Kreises und der kreisangehörigen Kommunen deutlich, dass die Grundsätze einer barrierefreien Gestaltung für sehbeeinträchtigte Menschen meist beachtet werden. Informationsangebote, die für Menschen mit Beeinträchtigungen von besonderer Bedeutung sind, und Informationsangebote in Leichter Sprache finden sich hingegen seltener. Aus der Befragung der Kommunen geht hervor, dass die Nutzung von anderen Kommunikationsformen bei der Bereitstellung von Informationen, Bescheiden usw. noch nicht hinreichend bearbeitet wird.

Im Bereich der Entwicklung einer **barrierefreien Infrastruktur** und des barrierefreien **Wohnens** wird deutlich, dass hier eine Entwicklung stattfindet. Auf die Frage, ob sich die Barrierefreiheit von Gebäuden mit allgemeinem Besuchsverkehr in den letzten fünf Jahren verbessert haben, antworten alle Kommunen, die eine Angabe machen (n=7) mit ja. Der Eindruck einer schrittweisen Verbesserung der Barrierefreiheit wird auch durch die Rückmeldungen der Teilnehmer/innen der Planungskonferenzen bestätigt. Dennoch wird von allen Beteiligten ein erheblicher Handlungsbedarf gesehen.

Lediglich zwei Kommunen geben an, dass die Verwaltungsgebäude barrierefrei nutzbar sind, in einigen Fällen sind Verbesserungen geplant. In allen Kommunen gibt es wichtige Veranstaltungsräume, die nicht barrierefrei nutzbar sind. In der Stadt Remagen wird auf die Problematik durch das Angebot eines ‚rollenden Rathauses‘ reagiert, mit dem an etwa zwei Tagen im Monat die Erledigung von Angelegenheit zu Hause möglich ist. In einer Kommune wird die Einführung eines solchen Angebotes geprüft.

Menschen mit Beeinträchtigungen werden nach Angaben der Kommunen nur in drei Fällen in die Identifizierung und Beseitigung von Barrieren einbezogen. Einmal wird angegeben, dass dies über die Schwerbehindertenvertretung geschieht und in einem anderen Fall durch den Seniorenbeirat. Probleme der barrierefreien Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gebäuden für die Allgemeinheit, wie Verwaltungsstellen, Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Freizeitstätten und vor allem auch Arztpraxen, waren in den Planungskonferenzen häufig Thema.

Ein Konzept zur Überwindung von Barrieren auch bei anderen Trägern von Angeboten für die Allgemeinheit gibt es nicht. In einem Fall wird auf das Konzept zum barrierefreien Tourismus unter Federführung des Ahrtal-Tourismus Bad-Neuenahr-Ahrweiler e.V. verwiesen. In einem Fall wird darauf hingewiesen, dass für die Herstellung von Barrierefreiheit Zuschüsse gewährt werden können. In den Planungskonferenzen und den weiteren Gesprächen wird jedoch deutlich, dass die Sensibilität für die Thematik sehr unterschiedlich ist. So besteht in der Gemeinde Grafschaft im

Zusammenhang des Projektes ‚Älterwerden in der Grafschaft‘ eine hohe Aufmerksamkeit für das Thema, wodurch ein großes Wissen und eine hohe Bereitschaft zur schrittweisen Überwindung von Barrieren besteht.

In keiner der kreisangehörigen Kommunen gibt es eine Übersicht über die Barrierefreiheit der Infrastruktur (z.B. Zugänglichkeit von Ämtern und anderen Einrichtungen, Diensten und Stellen für die Allgemeinheit, Mobilität), die Menschen mit Behinderungen nutzen könnten. In drei Fällen wird auf entsprechende Übersichten für den Bereich des Tourismus hingewiesen.

Über den **Bestand an barrierefreiem Wohnraum** und Probleme der Zielgruppe auf dem Wohnungsmarkt liegen in den Kommunen keine Informationen vor. Hinsichtlich des barrierefreien Bauens und der Wohnraumanpassung wird in einem Fall auf die Pflegestützpunkte und in vier Fällen auf die Landesberatungsstelle "Barrierefrei Bauen und Wohnen" in Trägerschaft der Verbraucherzentrale verwiesen. Es handelt sich um ein durch das Land gefördertes Beratungsangebot durch Architekten. Dazu gibt es einmal im Monat eine dreistündige Sprechstunde im Mehrgenerationenhaus in Bad-Neuenahr-Ahrweiler. Es ist auch eine telefonische und schriftliche Beratung, sowie eine Terminvereinbarung in der eigenen Wohnung möglich. Das Beratungsangebot wird ergänzt durch ausführliche Informationen im Internet. Über das Angebot informiert ein Flyer.

In den Planungskonferenzen und in den vertiefenden Gesprächen mit professionellen Akteuren war häufig die Verfügbarkeit von bezahlbarem Wohnraum für Menschen mit Beeinträchtigungen Thema. Hier wurden mangelnde Informationen über die Verfügbarkeit, Zurückhaltung bei Vermietern aber auch die Weigerung des Sozialhilfeträgers, hohe Mieten zu übernehmen, als Problem benannt. Im ländlichen Bereich werden Leerstände als Ansatzpunkte gesehen, um barrierefreien Wohnraum für Privatwohnungen, aber auch für neue Wohnformen zur Verfügung zu stellen.

### 3.2.2 Einschätzungen

Im Landkreis Ahrweiler gibt es an unterschiedlichen Stellen Initiativen und Maßnahmen zur Verbesserung der barrierefreien Auffindbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von öffentlichen Einrichtungen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist eine steigende Aufmerksamkeit für das Thema zu erwarten. Eine systematische Erfassung von Barrieren ist jedoch aufgrund der Komplexität des Themas schwierig. Es stellt sich daher die Herausforderung für die Herstellung von Barrierefreiheit eine höhere Sensibilität zu entwickeln und Expert/inn/en in eigener Sache in die Identifizierung und Überwindung von Barrieren einzubeziehen.

Die Planung einer barrierefreien Infrastruktur ist am besten auf der Ebene der Städte und Gemeinden anzusiedeln, da hier Barrieren der Teilhabe konkret identifiziert und überwunden werden müssen. Dies entlastet allerdings die einzelnen Organisationen nicht, zumindest ihren gesetzlichen Auftrag zur barrierefreien Ausgestaltung ihres Angebotes zu realisieren. Die Initiativen zur Entwicklung eines barrierefreien Tourismus verdeutlichen die Perspektive des Themas.

Die vom Land aufgelegten Förderprogramme, die die Bereitstellung von barrierefreiem Wohnraum zumeist in den Kontext der Stadt- und Dorfentwicklung stellen und mit der Entwicklung alternativer Wohnformen verbinden, werden bislang von den Kommunen und anderen Akteuren noch zögerlich genutzt.

Im Bereich der Mobilität schafft die Verpflichtung zur barrierefreien Ausgestaltung des Öffentlichen Personennahverkehrs bis 2022 eine Verbindlichkeit für die Nahverkehrsplanung, die durch den aktuell vorliegenden Plan noch nicht eingelöst werden kann.

Die Problematik der Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Wohnraum für die Adressat/inn/en professioneller Unterstützung ist ein wichtiges Thema für die Teilhabepolitik im Landkreis und sollte im Zusammenwirken der Leistungsträger und Anbieter bearbeitet werden.

### 3.3 Partizipation und Selbstorganisation

Partizipation ist die Grundlage demokratischer Gesellschaften und es stellt ein gravierendes gesellschaftliches Problem dar, wenn bestimmte soziale Gruppen hinsichtlich der Artikulation ihrer Interessen und der Möglichkeiten der Mitgestaltung des Gemeinwesens benachteiligt sind. Partizipation im Rahmen der integrierten Teilhabeplanung ist jedoch auch über den demokratischen Aspekt der Beteiligung bedeutsam, um

- durch ‚Expert/inn/en in eigener Sache‘ Fehlplanungen, beispielsweise bei der Überwindung von Barrieren oder der Entwicklung neuer Angebote, zu vermeiden;
- Ansätze zu identifizieren, wie durch die Selbstorganisation Unterstützung im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehen eine Entwicklung von inklusiven Strukturen im Gemeinwesen gefördert werden kann;
- bürgerschaftliches Engagement zu ermöglichen und zu ermutigen.

Entgegen den Annahmen eines Rückgangs der Beteiligung lässt sich feststellen, dass rund ein Drittel der Bevölkerung einer Tätigkeit im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagement nachgeht (BMFSFJ 2016a, S. 166 ff.). Es lässt sich sogar eine steigende Bereitschaft feststellen. Sehr hohe Anteile erreicht dabei die Altersgruppe der 60 bis 69-jährigen, aber auch die Gruppe der über 70-jährigen (a.a.O., S. 188). Im zweiten Engagementbericht der Bundesregierung wird das Potential einer koordinierten Engagementförderung auf kommunaler Ebene betont, um die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen (a.a.O., S. 367).

Die Barrieren der politischen Partizipation und der Beteiligung an der Gestaltung des Gemeinwesens beginnen mit der unterstellten (Un-)fähigkeit zur Partizipation und einer mangelnden Förderung der Kompetenzen zur Partizipation. Insbesondere Annahmen über ‚geistige Fähigkeiten‘, ‚seelische Gesundheit‘ und ‚hohes Alter‘ verbinden sich mit der Einschätzung einer mangelnden Kompetenz zur und eines geringen Interesses an Beteiligung.

Der Teilhabebericht der Bundesregierung stellt anhand von Daten des Sozioökonomischen Panels heraus, dass Menschen mit Behinderungen mit den Möglichkeiten der Partizipation am allgemeinen politischen Leben weniger zufrieden sind als der Durchschnitt der Bevölkerung und, dass sie sich nicht so häufig an politischen Wahlen beteiligen (Engels u.a. 2016, S. 423 ff.). Sie äußern sich als weniger zufrieden mit der Demokratie, interessieren sich tendenziell seltener für Politik. Ohne dies mit empirischen Daten belegen zu können, kann angenommen werden, dass Menschen mit Behinderungen in Parlamenten unterrepräsentiert sind. Ihre unterstellten Interessen werden auf allen Ebenen eher stellvertretend durch Organisationen der Wohlfahrtspflege repräsentiert, die mit Schwerpunkt auf der Sozialpolitik und spezialisierte Felder der Rehabilitations- und Behindertenpolitik vergleichsweise gut vertreten sind.

Der skeptischen Einstellung konventioneller Formen der Beteiligung stehen die Wahrnehmung einer starken Selbstorganisation von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen, sowie Senior/innen/en in der Selbsthilfe und ein selbstbewusstes Auftreten von Beiräten und selbstorganisierten Initiativen gegenüber. Innovative Angebote gehen häufig auf Aktivitäten der Selbsthilfe zurück und Selbsthilfeinitiativen werden nicht selten zu Trägern neuer Angebote.

Das Thema der Partizipation durchzieht alle Bereiche der UN-Behindertenrechtskonvention und kann als „Querschnittanliegen“ (Hirschberg 2010) bezeichnet werden. Der Ansatz der Partizipation als Beteiligung wird bereits im Prozess der Erarbeitung der Konvention deutlich, bei dem den Zusammenschlüssen von Menschen mit Behinderungen eine hervorgehobene Bedeutung zukam. Die Konvention greift so Erfahrungen des Ausschlusses von einer gleichberechtigten Teilhabe auf. So bekräftigt die Konvention in Artikel 29 die gleichberechtigte Teilhabe am politischen Leben, was beispielsweise die in der Bundesrepublik noch nicht vollständig realisierte Möglichkeit beinhaltet zu wählen und gewählt zu werden. Darüber hinaus werden die Vertragsstaaten aufgefordert „aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können“. Eine besondere Bedeutung kommt der Partizipation bei der Umsetzung der Konvention zu. So heißt es in Artikel 4: „Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.“ Ähnliches wird an anderer Stelle auch für die Überwachung der Maßnahmen zur Umsetzung der Konvention gefordert.

### **Aktivitäten auf Bundesebene**

Hinsichtlich der Politik auf Bundesebene sind die Engagementpolitik und die Schaffung von Rahmenbedingungen zur Beteiligung und zur Berücksichtigung der Belange von bestimmten sozialen Gruppen zu unterscheiden. Die Engagementpolitik (vgl. BMFSFJ 2016a, 8ff) erfolgt in erster Linie über Förderprogramme, beispielsweise für Mehrgenerationenhäuser.

Die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen erfolgt vor allem durch die Berufung von Beauftragten und die Sicherung von Beteiligungsrechten. Das Behindertengleichstellungsgesetz sieht vor, dass ein/e Beauftragte/r für die Belange von Menschen mit Behinderungen bestellt wird (§ 17f). Verbänden der Interessenvertretung wird ein Verbandsklagerecht (§ 15) eingeräumt und der Bund stellt Mittel zur Förderung der Partizipation zur Verfügung (§ 19). Im Bereich der Pflege wurde 2014 durch Kabinettsbeschluss das Amt des/der Pflegebevollmächtigten geschaffen.

Zum Zwecke der Selbstorganisation wurden auf Bundesebene zahlreiche Organisationen gegründet, wovon exemplarisch nur die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)<sup>8</sup>, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe<sup>9</sup> und der Deutsche Behindertenrat<sup>10</sup> genannt werden sollen. Sie spielen für die politische Selbstvertretung und die Initiierung von Förderprogrammen eine bedeutsame Rolle.

---

<sup>8</sup> Im Internet unter [www.bagso.de](http://www.bagso.de)

<sup>9</sup> Im Internet unter [www.bag-selbsthilfe.de](http://www.bag-selbsthilfe.de)

<sup>10</sup> im Internet unter [www.deutscher-behindertenrat.de](http://www.deutscher-behindertenrat.de)

### **Aktivitäten auf Landesebene**

Im Land Rheinland-Pfalz regelt das Landesgesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (LGGBehM), dass ein/e Landesbeauftragte/r für die Belange behinderter Menschen bestellt wird (§ 11) und ein Landesbeirat zur Teilhabe behinderter Menschen gebildet wird (§ 12)

Die Gemeindeordnung des Landes Rheinland-Pfalz sieht vor, dass Beiräte für ältere Menschen und/oder behinderte Menschen gebildet werden können, die die sie betreffende Angelegenheit beraten und sich dazu äußern können. Sie können beantragen, dass der/die Bürgermeister ihre Äußerungen den Entscheidungsgremien vorlegt (§ 56a GemO).

Gemäß dem Aktionsplan des Landes ist die Zahl der Kommunen deutlich gestiegen, in denen Behindertenbeiräte gebildet oder Behindertenbeauftragte berufen werden. Im Jahre 2015 waren demnach 63 Behindertenbeauftragte und 36 Behindertenbeiräte, beziehungsweise vergleichbare Gremien auf kommunaler Ebene tätig (MSAGD RLP 2015, S. 137). Um ihre Arbeit zu unterstützen, werden sie zweimal jährlich vom Behindertenbeauftragten des Landes eingeladen. Im Aktionsplan wird als Ziel angegeben: „Flächendeckend sollen alle Kommunen in Rheinland-Pfalz über Kommunale Behindertenbeauftragte und Behindertenbeiräte verfügen“ (ebenda). Insgesamt 91 der kommunalen Seniorenbeiräte in Rheinland-Pfalz sind in der Landesseniorenvertretung<sup>11</sup> zusammengeschlossen (aus dem Kreis Ahrweiler die Beiräte aus Bad Breisig, Bad Neuenahr-Ahrweiler und Remagen)

Die Engagementförderung wird in Rheinland-Pfalz koordiniert durch die Leitstelle Ehrenamt und Bürgerbeteiligung<sup>12</sup>. Eine Maßnahme ist die jährliche Verleihung des ‚Brückenpreises‘ mit dem Projekte ausgezeichnet werden, die unter anderem das Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung und den Dialog von Jung und Alt fördern.

### **Mitbestimmung in Diensten, Einrichtungen und Betrieben**

Es ist festzustellen, dass auch in Diensten und Einrichtungen das Thema Mitbestimmung an Bedeutung gewinnt und die Möglichkeiten der Mitbestimmung ausgeweitet werden.

Im Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) ist festgelegt, dass Vertretungen der Bewohner/innen gebildet werden, die in allen Angelegenheiten der Einrichtung mitwirken. Gemäß § 9 Abs. 1 LWTG können „in angemessenem Umfang auch externe Personen aus den kommunalen Beiräten für ältere oder behinderte Menschen und der Selbsthilfe sowie Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer und bürgerschaftlich Engagierte“ in das Vertretungsgremium gewählt werden. Außerdem können die Vertretung zur Wahrnehmung ihrer Rechte externe „fach- und sachkundige Vertrauenspersonen“ hinzuziehen. Kommt ein Beirat nicht zustande, kann ein Beirat der Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuer gewählt werden. Kann auch dies nicht realisiert werden, wird ein/e Bewohnerfürsprecher/in von der zuständigen Behörde bestellt.

In Werkstätten für behinderte Menschen werden von den Beschäftigten alle vier Jahre Werkstatträte gebildet (§ 139 SGB IX). Die bisherigen Mitwirkungsrechte werden mit der Umsetzung des BTHG um Mitbestimmungsrechte erweitert (§ 222 SGB IX neu). Die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung regelt die Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte zukünftig in § 5 und orientiert

<sup>11</sup> vgl. den Internetauftritt unter <http://www.landesseniorenvertretung-rlp.de/>

<sup>12</sup> [www.wir-tun-was.rlp.de](http://www.wir-tun-was.rlp.de)

sich dabei an den Rechten nach Betriebsverfassungsgesetz. Die Werkstatträte organisieren sich auf Landesebene in der LAG Werkstatträte<sup>13</sup>

Mit dem BTHG wurden auch die Mitbestimmungsrechte der Schwerbehindertenvertretungen in Betrieben und Dienststellen hinsichtlich der betrieblichen Abläufe gestärkt (§ 178 ff. SGB IX neu). Zudem wird ein Inklusionsbeauftragter des Arbeitsgebers bestellt (§ 181 SGB IX neu)

### 3.3.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Im Teilhabeplan aus dem Jahre 2005 wurde festgestellt, dass die Vertretung von Menschen mit Behinderungen unzureichend entwickelt sei (Landkreis Ahrweiler 2005, S. 26). Die Situation hat sich in der Folgezeit verändert.

Auf der Ebene des Kreises wurde zur Umsetzung der Teilhabeplanung die Stelle des Teilhabekoordinatorin eingerichtet, die mittlerweile mit der Sachgebietsleitung für die Eingliederungshilfe verbunden ist.

Im Jahre 2010 wurde eine Satzung über die Errichtung eines Beirats für Menschen mit Behinderungen (Behindertenbeirat) im Kreistag beschlossen. Der Beirat „kann über alle Angelegenheiten beraten, die die Belange von Menschen mit Behinderungen im Landkreis berühren“ (§ 2). Der Beirat setzt sich zusammen aus Vertreter/innen der Fraktionen im Kreistag, sechs Menschen mit Behinderung bzw. deren Angehörigen und der/dem Leiter/in des Fachbereiches „Jugend, Soziales und Gesundheit“ der Kreisverwaltung (Vorsitz) als stimmberechtigte Mitglieder. Als beratende Mitglieder kommen sechs Vertreter/innen von Diensten und Einrichtungen hinzu. Der Beirat tagt öffentlich und mindestens jährlich. Die Protokolle stehen im Kreistagsinformationssystem auf der Homepage der Kreisverwaltung zur Verfügung.

Ein Seniorenbeirat auf der Ebene des Kreises besteht nicht. Der Kreis unterstützt durch freiwillige Leistungen Projekte von und für Senioren, die der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Teilhabe am kulturellen Leben dienen<sup>14</sup>.

Der Kreis Ahrweiler verfügt über eine lebendige Selbsthilfeszene. Im Ahrweiler Wiki werden Links zu 61 Selbsthilfegruppen aufgelistet<sup>15</sup>. Zahlreiche Selbsthilfegruppen sind auch im Beratungsführer Soziale Dienste enthalten. Um die Gründung und Arbeit von Selbsthilfegruppen zu unterstützen und den Zugang zu Gruppen zu erleichtern, wurden in Rheinland-Pfalz vier Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstellen gebildet. Zuständig für den Kreis Ahrweiler ist die Westerwälder Stelle (WeKISS)<sup>16</sup>.

Ausgehend von den Angaben in den Fragebögen der Städte und Gemeinden, den Rückmeldungen aus den Zukunftskonferenzen und weiteren Erhebungen, soll ein kurzer Überblick über die jeweiligen Vertretungsstrukturen und Ansätze zur Selbstorganisation gegeben werden.

In der **Kreisstadt Bad-Neuenahr-Ahrweiler** sind insbesondere die Selbstvertretung und –organisation älterer Menschen sowie die Seniorenarbeit gut entwickelt. Seit 2001 gibt es einen

<sup>13</sup> vgl. den Internetauftritt unter <https://www.lag-wr-rlp.de/>

<sup>14</sup> vgl. die Förderrichtlinie und <http://www.kreis-ahrweiler.de/pdf/seniorenarbeit.pdf>

<sup>15</sup> vgl. <https://www.aw-wiki.de/index.php/Kategorie:Selbsthilfegruppe>

<sup>16</sup> vgl. den Internetauftritt unter <https://www.wekiss.de>

Seniorenbeirat, der vom Bürgermeister jeweils für die Amtszeit des Stadtrates auf der Grundlage von Vorschlägen von Senioreneinrichtungen, der Wohlfahrtsverbände, der Kirchen und der im Stadtrat vertretenen Fraktionen berufen wird. Im Rahmen der Planungskonferenz in Bad Neuenahr-Ahrweiler wurde dem Seniorenbeirat eine wichtige Bedeutung für die Interessenvertretung sowie die Identifizierung und Überwindung von Barrieren zugeschrieben. Daneben gibt es seit 2004 das Seniorennetzwerk<sup>17</sup> als „überparteilicher und überkonfessioneller Zusammenschluss von Menschen der Generation 55+“ unter der Trägerschaft der evangelischen Kirchengemeinde. Es umfasst zahlreiche Aktivitäten und kooperiert eng mit dem Mehrgenerationenhaus<sup>18</sup> und anderen Gruppen in der Region. Die Zusammenarbeit der Träger wird durch das Forum Altenarbeit koordiniert. Hinsichtlich der Vertretung von Menschen mit Behinderungen wird auf die zahlreichen Selbsthilfegruppen, auf das Mehrgenerationenhaus und Angebote von Trägern der Behindertenhilfe hingewiesen. Im Rahmen der Planungskonferenz in Bad Neuenahr-Ahrweiler wurde deutlich, dass durch die zahlreichen Aktivitäten Themen der Senioren- und Behindertenpolitik auf der Agenda stehen, wobei die Gestaltung einer barrierefreien Infrastruktur hervorgehoben wurde.

Die **Gemeinde Grafschaft** bietet älteren Menschen Beteiligungsmöglichkeiten und Ansätze der Selbstorganisation. Im Jahre 2007 wurde ein Jugend- und Seniorenbeirat gebildet. Die Vertretung soll „die Ausprägung gemeinschaftlicher, orts- und altersübergreifender Arbeitsstrukturen ermöglichen und den Jugendlichen und Senioren daraufhin zu einer Artikulation ihres politischen Willens verhelfen“ (Satzung). Der Beirat besteht aus elf Mitgliedern zwischen 14 und 25 und ab 60 Jahren, die aufgrund einer Vorschlagsliste des Gemeinderates berufen werden. Der Beirat ist gegenwärtig ohne Vorsitz. Die zunächst innovative Idee der Zusammenführung von Interessen junger und alter Menschen wirft in der praktischen Arbeit auch Probleme einer gemeinsamen Interessenvertretung auf. In der Gemeinde gibt es, ähnlich wie in der Stadt Remagen, ein von der Caritas initiiertes Vernetzungsprojekt „Älterwerden in der Grafschaft“<sup>19</sup>. Es wurde im Jahr 2014 mit einer Sozialraumanalyse gestartet. Es wurden Projekte initiiert (z.B. Mittagstisch, Aufstellung von Bänken, Fahrdiensten, Planung von alternativen Wohnprojekten, Betreuungsgruppen), die die Entwicklung einer seniorengerechten Infrastruktur fördern, und ein selbständiges Leben ermöglichen. Die Gemeinde Grafschaft unterstützt das Projekt. Das Projektbüro befindet sich im Rathaus. Darüber hinaus stellt die Gemeinde dem Projekt ein Budget zur Verfügung, über das für Aktivitäten frei verfügt werden kann. Die Gemeinde Grafschaft erwägt, die Stelle eines „Sozialen Kümmerers für Senioren“ zu schaffen. In den Diskussionen im Rahmen der Planungskonferenzen wurde deutlich, dass durch die dargestellten Aktivitäten die Seniorenpolitik eine wichtige Rolle spielt. Dabei spielen Fragen der Mobilität und der Barrierefreiheit eine wichtige Rolle, die auch für Menschen mit Behinderungen relevant sind. Die Strukturen der Interessenvertretung und Selbstorganisation der Menschen mit Behinderungen sind allerdings in der Gemeinde nicht entwickelt.

---

<sup>17</sup> vgl. den Internetauftritt unter [www.seniorennetzwerk-bna.de](http://www.seniorennetzwerk-bna.de)

<sup>18</sup> vgl. den Internetauftritt unter <http://www.mehrgenerationenhaus-bnaw.de/>

<sup>19</sup> vgl. den Internetauftritt unter <http://aelterwerden-grafschaft.net/index.htm>

In der **Stadt Remagen** liegt der Schwerpunkt auf der Seniorenvertretung und Seniorenarbeit. Der Seniorenbeirat besteht seit 2011. Er besteht laut Satzung aus 15 Mitgliedern, die aufgrund von Vorschlägen von Vereinen, Kirchengemeinden, Einrichtungen und Fraktionen zusammengestellt wird. In der Arbeit des Beirats stehen allgemeine Themen älterer Menschen im Vordergrund (60+ Bus, Nutzbarkeit von öffentlichen Einrichtungen, Barrierefreiheit, Vorsorgevollmachten usw.), die häufig in Veranstaltung mit Expert/inn/en aufgegriffen werden. Der Seniorenbeirat stellt aus Sicht der Teilnehmer/innen den Kern der Mitgestaltungsmöglichkeiten für ältere Menschen dar. Die Arbeit des Seniorenbeirats wird durch den Ausschuss für Jugend, Senioren und Familie in den Gemeinderat vermittelt. Ein wichtiges Projekt für die Stadt Remagen ist das von der Caritas ins Leben gerufenen Netzwerk SoNA (Sozialraumorientierte Netzwerke für das Alter)<sup>20</sup>. Durch das Netzwerk werden zahlreiche Veranstaltungen und Aktivitäten organisiert, die darauf zielen, dass ältere Menschen „möglichst lange selbständig zu Hause leben“ (<http://sona-remagen.caritas-ahrweiler.de>). Das Projekt verknüpft ehrenamtliches Engagement mit professioneller Unterstützung. Die mangelnden Beteiligungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen wurden im Rahmen der Planungskonferenz als kritisch angesehen.

In dem Fragebogen der **Stadt Sinzig** wird auf das Bürgerforum verwiesen. Es handelt sich um eine Initiative, die 2013 als gemeinnütziger Verein ins Leben gerufen wurde und unter dem Motto steht „Wir für Sinzig – Sinzig für alle“<sup>21</sup>. Unter den Arbeitsgruppen findet sich allerdings keine, die die seniorengerechte und/oder behindertengerechte Entwicklung der Stadt zum Thema macht. Die Stadt Sinzig hat 2014 ein Konzept zur Entwicklung von Barrierefreiheit unter dem Titel ‚Sinzig für alle‘ in Auftrag gegeben, das durch Begehungen erarbeitet wurde. Die Stadt Sinzig hält eine Seniorenberatungsstelle<sup>22</sup> vor. Die Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen sind durch die zahlreichen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen in der Stadt präsent, die Strukturen der Interessenvertretung sind allerdings nicht entwickelt. In der Planungskonferenz wurde eine Erweiterung von Vertretungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigkeit auf Stadtebene als wünschenswert erachtet.

In der **Verbandsgemeinde Adenau** gibt es keine formellen Gremien zur Vertretung der Menschen mit Behinderungen oder Senioren. Nach den Rückmeldungen im Rahmen der Planungskonferenz finden die Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen in und durch die Einrichtungen Berücksichtigung. Hervorgehoben wurde auch die Selbstorganisation in Nachbarschaften und Initiativen. Kritisch gesehen wurde die mangelnde Berücksichtigung der Interessen von Menschen mit Beeinträchtigungen bei der Durchführung von öffentlichen Veranstaltungen. Auch in den Rückmeldungen aus den vier Ortsgemeinden, die sich an der Befragung beteiligt haben wird deutlich, dass organisierte Initiativen zur Interessenvertretung und Selbstorganisation nicht bekannt sind. Im Bereich der Unterstützung von älteren Menschen wird mehrfach auf das Teilhabezentrum in Adenau verwiesen.

---

<sup>20</sup> vgl. den Internetauftritt unter <http://sona-remagen.caritas-ahrweiler.de/>

<sup>21</sup> vgl. den Internetauftritt unter <http://buergerforum-sinzig.de/>

<sup>22</sup> vgl. den Internetauftritt unter <http://www.sinzig.de/leben-in-sinzig/senioreninformation-sinzig/>

Die **Verbandsgemeinde Altenahr** verweist hinsichtlich der Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen auf den Sozialverband VdK<sup>23</sup> in verschiedenen Ortsgruppen. Gegründet nach dem Zweiten Weltkrieg als Interessenvertretung der Kriegsoffer, versteht sich der Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e.V. mittlerweile als großer Sozialverband. Er unterhält in seiner Geschäftsstelle in Bad Neuenahr-Ahrweiler einer Sozialberatungsstelle und ist durch insgesamt 23 Ortsverbände im gesamten Kreisgebiet präsent. Es handelt sich eher um eine Selbsthilfeorganisation als eine kommunale Interessenvertretung. Im Rahmen der Planungskonferenz in der Verbandsgemeinde Altenahr wurden mangelnde Informationsmöglichkeiten über Beteiligungsmöglichkeiten genannt. Es wurde auch die Meinung vertreten, dass allgemeine Partizipationsstrukturen, wie etwa die Ortsbürgermeister/innen oder Ausschüsse nur selten von Menschen mit Beeinträchtigungen als Ansprechpartner/innen genutzt würden. Auf der Internetseite wird auf offene Angebote für Senioren in drei Ortsgemeinde hingewiesen. In den drei Ortsgemeinden, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind keine senioren- und/oder behindertenspezifischen Aktivitäten bekannt.

Im Fragebogen der **Verbandsgemeinde Bad Breisig** wird als erstes auf den Seniorenausschuss in der Stadt verwiesen, der sich etwa jährlich trifft und seniorenpolitische Fragen berät. In der Verbandsgemeinde Bad Breisig gibt es einen Seniorenbeirat, der aber mangels eines aktiven Vorstands zurzeit nicht tätig ist. Ebenfalls gibt es eine AG 60 plus, die sich mit seniorenpolitischen Themen in der Kommune beschäftigt. Wichtige Aktivitäten sind die Einrichtung eines Seniorentaxis und die Möglichkeiten in der Verwaltung. Im Rathaus gibt es eine Ansprechpartnerin für Senioren und eine Seniorensicherheitsberaterin. Des Weiteren wird auf die professionellen Angebote für ältere Menschen verwiesen.

Die **Verbandsgemeinde Brohltal** verweist in ihrem Fragebogen hinsichtlich der Interessenvertretung auf zahlreiche Selbsthilfe und sonstigen Gruppen. Als wichtige Aktivitäten werden die Einführung des mobilen Rathauses und die Einrichtung eines Jugend- und Seniorentaxis erwähnt. Weitergehende Aktivitäten finden sich in der Ortsgemeinde Kempenich mit der Arbeitsgemeinschaft ‚Kempenich für Senioren / Kempenich barrierefrei‘. Mit einer Fragebogenaktion wurden 2011 die Bedürfnisse von Senioren und Menschen mit eingeschränkter Mobilität ermittelt<sup>24</sup>. Schwerpunkt der Initiative ist der Aufbau einer Nachbarschaftshilfe.

### 3.3.2 Einschätzungen

In den kreisangehörigen Kommunen gibt es zahlreiche und beeindruckende Ansätze zur Interessenvertretung und zur Selbstorganisation von Senioren. Die Entwicklung scheint jedoch sehr stark abhängig zu sein von entsprechenden Initiativen aus der Bevölkerung oder von professionellen

---

<sup>23</sup> vgl. den Internetauftritt unter <http://www.vdk.de/kv-ahrweiler/>

<sup>24</sup> vgl. [http://www.kempenich.de/Bild/2012%2001%2003%20KEMP\\_BARRIEREFREI\\_Auswertung.pdf](http://www.kempenich.de/Bild/2012%2001%2003%20KEMP_BARRIEREFREI_Auswertung.pdf)

Leistungsanbietern. Teilweise sind die Vertretungen und Initiativen auf überregionaler Ebene vernetzt, während die Zusammenarbeit auf der Ebene des Kreises weniger entwickelt ist.

Dem Behindertenbeirat auf der Ebene des Kreises stehen keine entsprechenden Strukturen auf der Ebene der kreisangehörigen Kommunen gegenüber. Die Selbsthilfe ist nur am Rande in die Planung und Entwicklung von Angeboten eingebunden.

In der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung müsste der unterschiedlichen Ausprägung der Interessenvertretung und Selbstorganisation in den Planungsräumen Rechnung getragen werden. Zwischen den Interessen von Menschen mit Behinderungen und älteren Menschen gibt es große Schnittmengen hinsichtlich der barrierefreien Gestaltung der Infrastruktur und der Entwicklung nähräumiger Unterstützungsstrukturen, deren Potential für den Planungsprozess erschlossen werden sollte.

### 3.4 Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen aller Altersstufen sind in besonderer Weise auf ein qualifiziertes und gut erreichbares Angebot an medizinischer Versorgung angewiesen. Insbesondere schwerer behinderte Menschen sind oft anfälliger für allgemein verbreitete Krankheiten und oft treten Erkrankungen in verschiedenen Bereichen zusammen auf. Ein gutes medizinisches Versorgungssystem muss auch für den Personenkreis der Menschen mit Behinderungen in hohem Maße präventiv ausgerichtet sein und so darauf hinwirken, den Gesundheitszustand dieses Personenkreises zu erhalten oder zu verbessern.

Im Sinne primärer Prävention ist dafür der Einsatz für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen gemeint, sowohl im Hinblick auf allgemeine Umweltbedingungen (Wasser, Luft, materielle Lebensbedingungen, etc.), aber auch hinsichtlich der Vorbeugung von spezifischen Risikofaktoren für Menschen mit Behinderungen, um das Auftreten bzw. die Verschlimmerung von Erkrankungen zu vermeiden. Zu den Aufgaben von Gesundheitsförderung gehören zudem gesundheitserzieherische Maßnahmen, die sich auf Körperhygiene, Zahnhygiene sowie Ernährung und Bewegung beziehen. Hier sind die Erziehungs- und Bildungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche gefordert, ihren gesundheitspädagogischen Beitrag zu leisten. Thematisiert werden können solche Themen aber auch in den verschiedenen Angeboten der Erwachsenenbildung sowie der Eltern- und Familienbildung. Zu vermitteln ist, dass Gesundheit sich nicht nur aus der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen ergibt, „sondern durch gelungenes Leben in den Familien, in den Schulen, am Arbeitsplatz; eben in den Lebenswelten der Bürger“ (Huber 2008, S. 5).

Zu einem präventiven Ansatz gehört die systematische Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen in gleicher Weise, wie bei Menschen ohne Behinderung. Besonders wichtig bei Menschen mit Behinderungen aller Altersgruppen sowohl zur vorbeugenden Gesunderhaltung als auch zur Früherkennung sind regelmäßige Seh- und Hörtests, prophylaktische Zahnarztbesuche und gynäkologische Untersuchungen. Störungen in diesen Bereichen entstehen oft schleichend. Sie werden von den Betroffenen deshalb schlechter wahrgenommen und selten selbst geäußert.

Treten Anzeichen von Erkrankungen auf, ist vorliegenden Erfahrungen insbesondere bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Erstellung einer Diagnose aus verschiedenen Gründen oft schwierig (vgl. Niklas-Faust 2013). Neben einer eingeschränkten Selbstbeobachtung und –wahrnehmung der betroffenen Menschen ist häufig auch die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in erschwert. Zudem können in der Untersuchungssituation Ängste und Abwehrreaktionen ausgelöst werden. Ärzt/innen/e sind auf solche Situationen durch das Studium und Fort- wie Weiterbildung häufig nicht vorbereitet, gleichzeitig ist nicht selten ein sehr spezifisches Fachwissen erforderlich. Auch die Behandlung der Patient/innen/en mit Behinderungen selbst ist oft mit besonderen Herausforderungen für die beteiligten Stellen verbunden. Dies gilt sowohl für ambulante Behandlungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und für Behandlungen durch Therapeut/inn/en sowie auch für die stationäre Krankenhausbehandlung.

Die Ermöglichung einer angemessenen Krankenhausbehandlung stellt eine besondere Herausforderung dar, die insbesondere auch durch Fortbildung und Entwicklung von Begleitungs- und Betreuungskonzepten angegangen werden kann.

Im Zuge der Entwicklung medizinischer Versorgung hat sich in Deutschland ein System herausgebildet, das aus allgemeinmedizinischen und fachmedizinischen bzw. auch fachtherapeutischen Angeboten wie Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie oder auch psychotherapeutischen Angeboten besteht, die nach Lebensphasen und Krankheitsbereichen gegliedert sind.

Für alle Kinder, auch für Kinder, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, sind in der Regel Kinderärztinnen und Kinderärzte zuständig, die den Umgang mit nicht sprechenden Patienten, z. B. bei Säuglingen gewohnt sind und meist auch mit älteren Kindern mit Behinderung zurechtkommen. In der Kinderarztpraxis werden erste Diagnosen gestellt, eventuelle Fördermaßnahmen wie Krankengymnastik eingeleitet und Akutkrankheiten und Begleiterkrankungen behandelt. Zusätzlich stellen sozialpädiatrische Zentren wichtige Anlaufstellen für Eltern dar, wenn es in den ersten Jahren um Diagnostik und koordinierte Fördermaßnahmen geht. Des Weiteren können Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzspezialisierungen beispielsweise im im Bereich der Kinderneurologie oder der Kinderchirurgie notwendig sein.

Als problematischer gilt die medizinische Versorgung von Erwachsenen mit Behinderungen (vgl. Niklas-Faust 2013). Einschätzungen zu Folge kennen sich viele Ärztinnen und Ärzte weder mit den behinderungsbedingten gesundheitlichen Besonderheiten noch mit Verhaltensauffälligkeiten aus und können deshalb teilweise nicht angemessen reagieren. Die Koordination verschiedener gesundheitsbezogener Maßnahmen findet in der Regel durch Betreuer/innen von Menschen mit Behinderungen statt, eine Absprache verschiedener Ärztinnen und Ärzte untereinander ist häufig nicht gegeben. Insbesondere psychiatrische Erkrankungen werden häufig übersehen. Es werden jedoch deutlich häufiger als bei anderen Menschen Psychopharmaka verabreicht, ohne dass sachgemäß eine Diagnose gestellt wird. Andere Methoden zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen, wie Psychotherapie, kommen dagegen nur sehr selten zum Einsatz. Teilweise wird auf Untersuchungen verzichtet, die sinnvoll und notwendig wären, weil die Unsicherheit im Umgang z.B. mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigungen groß ist.

Beklagt wird das Fehlen von festgelegten Checklisten und Fragenkatalogen zu erweiterten Vorsorgeuntersuchungen, die so von den Krankenkassen übernommen würden, um chronische Krankheiten früher entdecken zu können. Vorgeschlagen wird die Entwicklung von Leitlinien durch die Ärztekammern bzw. Krankenkassen, wie bestimmte Symptome weiter abgeklärt werden können. In der Diskussion sind weiterhin persönliche ‚Gesundheitspässe‘ zur Dokumentation der Vorgeschichte und bereits durchgeführter Untersuchungen, um die Koordination von Behandlungsmaßnahmen zu verbessern.

Beklagt wird weiterhin, dass die Beförderung im Zusammenhang mit einem Arztbesuch, v.a. bei Rollstuhlfahrern, ein Problem sein kann. Verwiesen wird ebenso auf die nicht barrierefreie Ausstattung vieler Praxen.

Die Zielsetzung eines Inklusiven Gemeinwesens bedeutet für den Gesundheitsbereich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen alle medizinischen und therapeutischen Angebote, auch

hochspezialisierte, wahrnehmen können. Die vielfältigen Angebote zur gesundheitlichen Versorgung sollten barrierefrei nutzbar sein, und in ihrer Ausgestaltung für Menschen mit Beeinträchtigungen geeignet sein. Hierzu ist es wichtig, dass die Beteiligten im örtlichen Gesundheitswesen die auftretenden Probleme im Bereich der Prävention, Früherkennung, Behandlung und alltäglicher Bewältigung von Krankheiten kennen und systematisch an ihrer Lösung arbeiten. Dies kann im Rahmen einer kommunalen Gesundheitsförderungsplanung mit geeigneten örtlichen Koordinations- und Planungsgremien erfolgen.

### 3.4.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Wie die nachfolgenden Tabellen zeigen<sup>25</sup>, spiegelt die Versorgung mit niedergelassenen Allgemeinärzten, Fachärzten, Apotheken und mit Krankenhausangeboten im Kreisgebiet die generelle Infrastrukturproblematik der Region wieder. Während die sogenannte „Rheinschiene“ ein relativ dichtes Angebotsnetz aufweist, erscheint die Eifelregion eher unterversorgt.

*Tabelle 11: Niedergelassene (Zahn-) Mediziner sowie Apotheken im Planungsraum Adenau/Altenahr und im Landkreis Ahrweiler*

	VG Adenau		VG Altenahr		Landkreis Ahrweiler	
	Anzahl	Einwohner je ...	Anzahl	Einwohner je ...	Anzahl	Einwohner je ...
Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte	10	1319	3	3665	76	1681
Anästhesiologie	-	-	2	5497	10	12777
Augenheilkunde	1	13189	-	-	8	15971
Chirurgie	-	-	-	-	11	11615
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3	4396	-	-	16	7986
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	-	-	-	-	6	21295
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	13189	-	-	4	31943
Innere Medizin	1	13189	1	10994	31	4122
Kinder- und Jugendmedizin	-	-	-	-	10	12777
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	13189	-	-	3	42590
Nuklearmedizin	-	-	-	-	2	63885
Orthopädie	-	-	-	-	6	21295
Diagnostische Radiologie	-	-	-	-	6	21295
Urologie	-	-	-	-	4	31943
Sonstige Fachärzte	-	-	-	-	3	42590
Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde	1	13189	-	-	22	5808
<b>Gesamt</b>	<b>18</b>	<b>733</b>	<b>6</b>	<b>1832</b>	<b>218</b>	<b>586</b>
Zahnarzt	6	2198	4	2749	65	1966
Apotheken	2	6595	2	5497	30	4259

<sup>25</sup> Die Daten wurden der Regionaldatenbank des statischen Landesamtes entnommen:

<https://www.statistik.rlp.de/de/regional/meine-heimat/>

*Tabelle 12: Niedergelassene (Zahn-) Mediziner sowie Apotheken im Planungsraum Bad Breisig/Brohltal und im Landkreis Ahrweiler*

	<b>VG Bad Breisig</b>		<b>VG Brohltal</b>		<b>Landkreis Ahrweiler</b>	
	Anzahl	Einwohner je ...	Anzahl	Einwohner je ...	Anzahl	Einwohner je ...
Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte	7	1879	15	1220	76	1681
Anästhesiologie	-	-	-	-	10	12777
Augenheilkunde	-	-	-	-	8	15971
Chirurgie	1	13154	1	18299	11	11615
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	6577	-	-	16	7986
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	-	-	-	-	6	21295
Haut- und Geschlechtskrankheiten	-	-	-	-	4	31943
Innere Medizin	-	-	2	9150	31	4122
Kinder- und Jugendmedizin	-	-	-	-	10	12777
Kinder- und Jugendpsychiatrie	-	-	-	-	3	42590
Nuklearmedizin	-	-	-	-	2	63885
Orthopädie	-	-	-	-	6	21295
Diagnostische Radiologie	1	13154	-	-	6	21295
Urologie	-	-	-	-	4	31943
Sonstige Fachärzte	-	-	-	-	3	42590
Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde	1	13154	-	-	22	5808
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>1096</b>	<b>18</b>	<b>1017</b>	<b>218</b>	<b>586</b>
Zahnarzt	4	3289	6	3050	65	1966
Apotheken	3	4385	5	3660	30	4259

*Tabelle 13: Niedergelassene (Zahn-) Mediziner sowie Apotheken im Planungsraum Bad Neuenahr-Ahrweiler/Grafschaft und im Landkreis Ahrweiler*

	BN-AW		Grafschaft		Landkreis Ahrweiler	
	Anzahl	Einwohner je ...	Anzahl	Einwohner je ...	Anzahl	Einwohner je ...
Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte	19	1446	1	10944	76	1681
Anästhesiologie	3	9156	-	-	10	12777
Augenheilkunde	6	4578	-	-	8	15971
Chirurgie	7	3924	-	-	11	11615
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5	5494	1	10944	16	7986
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	5	5494	-	-	6	21295
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	13734	-	-	4	31943
Innere Medizin	19	1446	4	2736	31	4122
Kinder- und Jugendmedizin	8	3434	-	-	10	12777
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	27468	-	-	3	42590
Nuklearmedizin	2	13734	-	-	2	63885
Orthopädie	5	5494	-	-	6	21295
Diagnostische Radiologie	5	5494	-	-	6	21295
Urologie	4	6867	-	-	4	31943
Sonstige Fachärzte	2	13734	-	-	3	42590
Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde	10	2747	1	10944	22	5808
<b>Gesamt</b>	<b>103</b>	<b>267</b>	<b>7</b>	<b>1563</b>	<b>218</b>	<b>586</b>
Zahnarzt	26	1056	2	5472	65	1966
Apotheken	10	2747	1	10944	30	4259

*Tabelle 14: Niedergelassene (Zahn-) Mediziner sowie Apotheken im Planungsraum Remagen/Sinzig und im Landkreis Ahrweiler*

	Remagen		Sinzig		Landkreis Ahrweiler	
	Anzahl	Einwohner je ...	Anzahl	Einwohner je ...	Anzahl	Einwohner je ...
Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte	11	1490	10	1733	76	1681
Anästhesiologie	4	4098	1	17330	10	12777
Augenheilkunde	1	16392			8	15971
Chirurgie	2	8196			11	11615
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	8196	3	5777	16	7986
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde			1	17330	6	21295
Haut- und Geschlechtskrankheiten			1	17330	4	31943
Innere Medizin	4	4098			31	4122
Kinder- und Jugendmedizin	1	16392	1	17330	10	12777
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	16392			3	42590
Nuklearmedizin					2	63885
Orthopädie	1	16392			6	21295
Diagnostische Radiologie					6	21295
Urologie					4	31943
Sonstige Fachärzte	1	16392			3	42590
Psychiatrie, Neurologie, Nervenheilkunde	6	2732	3	5777	22	5808
<b>Gesamt</b>	<b>34</b>	<b>482</b>	<b>20</b>	<b>867</b>	<b>218</b>	<b>586</b>
Zahnarzt	8	2049	9	1926	65	1966
Apotheken	4	4098	3	5777	30	4259

Im Hinblick auf Angebote der Früherkennung, Diagnostik und Behandlung von Kindern kann die Bevölkerung im Landkreis Ahrweiler auf die Angebote des HTZ in Neuwied sowie auf die pädiatrischen Kliniken im angrenzenden Nordrhein-Westfalen zurückgreifen.

Im Rahmen der Landeskrankenhausplanung 2010 – 2016 wird der Landkreis-Ahrweiler dem Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald zugeordnet, in dem ein breites Angebot an Allgemein- und Spezialkliniken vorgehalten wird. Allgemeinkrankenhäuser finden sich in der Eifelregion (A-denau) sowie in Bad Neuenahr-Ahrweiler und Remagen. Im Bereich der psychiatrischen Krankenhausversorgung ist für den Landkreis Ahrweiler die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik in Bad Neuenahr-Ahrweiler von zentraler Bedeutung. Die Klinik steht für die akute Krankenhausversorgung gesetzlich versicherter Patienten offen und übernimmt im Rahmen der Psychiatrieplanung des Landes Rheinland-Pfalz die Pflichtversorgung für den Landkreis Ahrweiler. Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung ist des Weiteren die Fachklinik für Kinder- und Jugendliche, Psychotherapie/ Psychosomatik des Deutschen Roten Kreuzes von besonderer Wichtigkeit für den Landkreis Ahrweiler. Sie ist ebenfalls in Bad-Neuenahr-Ahrweiler angesiedelt.

## Ergebnisse der Online-Befragung

Im Rahmen der Online-Befragung wurden allen Teilnehmer/innen Fragen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen im Landkreis gestellt. Gefragt nach Versorgungslücken im Blick auf die **medizinische** Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen identifizieren etwas ein Viertel (27,6 %) derjenigen die eine Antwort geben (n=29) Versorgungslücken, 20,7 % sehen keine Lücken und etwa die Hälfte (51,7 %) kann keine Angabe machen. Zur Begründung für die Lücken in der Versorgung werden lange Wartezeiten, weite Fahrwege und fehlende Wahlmöglichkeiten genannt.

Versorgungslücken im Blick auf **therapeutische** Angebote sehen deutlich mehr Befragte (46,4 %), die sich dazu äußern (n=28). Lediglich 10,7 % sehen keine Lücken und 42,9 % können keine Einschätzung abgeben. Zur Begründung wird ebenfalls auf lange Wartezeiten und zusätzlich auf fehlende Angebote für spezielle Gruppen hingewiesen.

Mit Blick auf spezifische Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen im medizinischen Bereich wurden die Befragten zu mehreren Thesen um eine Einschätzung anhand von Schulnoten gebeten. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die dabei erreichten Mittelwerte.

	Mittelwert
Verfügbarkeit spezialisierter Gesundheitsdienste für spezifische und komplexe Bedarfslagen (vergleichbar mit seltenen Erkrankungen)	3,4
Ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens sind auf die besonderen Bedarfe nicht ausreichend vorbereitet und eingerichtet (Erhöhter Zeitbedarf, persönliche Assistenzen, verständnisvoller Umgang etc.)	3,2
Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen	3,6
Versorgung mit Hilfs-, Heil- und Arzneimitteln	3,0
Beratung sowie Berücksichtigung medizinischer Möglichkeiten zur Förde	3,1
Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Patient/innen und deren Begleitpersonen	3,1

Im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen ist anzumerken, dass die Einschätzung hier stark vom Standort der Einrichtung bzw. des Dienstes sowie den entsprechenden lokalen Gegebenheiten abhängt.

In Ergänzung zum bestehenden Angebot für Erwachsene mit Behinderungen gibt es konkrete Planungen zum Aufbau eines regionalen Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderungen in Rheinland-Pfalz Nord (MZeB-RLP-Nord). Dieses MZeB soll räumlich an das HTZ in Neuwied angebunden und von einem Trägerverbund verantwortet werden, dem u.a. das HTZ und die Lebenshilfe KV Ahrweiler angehören. Dabei soll in Bad Neuenahr-Ahrweiler eine Außenstelle dieses neuen Zentrums eingerichtet werden. Das MZeB-RLP-Nord hat seine Rechtsgrundlage in § 119 SGB V in Verbindung mit § 43b, durch die die Zulassung und der Personenkreis geregelt sind, für den medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden sollen. Die Leistungen sind

„auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind“ (vgl. § 119, Abs. 2). Für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der medizinischen Behandlungszentren liegt eine Rahmenkonzeption der vier Fachverbände für Menschen mit geistiger Behinderung vor<sup>26</sup>. Diese Rahmenkonzeption diene offensichtlich auch als Orientierungsvorgabe für die Konzeption des MZeB-RLP-Nord.

### 3.4.2 Einschätzungen

Bereits im Teilhabeplan von 2005 wurden Empfehlungen für Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitssystems insbesondere für Kinder mit Behinderungen formuliert, die in mancher Hinsicht nichts an Aktualität verloren haben (Landkreis Ahrweiler 2005, S. 71ff.). Die betreffenden Vorschläge beziehen sich insbesondere auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen bei Kinder, die in Kooperation mit dem Jugendamt zu konzipieren wären. Der Landkreis verfügt nur begrenzt über direkte Einflussmöglichkeiten auf das örtliche Gesundheitssystem. Gleichwohl ist aus Sicht des Planungsinstituts zu prüfen, ob nicht in stärkerem Maße als bisher das Gesundheitsamt des Landkreises Aktivitäten zur örtlichen Gesundheitsförderplanung initiieren könnte. Auf diesem Wege könnten Weiterentwicklungen auch für die Zielgruppe von Menschen mit Behinderungen erreicht werden. Zu überlegen wäre zudem, in welchen Gremien im Landkreis Themen der kommunalen Gesundheitsförderplanung beraten werden können. Dies erscheint gegenwärtig unklar.

Mit planerischen Aktivitäten könnten Fragen der Prävention und der medizinischen Versorgung künftig sozialräumlich thematisiert und bearbeitet werden. Dieser Ansatz könnte sich stärker als bisher auf die Kindertagesstätten, Schulen und andere Einrichtungen für die Allgemeinheit in den Landkreis-Kommunen stützen. In einem sozialräumlichen Ansatz könnten u.a. auch Fahrten und Begleitdienste, barrierefreien Zugänge, behindertengerechte Ausstattung etc. verbessert werden. Da auch die Planungskonferenzen in den kreisangehörigen Kommunen Hinweise darauf ergeben haben, dass die Versorgung von vielen Menschen mit geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen im Landkreis Ahrweiler eher problematisch ist, ist der Ansatz der medizinischen Behandlungszentren mit einem neuen Angebot zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten für behinderte Menschen beizutragen, positiv zu würdigen. Es lässt sich allerdings zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht einschätzen, wie sich das neue Angebot in die medizinische Versorgungsstruktur einfügen wird. Der § 119c SGB V betont die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit den Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die medizinischen Behandlungszentren sollen Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zu allgemeinen Gesundheitsleistungen eröffnen, ohne eine parallele Versorgungsstruktur aufzubauen.

---

<sup>26</sup> vgl. [http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption\\_MZEB\\_2015.pdf](http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf)

### 3.5 Beratung

Nicht nur im Bereich der Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen, sondern in nahezu allen gesellschaftlichen Lebensbereichen ist eine Zunahme des Bedarfs an Beratung festzustellen. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Komplexität der modernen Lebensbedingungen wird die Vorbereitung und Begleitung von Entscheidungen offensichtlich immer bedeutsamer.

Will man die Bedeutung von Beratung verstehen, ist es sinnvoll, die Situation des Beratungsgesprächs genauer zu betrachten. In einem Beratungsgespräch gibt es eine Person, die Rat sucht und eine andere Person, von der erwartet wird, dass sie Rat geben kann. Beratende Gespräche finden nicht nur in professionellen Beratungskontexten statt, sondern überwiegend in einem privaten Kontext. In unterschiedlichen Situationen werden Angehörige, Freundinnen und Freunde oder Bekannte um Rat gebeten. Dies geschieht häufig eher beiläufig, die Rollen zwischen Ratsuchendem und Beratenden können in aufeinander folgenden Phasen wechseln und meist ist nur ein Teil des Gesprächs auf Beratung konzentriert.

In einem Gespräch mit einer/einem professionellen Berater/in ist dies anders. Die Beratungshandlung ist nicht Teil alltäglicher Interaktion, sondern hat den Charakter einer abgegrenzten Dienstleistung, der auch ein Produktcharakter zugeschrieben werden kann. Beratungsleistungen werden sozusagen angeboten. Die Person, die Rat sucht, muss sich zuvor entscheiden, professionellen Rat einzuholen, Kontakt aufzunehmen und einen Termin zu vereinbaren. Die Rollen in der Beratung liegen fest und das gesamte Gesprächssetting ist auf das Problem der ratsuchenden Person ausgerichtet. Die Inanspruchnahme professioneller Beratung setzt einen hohen Problemdruck voraus und die Bereitschaft, über dieses Problem nicht nur nebenbei zu sprechen. Eine Zwischenform stellt die Beratung in Selbsthilfegruppen dar. Auch hier findet eine Fokussierung auf ein bestimmtes Problem statt, die Rollen im Beratungsgespräch liegen jedoch nicht eindeutig fest. Mit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen verbindet sich die Erwartung wechselseitiger Hilfe und sowie neuer sozialer Kontakte, die Gespräche auf gleicher Augenhöhe leichter ermöglichen.

#### **Beratung von Menschen mit Behinderungen**

Das Eintreten einer Beeinträchtigung stellt in der Regel ein einschneidendes Lebensereignis im Lebenslauf einer Person und des sie umgebenden sozialen Netzwerkes dar. Das Leben mit einer Beeinträchtigung erfordert den Umgang mit zahlreichen neuen Herausforderungen, Barrieren im Alltag und mit sowohl emotionalen als auch lebenspraktischen Belastungen. Die aktuellen Leitorientierungen der Selbstbestimmung als Ziele der Rehabilitation (SGB IX § 1) und der Pflege (SGB XI § 2) reagieren auf den gesellschaftlichen Prozess der Individualisierung. Die Angebote der Unterstützung haben die Funktion, den Risiken der gesellschaftlichen Ausgrenzung und Benachteiligung entgegenwirken. Mit dem Ansatz der Inklusion soll eine Benachteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen soweit wie möglich vermieden werden. Dabei wird die entscheidende Herausforderung für die Organisationen und Systeme der Gesellschaft darin gesehen, sich auf alle Personen bzw. potentielle Nutzer/innen ungeachtet ihrer individuellen Verschiedenheit einzustellen. Ein solcher Ansatz hat ein mehrdimensionales Aufgabenverständnis von Beratung zur Folge, das u.a. auch klare Abgrenzungen der Beratungsformen untereinander erschwert. Die Beratung von Einzelnen muss ergänzt werden durch die Beratung von Organisationen

in Bezug auf den Umgang mit Verschiedenheit und zur selbstverständlichen Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen. Diese Beratung kann durch die Nutzer/innen von Diensten und Einrichtungen als Expert/innen in eigener Sache erfolgen, sollte aber auch zur Aufgaben professioneller Beratung werden.

Beratung kann zum einen als spezielle fachliche Dienstleistung verstanden werden, die zu festen Zeiten in einer Beratungsstelle erbracht wird. Zum anderen geschieht Beratung häufig auch als integraler Bestandteil der Antragsbearbeitung oder Dienstleistungserbringung.

Durch die Vorgaben von Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention (Habilitation und Rehabilitation) erfährt die Beratung und Unterstützung durch selbst Betroffene eine erhöhte Aufmerksamkeit. Sie ist der Kern der Selbsthilfearbeit und wurde auch als Bedingung in die Förderrichtlinien für die trägerunabhängige Beratung im Rahmen der Rehabilitation aufgenommen.

Zur Systematisierung des spezialisierten Beratungsangebotes können drei Beratungsbereiche unterschieden werden:

- Begleitende Beratung: z.B. Bewältigung von Krisen, Gestaltung von Übergängen und individuelle Zukunftsplanung;
- Beratung im sozialrechtlichen Bereich: Sozialrechtliche Ansprüche, Zuständigkeiten und Finanzierung von Leistungen, Beschaffung von Hilfsmitteln, Informationen zum vorhandenen Angebot und
- Beratung über die Zugänglichkeit der öffentlichen Infrastruktur und zur barrierefreien Gestaltung öffentlicher Einrichtungen.

Die Beratung von Einzelnen muss ergänzt werden durch die Beratung von Organisationen in Bezug auf den Umgang mit Verschiedenheit und zur selbstverständlichen Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen. Diese Beratung kann durch die Nutzerinnen und Nutzer von Diensten und Einrichtungen als Experten in eigener Sache erfolgen, sollte aber auch zur Aufgaben professioneller Beratung werden.

### **Probleme der Beratung von Menschen mit Behinderungen**

Wenngleich die zunehmende Bedeutung von Beratung für Menschen mit Beeinträchtigungen unbestritten ist, ist ihre Organisation und Finanzierung als unbefriedigend zu bezeichnen. Die Beratungslandschaft wirkt unstrukturiert und es ist für Betroffene nicht immer einfach, das für sie passende Beratungsangebot zu finden.

Im Sozialrecht gibt es lediglich eine Verpflichtung der Sozialleistungsträger zur Beratung (§ 14 SGB I). Diese wird in den anderen Sozialgesetzbüchern unterschiedlich konkretisiert und erweitert. Dies soll für die Planungsbereiche der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung kurz skizziert werden.

Mit der Einführung des SGB IX im Jahre 2001 wurden in allen Regionen ‚Gemeinsame Servicestellen‘ durch die **Rehabilitationsträger** gebildet (SGB IX, Kap. 4) und mit einem umfassenden Beratungsauftrag versehen, der sich an den Grundsätzen des Case Managements orientiert und Begleitung und Vermittlung in Hilfen umfasst. Die Einlösung dieses Anspruches ist so unbefriedigend, dass sich der Gesetzgeber mit dem Bundesteilhabegesetz entschlossen hat, diese Stellen

wegfallen zu lassen. Sie können noch bis zum 31. Dezember 2018 fortgeführt werden. Danach sollen „Ansprechstellen“ (SGB IX § 12 Abs. 1) benannt werden, die Informationen vermitteln. Ergänzend zur Beratungsverpflichtung der Rehabilitationsträger wird das Bundesministerium für Arbeit zunächst bis 2022 „eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung als niedrighschwelliges Angebot, das bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung steht“ (SGB IX § 32 Abs. 1).

Im Bereich der **Pflege** wurde durch die Pflegereform im Jahre 2008 zum 1. Januar 2009 ein „Anspruch geschaffen auf individuelle Beratung und Hilfestellung ... bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung)“ (§ 7a SGB XI). Das Land Rheinland-Pfalz hat die bereits mit einer langen Tradition arbeitenden und geförderten Beratungs- und Koordinierungsstellen mit den Pflegestützpunkten verknüpft. Dadurch konnte das im Bundesvergleich engmaschige Netz von einer Beratungsstelle für ca. 30.000 Einwohner aufrechterhalten werden.

Für den Bereich der **sozialpsychiatrischen Infrastruktur** spielt das Angebot des sozialpsychiatrischen Dienstes im Bereich der Beratung und Betreuung von Personen, die durch andere Angebot nicht oder noch nicht erreicht werden, eine zentrale Rolle. Sie sind auf der Grundlage des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) des Landes Rheinland-Pfalz bei den Gesundheitsämtern angesiedelt und tragen dafür Sorge, „dass psychisch kranke Personen sowie Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Erkrankung vorliegen, rechtzeitig ärztlich und psychosozial beraten und betreut werden“ (PsychKG § 5).

Neben diesen Beratungsangeboten gibt es eine weitere große Anzahl von teilweise spezialisierten Beratungsangebote. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit können genannt werden, die Integrationsfachdienste, die Betreuungsvereine und -behörden, die Sozialberatung des VDK und Landesberatungsstellen für Inklusion, für barrierefreies Bauen oder alternative Wohnformen. Beratung gehört darüber hinaus zu dem Tätigkeitsspektrum von Alltagshilfen und spezialisierten Hilfen. Die gegenseitige Beratung ist Kern der Arbeit von Selbsthilfegruppen.

Die Kommunen sind gefordert, ihren Beratungsauftrag als Rehabilitationsträger so auszugestalten, dass die Anliegen der Bürgerinnen und Bürger aufgegriffen werden und die Bürgerinnen und Bürger ermutigt werden, die Beratung auch in Anspruch zu nehmen.

Bereits diese Übersicht macht deutlich, dass es im Rahmen der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung nicht darum geht, neue Beratungsangebote zu schaffen, sondern das vorhandene Beratungsangebot so weiter zu entwickeln, dass sich die Überschaubarkeit und Zugänglichkeit für die Ratsuchenden verbessert.

### 3.5.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Im Teilhabebericht aus dem Jahre 2005 wurde die Einschätzung vertreten, dass es keinen Mangel an allgemeiner sozialrechtlicher Beratung gibt, der Zugang zum Beratungsangebot jedoch schwierig ist. Angemerkt wurde, dass es im Kreis kein Beratungs- und Informationsangebot gibt, das sich auf die Belange von Menschen mit Mobilitäts- und Sinnesbehinderungen bezieht und, dass die Möglichkeiten des Internets zur Beratung und zum Informationsaustausch bislang nicht genutzt werden (Landkreis Ahrweiler 2005, S. 131).

Einen Überblick über die bestehenden Beratungsangebote und soziale Dienste mit einem Schwerpunkt auf Menschen mit Behinderungen schafft der ‚Beratungsführer Soziale Dienste‘, dessen schriftliche Fassung zuletzt 2008 von der Kreisverwaltung und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft herausgegeben wurde. Er wird erweitert durch ein Internetangebot (<http://www.kreis-ahrweiler.de/beratungsfuehrer.php>) mit einer umfangreichen Suchfunktion. Die Datenbank enthält neben den Kontaktdaten eine kurze Beschreibung der Aufgabe/Dienstleistung und der Zielgruppe. Die Daten stammen von den Anbietern selbst. Es sind nicht alle vorhandenen Angebote in der Datenbank aufgenommen. Die Suchergebnisse können in einer Druckversion angezeigt werden. Von der Kreispflegekonferenz wurde 2008 der Beratungsführer Demenz erarbeitet, der 2017 in der dritten Auflage erschienen ist und alle Angebote im Bereich der Unterstützung von Menschen mit Demenzerkrankungen mit kurzen Beschreibungen und Kontaktadressen enthält. Viele Beratungsangebote werden aufgrund ihrer fachlichen Ausrichtung in anderen Abschnitten dieses Berichts vorgestellt. An dieser Stelle werden daher nur ausgewählte, für die Handlungsfelder zentrale Angebote im Kreis Ahrweiler kurz skizziert.

#### Pflegestützpunkte

Im Bereich der Pflege bilden die vier Pflegestützpunkte die Basis des Beratungsangebotes. Sie sind in unterschiedlicher Trägerschaft, arbeiten jedoch nach einem ähnlichen Konzept und tauschen sich regelmäßig aus. Die Pflegestützpunkte sind für unterschiedliche Regionen zuständig:

- Verbandsgemeinde Adenau / Verbandsgemeinde Altenahr,
- Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler / Gemeinde Grafschaft
- Verbandsgemeinde Bad Breisig / Verbandsgemeinde Brohltal und
- Stadt Remagen / Stadt Sinzig

Das Beratungsangebot hat eine lange Tradition. Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde die Förderung des Landes für Sozialstationen in die Förderung von Beratungs- und Koordinationsstellen (BeKo) überführt. Das Angebot wurde im Jahre 2009 mit den neu eingeführten Pflegestützpunkten verknüpft und dadurch erweitert. Durch ein sehr hohes Maß an Kontinuität und eine intensive Öffentlichkeitsarbeit ist das Angebot bei Ratsuchenden bekannt und gut in die Gremien- und Abstimmungsstrukturen eingebunden. Durch die Verbindung der Beratungsstellen mit großen ambulanten Pflegediensten wird die Unabhängigkeit von anderen Pflegeanbietern kritisch gesehen.

Der Pflegestützpunkt für Adenau und Altenahr befindet sich seit dem Jahr 2013 im Teilhabezentrum Adenau. Mit dem Teilhabezentrum wurde eine gemeinsame Anlaufstelle für pflegebedürftige

und behinderte Menschen geschaffen, in dem unterschiedliche Beratungs- und Koordinationsangebote erbracht werden. Es dient den Betroffenen als eine erste Anlaufstelle und soll so den Zugang für Betroffene und die Klärung von Zuständigkeiten erleichtern.

Den Angaben der Internetseiten von Pflegediensten und -einrichtungen nach erfolgt eine Beratung auch durch die anderen Anbieter von Pflegeleistungen als vorbereitender und begleitender Bestandteil der Unterstützung.

### **Beratungsangebote für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen**

Im Bereich der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben die Kontakt- und Informationsstellen (KIS) im Gemeindepsychiatrischen Zentrum ‚Lichtblick‘ in Ahrweiler und das gemeindepsychiatrische Betreuungszentrum in Adenau die Funktion einer Anlauf- und Beratungsstelle. Im Teilhabeplan aus dem Jahre 2005 war das GPZ ‚Lichtblick‘ – zum damaligen Zeitpunkt in Trägerschaft der evangelischen Kirchengemeinde Bad Neuenahr-Ahrweiler das einzige Angebot mit einer offenen Anlaufstelle, was von allen Beteiligten als unzureichend bezeichnet wurde. Das GPZ ‚Lichtblick‘ wurde mit den anderen Angeboten 2008 in die Trägerschaft der evangelischen Stiftung Bethesda-St. Martin in Boppard überführt. Das Angebot in Adenau wurde von den Barmherzigen Brüdern Saffig seit 2011 ebenfalls im Verbund mit anderen Angeboten aufgebaut.

Das Angebot des sozialpsychiatrischen Dienstes, das im Gesundheitsamt angesiedelt ist, richtet sich an Personen, die von sich aus häufig keine Hilfe erfragen. Der Hilfebedarf wird eher durch Nachbarn, Angehörige, andere Stellen im Hilfesystem der Ordnungsbehörden bekannt. Der sozialpsychiatrische Dienst ist daher meist aufsuchend tätig und versucht, den Personen Hilfen zu vermitteln, regt die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung an und muss auch Zwangsunterbringungen initiieren. Die personelle Ausstattung des Dienstes erlaubt nur eine kurze Intervention, die Möglichkeit einer längeren beraterischen Begleitung fehlt. Dies stellt sich aus der Sicht der Fachkräfte als problematisch dar, da der Kreis wächst, der Unterstützung benötigt. Gleichzeitig sind die Verfahren zur Beantragung und Bewilligung von Leistung im Bereich der materiellen Sicherung und der Fachleistungen so komplex geworden, dass damit viele Leistungsberechtigte überfordert sind. So kann es sein, dass bereits für die Beantragung von Leistungen eine rechtliche Betreuung notwendig ist.

### **Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung**

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Zwischenberichtes ist nicht bekannt, ob bzw. welche Träger sich für die Förderung einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstelle bewerben. Es ist daher auch nicht einzuschätzen, welche Bedeutung das Angebot für die zukünftige Entwicklung der Beratungslandschaft einnehmen wird.

### **3.5.2 Einschätzungen**

Durch die Beratungsführer, die auch online zur Verfügung stehen, wird die Übersicht über die Beratungsangebote im Kreis Ahrweiler verbessert. Ein Beratungsangebot steht nun auch in der Eifelregion zur Verfügung.

Das grundlegende Problem der Unübersichtlichkeit der verschiedenen Beratungsangebote hinsichtlich der Verfügbarkeit und Spezialisierung ist wie andernorts auch für die Beratungslandschaft im Kreis Ahrweiler prägend. Die Beratungsangebote haben alle einen klaren Fokus auf das Feld, dem sie sich zugehörig fühlen und beraten in Hinsicht auf die feldspezifischen Fragen und Problemlagen. Eine übergreifende Orientierung auf unterschiedliche Dimensionen der Teilhabe ist wenig ausgeprägt.

Der mit dem Teilhabezentrum in Adenau verbundene Ansatz der Zusammenführung möglichst vieler Beratungsangebote unter einem Dach ist vielversprechend. Er müsste sich zum einen mit einer intensiven Kooperation der Beteiligten und zum anderen mit einer gemeinsamen Öffentlichkeit verbinden.

### 3.6 Planung und Steuerung der Hilfesysteme

Die seit geraumer Zeit laufenden Prozesse zur Modernisierung des Verwaltungshandelns im Sozialbereich verfolgen verschiedene Zielsetzungen. So sollen durch Personenzentrierung die fachliche Qualität der Leistungen verbessert, die Bürgernähe durch möglichst kurze und transparente Antragsverfahren erhöht und nicht zuletzt die eingesetzten finanziellen und anderen Ressourcen möglichst effektiv verwendet werden<sup>27</sup>. Für die Sozialverwaltungen bedeutet dies, die traditionelle Rolle des ‚Kostenträgers‘ zu überwinden und das Selbstverständnis eines ‚Sozialleistungsträgers‘ zu entwickeln. Im Sinne der leistungsberechtigten Bewohner/innen des Gemeinwesens steht der Sozialleistungsträger in der Verantwortung für die fachliche Qualität der von ihm zu gewährenden sozialen Dienstleistungen und für die dabei entstehenden Kosten. Als Teil kommunaler Verwaltung übernimmt er aber gleichzeitig auch im Sinne der Daseinsvorsorge die Verantwortung dafür, dass in den verschiedenen sozialen Bereichen in seinem Territorium verlässliche und bedarfsgerechte Hilfesysteme insgesamt zur Verfügung stehen.

Zur Entwicklung wirksamer Vorgehensweisen zur Planung und Steuerung des Leistungsgeschehens im Bereich der Teilhabe und Pflege können Sozialleistungsträger auf drei Ebenen ansetzen, die aber miteinander zu verknüpfen sind:

**Ebene der Individuellen Teilhabeplanung:** Anstatt für behinderte oder pflegebedürftige Personen wie früher ein passendes Angebot zu suchen und sie dann dort unterzubringen, geht es darum, über Verfahren zur individuellen Teilhabeplanung entsprechende Unterstützungsarrangements zuzuschneiden auf die Bedürfnisse des Einzelfalls zu entwickeln und umzusetzen.

Obwohl dies für die Bereiche der Eingliederungshilfe und Pflege gleichermaßen gilt, sind die rechtlichen Grundlagen insbesondere für Aufgaben der Individuellen Teilhabeplanung sehr unterschiedlich. Im Bereich der Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Behinderungen wurde mit dem neuen Bundesteilhabegesetz die Verpflichtung der Sozialleistungsträger zur individuellen Teilhabeplanung bei Beteiligung mehrerer Träger (§19 SGB IX neu) bzw. zur Gesamtplanung bei Leistungen der Eingliederungshilfe (§117 SGB IX neu) gestärkt.

Demgegenüber wurde im Pflegestärkungsgesetzes (PSG) II die ohnehin schwachen öffentlichen Steuerungsmöglichkeiten bei der individuellen Planung von Pflegeleistungen eher geschwächt. Der MDK beschränkt sich seit dem 1.1.2017 nur noch auf die Feststellung eines Pflegegrades und nimmt keine Festlegung der erforderlichen Hilfen mehr vor. Allerdings ist der MDK nach §18, Abs. 6 gehalten, der Pflegekasse nach der Prüfung in der Wohnung der Antragsteller/innen mitzuteilen, welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, sowie Art und Umfang von Pflegeleistungen und einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Diese Informationen sollen dann gemäß § 7a SGB XI zur Grundlage eines individuellen Versorgungsplans werden, den ein/e Pflegerater/in „mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen“ hat. Unklar

---

<sup>27</sup> Vgl. hierzu auch die Einführung der KGST zu Sozialpolitik und Sozialverwaltung unter: <https://www.kgst.de/soziales-jugend>

ist, ob und inwieweit diese Planungsverpflichtungen für Leistungsberechtigte nach SGB XI im Einzelfall in der Praxis realisiert werden. Im Falle des Zusammentreffens von Leistungsansprüchen der Pflege sowie der Eingliederungshilfe nach SGB XII oder SGB VIII findet bisher jedoch keine Verknüpfung der Planungsprozesse auf Einzelfallebene statt.

Diese rechtliche Situation hat deutliche Auswirkungen auf die Planungsrealitäten in den Kommunen. Insbesondere im Hinblick auf die Planungsverfahren auf der individuellen Ebene kann im Bereich der Eingliederungshilfe von einer bereits entwickelten Praxis der Einzelfallsteuerung ausgegangen werden, während im Bereich der Pflege dies nicht der Fall ist. Dies gilt in hohem Maße für die Kommunen in Rheinland-Pfalz.

Im Zuge der Reform des Teilhaberechts sind die Bundesländer nach §94, Abs. 1 SGB IX aktuell vor die Aufgabe gestellt, die Zuständigkeit der Träger für Leistungen der Eingliederungshilfe neu zu bestimmen. Auch in Rheinland-Pfalz werden diesbezüglich verschiedene Modelle diskutiert, allerdings ist davon auszugehen, dass die Planungsaufgaben den Kommunen erhalten bleiben (vgl. Diehl 2017).

**Ebene der örtlichen Angebotsplanung:** Die Möglichkeit, individuelle Unterstützungsarrangements für Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedarf zu entwickeln, ist in dem Maße gegeben, in dem vor Ort inklusionsorientierte und flexible Dienste und Einrichtungen zur Verfügung stehen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit für Sozialleistungsträger, die Entwicklung der Hilfesysteme planerisch mit zu gestalten.

In Rheinland-Pfalz stehen die Kommunen zusammen mit dem Land in fachlicher und finanzieller Verantwortung, dafür, dass in ihrer Gebietskörperschaft ein bedarfsgerechtes Angebot an Teilhabe- und Pflegeleistungen für anspruchsberechtigte Personen besteht, das zeitgemäßen Anforderungen entspricht. Allerdings besteht weder auf Bundes- noch auf Landesebene eine explizite gesetzliche Verpflichtung zur kommunalen oder regionalen Planung von Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, so dass gesetzliche Grundlagen nur indirekt über die allgemeine Verpflichtung zur kommunalen Daseinsvorsorge nach §28 GG oder aus § 17, Abs. 1 SGB I hergeleitet werden können, wonach die Leistungsträger verpflichtet sind, darauf hinzuwirken, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. Trotz dieser eher schwachen Verpflichtung gibt es in zahlreichen rheinland-pfälzischen Kommunen systematische Prozesse der örtlichen Teilhabeplanung (Schädler u.a. 2016).

Anders als im Bereich der Behindertenhilfe verpflichtet das Land Rheinland-Pfalz die Kommunen zu einer Pflegestrukturplanung zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (vgl. § 3, Abs. 1 LPflegeASG). Eine vergleichbar eindeutige Verpflichtung zur kommunalen Teilhabeplanung im Bereich der Hilfeangebote für Menschen mit Behinderungen ist auch im neuen Rehabilitationsrecht nicht zu finden, obgleich dies in vielen Kommunen bereits zum Standard der Sozialplanung gehört.

**Finanzierungssystem mit zielführenden Anreizen:** Die in den relevanten Finanzierungsgrundlagen der Leistungen enthaltenen Anreize sollen Leistungserbringer ‚belohnen‘, die reforminteressiert sind und auf inklusionsorientierte Konzepte und Arbeitsweisen setzen.

Im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach SGB XII besteht bisher die strikte Aufteilung in stationäre und ambulante Leistungen. Die Finanzierung beider Bereiche erfolgt auf der Grundlage von Leistungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII, doch bestehen in der Finanzierungslogik beider Bereiche erhebliche Unterschiede. Während sich im stationären Bereich die Finanzierung im Kern auf die Kosten eines ‚Platzes‘ in einer Einrichtung bezieht, beruht die Vergütung ambulanter Leistungen auf erforderlicher ‚Zeit und Fachlichkeit‘. Bisher wurden die Leistungsvereinbarungen für den stationären Bereich auf Landesebene zwischen Sozialhilfeträger und Anbieterseite ausgehandelt, während dies für die Leistungsvereinbarungen für ambulante Leistungen auf örtlicher Ebene erfolgte. Ohne dies hier näher ausführen zu können, ist festzustellen, dass die ambulante Finanzierungslogik den Kommunen erhöhte Steuerungsmöglichkeiten bietet. Im Zuge der Umsetzung der diesbezüglichen Bestimmungen im Bundesteilhabegesetz ist bis 2022 eine Vereinheitlichung der bisher getrennten Finanzierungsgrundlagen vorgesehen (vgl. Kap. 5.2 Wohnen).

Für den Bereich der Pflege kann hier kurz festgestellt werden, dass insbesondere mit dem PSG II die Leistungen zur ambulanten Pflege in der eigenen Häuslichkeit sowie die Unterstützung für pflegende Angehörige gegenüber dem stationären Bereich deutlich erhöht wurde. Auch wurden zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten für innovative Betreuungsformen, wie z.B. Pflege-Wohngemeinschaften geschaffen. Wenn Menschen mit Behinderungen in einer eigenen Wohnung leben und Leistungsansprüche gegenüber der Eingliederungshilfe nach SGB XII und gegenüber der Pflege nach SGB XI haben, dann können diese Leistungen auch nebeneinander in Anspruch genommen werden. Dies kann die Entscheidung dieses Personenkreises für eine ambulante Unterstützung bestärken, schafft aber neue Schnittstellen zwischen den Leistungssystemen, die zu klären sind.

### **3.6.1 Planungsverfahren der Eingliederungshilfe im Landkreis Ahrweiler**

#### **Individuelle Teilhabeplanung**

Der Landkreis Ahrweiler hatte 2004 mit seiner Beteiligung an dem Landesprojekt ‚Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß‘ (vgl. Kaas 2002) begonnen, in dem u.a. der Zugang zum System der Eingliederungshilfe neu gestaltet wurde. Bereits damals hatte die Kreisverwaltung eine Konzeption ‚Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler‘ entwickelt, in der es heißt:

„Die Hilfeplanung ist als ein Beratungsprozess unter Einbeziehung des Hilfesuchenden und aller beteiligten Fachstellen zu sehen. Sie dient als Entscheidungsgrundlage für die Durchführung von einzelnen Hilfemaßnahmen oder Aktivitäten zur Wiedereingliederung des behinderten Menschen in die Gemeinschaft“ (Landkreis Ahrweiler 2003, S. 10).

Konkret sollte das Durchlaufen von Verfahren zur Individuellen Hilfeplanung in den meisten Bereichen Voraussetzung dafür werden, eine Kostenzusage der Sozialhilfeträger für Leistungen der Eingliederungshilfe zu erhalten. Ausgenommen wurden hiervon Leistungen zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) sowie die Eingliederungshilfe zur Versorgung mit Körperersatzstücken, mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln aber auch Leistungen der

Frühförderung, Leistungen zur Unterbringung in einer Tagesförderstätte für Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung sowie die Hilfen für den Personenkreis der Menschen mit ‚besonderen sozialen Schwierigkeiten‘ (a.a.O., S. 12).

Das Individuelle Hilfeplanverfahren (IHP) sollte zu einer Qualitätsverbesserung der Hilfen beitragen, den Ausbau ambulanter Hilfeformen voranzubringen sowie eine gezieltere Kostensteuerung ermöglichen. Das Verfahren bestand aus den Elementen der Begutachtung mit einem systematischen Erhebungsbogen, der Hilfeplankonferenz als Entscheidungsstelle und der Option auf ein Persönliches Budget für den Bereich Wohnen.<sup>28</sup>

Beim Landkreis Ahrweiler wurde 2005 eine Koordinierungsstelle für das Projekt ‚Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler‘ eingerichtet, die nach Eingang von Anträgen auf Eingliederungshilfe bzw. anstehenden Fortschreibungen zunächst durch Formen aufsuchender Beratung das Begutachtungsverfahren organisierte. Die Koordinierungsstelle fungierte auch als Geschäftsstelle für die Hilfeplankonferenzen, sich wie folgt zusammensetzen:

- die hilfesuchende Person sowie ggfs. eine Person ihres Vertrauens oder den Betreuer hinzuzuziehen,
- der bzw. die angefragten Leistungserbringer,
- der/die Koordinator/in als Sitzungsleiter/in,
- das Gesundheitsamt (Arzt/-ärztin / Psychiater/in),
- der Sozialdienst für die Vorstellung des IHP,
- der/die Leiter/in des Sozialamtes als Kostenträger und
- das Land Rheinland-Pfalz (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung) als Kostenträger.

Bei Bedarf konnten im Einzelfall weitere Fachstellen hinzugezogen werden. Aufgrund der übergreifenden Zuständigkeit der Eingliederungshilfe wurde die Hilfeplankonferenz in einen Konferenzteil für seelisch behinderte Menschen und zum anderen in einen Konferenzteil für körperlich und geistig behinderte Menschen aufgeteilt. Damit hatte sich der Landkreis Ahrweiler ein praktikables Umsetzungsverfahren für Individuelle Hilfeplanung in der Behindertenhilfe und Gemeindepsychiatrie geschaffen. Erfreulicherweise wurden für die Aufgaben der Individuellen Hilfeplanung weitere Personalkapazitäten geschaffen, die zusammen mit dem zunehmenden Erfahrungswissen auch zu einer fachlichen Qualifizierung beitrugen. Nicht zuletzt dies trug auch zur weitgehenden Akzeptanz des IHP durch die Anbieterseite bei.

In den Folgejahren eröffnete das Land den Kommunen im Projekt ‚Hilfe nach Maß‘ einerseits breitere Handlungsspielräume zur Ausgestaltung der Hilfeplanverfahren, andererseits wurden dem Landkreis Ahrweiler unter der Bezeichnung ‚Individuelle Teilhabeplanung‘ (ITP) überarbeitete Instrumente angeboten, die dann auch übernommen wurden. Aus Sicht der Beteiligten in der Verwaltung erwies sich das praktizierte Verfahren, insbesondere das Element der ‚Hilfeplankonferenz‘ in seiner starren Anwendung als unverhältnismäßig aufwändig, da die Anzahl der zu koordinierenden Personen erheblich war. Zudem wurde als Problem gesehen, dass

<sup>28</sup> vgl. Rundschreiben des Ministeriums. für Arbeit, Soziales., Familie und Gesundheit vom 06.05.2003

wichtige Bereiche der Eingliederungshilfe, wie Frühförderung oder vorschulische Leistungen, nicht in das Verfahren einbezogen waren.

Vor diesem Hintergrund wurde im Oktober 2013 mit Unterstützung der KGST unter der Überschrift „Soll-Kernprozess ‚Eingliederungshilfe‘ – Fallmanagement“ eine Neubeschreibung des Gesamtprozesses vorgenommen. Mit Führungskräften und Vertreter/innen der Mitarbeiterschaft wurde eine Prozessvorgabe entwickelt und in vier Arbeitsschritte<sup>29</sup> gegliedert ist:

- Qualifizierter Erstkontakt
- Qualifizierte Teilhabeprüfung
- Teilhabeplanung
- Begleitung der Hilfen

Die so entwickelte Prozessbeschreibung ist die Grundlage für die derzeit praktizierte Form des „Fallmanagements“, das künftig die Funktion der Gesamtplanung bzw. Teilhabeplanung nach SGB IX einnehmen kann. Das jetzige Verfahren unterscheidet sich von dem zuvor geltenden in wichtigen Punkten:

- Die personelle Erweiterung im Sozialamt ermöglicht es, die individuelle Bedarfsermittlung und die Teilhabeplanung verwaltungsseitig durchzuführen. Dies beinhaltet eine qualifizierte Abklärung der Situation und der Hilfewünsche der Leistungsberechtigten durch direkte Kontaktaufnahme und Begutachtungen ‚vor Ort‘.
- Der Entscheidungsprozess über Art, Inhalt und Umfang der Leistungen findet weitgehend verwaltungsintern statt. Die Hilfeplankonferenz als Ort für gemeinsame Beratung und Aushandlung von Anträgen auf Teilhabeleistungen wurde durch eine interne Fallkonferenz ersetzt. Die Anbieterseite hat an wirksamen Beteiligungsmöglichkeiten verloren, sie wird nur noch in der Phase des qualifizierten Erstkontakts als Informationsquelle einbezogen.
- Andere Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe wurden in das ‚Fallmanagement‘ einbezogen.
- In Bezug auf Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich der Kindertagesstätten trägt die Einbeziehung in das Fallmanagement tendenziell zu einer "Verbürokratisierung" der Entscheidungsprozesse bei, die erhebliche zeitliche Verzögerungen, etwa bei der Entscheidung über einen Platz im heilpädagogischen Kindergarten, auslösen.

Betrachtet man das derzeitige Verfahren der Individuellen Teilhabeplanung insgesamt, so konnten die Potentiale der Fallsteuerung durch das stärker verwaltungszentrierte Verfahren erhöht werden. Dies ist allerdings insofern ambivalent, als die Entscheidungsprozesse an Transparenz verloren haben und die diskursiven Potentiale einer Beteiligung der Leistungserbringer an Teilhabeplanungsverfahren reduziert wurden. Auch bleibt offen, ob und in welchem Maße im jetzt praktizierten Verfahren die Situation und die sozialräumlichen Ressourcen im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens miteinbezogen werden.

---

<sup>29</sup> vgl. Kreisverwaltung Ahrweiler (2013): KGSt-Bericht, S. 47ff.

Neben der Prüfung rechtlicher Ansprüche ist es eine zentrale Anforderung an Individuelle Teilhabeplanung, die Ergebnisse der Planungsprozesse im Einzelfall mit Aktivitäten der Angebotsentwicklung auf der Ebene des Hilfesystems des Landkreises insgesamt zu verknüpfen. Das derzeitige Prozessmodell bietet keine erkennbaren Antworten auf die Frage, wie dies geschehen soll.

### **Kommunale Angebotsplanung**

Der Landkreis Ahrweiler hat mit dem Teilhabeplan 2005 einen wichtigen Planungsschritt gemacht und dabei seine Politikfähigkeit in den Bereichen der Behinderten – bzw. Psychiatriepolitik gestärkt. Der Teilhabeplan wurde den Rückmeldungen aus den Planungskonferenzen und den anderen Befragungen zufolge von der Fachöffentlichkeit im Kreis breit rezipiert und gilt noch immer als wichtiges Dokument. Mit dem Teilhabeplan 2005 wurden Orientierungspunkte für die konzeptionelle Ausrichtung der Behinderten – bzw. Psychiatriepolitik des Landkreises konkretisiert und Datengrundlagen für politische Entscheidungsprozesse geschaffen. Ein Teil der fachlichen Empfehlungen des Plans von 2005 bezog sich bereits auf die Schaffung von Planungsstrukturen, um den Prozess der Teilhabeplanung im Landkreis auf Dauer zu stellen.

In bilateralen Verhandlungen mit einzelnen Leistungserbringern konnte die Kreisverwaltung zu Leistungsvereinbarungen über ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen nach §75 SGB XII kommen. Damit wurde die Abkehr vom persönlichen Budget (Pauschalleistungen) hin zu einer individuellen Form der Betreuungsleistungen (Spitzabrechnung) erreicht. Gleichzeitig erfolgte eine Einteilung in Fachleistungen, welche ausschließlich von Fachkräften durchgeführt werden dürfen, und Alltagshelferleistungen. Die Bedarfserhebung für einen Klienten (Umfang der Betreuung, Ziele, Maßnahmen etc.) erfolgt seitdem durch das Sozialamt. Bei der Umsetzung der Leistungsvereinbarungen konnten einvernehmliche Feinabstimmungen hinsichtlich Korrekturen erforderlicher Leistungen, etwa bei Über- bzw. Unterschreitung der bewilligten Stundenkontingente, praktiziert werden. Das neue Zugangsverfahren zum Hilfesystem kann somit als insgesamt akzeptiert bezeichnet werden.

Aus den Befragungen und Dokumentenanalysen ergibt sich, dass es aber insgesamt nur in Ansätzen gelungen ist, wirksame Planungsstrukturen und – gremien einzurichten, in denen Probleme der Angebotsentwicklung beraten werden können. Positive Ansätze stellen die sogenannten Jahresgespräche der Kreisverwaltung mit den Trägern der Behindertenhilfe dar, in denen auch konflikthafte Themen bearbeitet werden können. Als für das betreffende Feld bedeutsam wird in den Interviews die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises bewertet, die ein hohes Maß an Selbstorganisation aufweist. Dieses Gremium wird aber bisher offensichtlich von Kreisseite nicht systematisch für planerische Anliegen genutzt.

### **3.6.2 Planungsverfahren der Pflege im Landkreis Ahrweiler**

#### **Individuelle Fallsteuerung**

Die Einschätzung, hilfe- oder pflegebedürftig zu sein, wird meist nicht von der betroffenen Person selbst vorgenommen, sondern von Angehörigen, Betreuern, dem Arzt oder bei einem Krankenhausaufenthalt von dem dort arbeitenden Personal. Wird dann die Entscheidung getroffen, einen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zu stellen, dann kommt nach Antragstellung der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) zu einem Hausbesuch, um die Pflegebedürftigkeit der Betroffenen festzustellen. Im Ergebnis wird ein Gutachten über gesundheitlich bedingte Einschränkungen der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit in sechs unterteilten Lebensbereichen erstellt: 1. Mobilität, 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. Umgang mit krankheitsspezifischen und therapeutischen Anforderungen, 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Auf dieser Grundlage schlägt der Gutachter der Krankenkasse eine Einordnung in Pflegegrade 1 bis 5 vor. Das beschriebene Verfahren sieht als Solches keine Einbeziehung des Sozialhilfeträgers vor und erschwert damit Möglichkeiten der Fallsteuerung.

Im Zuge der Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Pflegeversicherung (SGB XI) zum 01.01.2017, die nahezu identisch in der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe gelten (§ 61a SGB XII), müssen nun neben den rein körperbezogenen Pflegebedarfen mehr als zuvor Bedarfe für weitere pflegerische Betreuungsmaßnahmen für die Zuerkennung eines Pflegegrads berücksichtigt werden. Wenn Leistungen im Bereich der Hilfe zur Pflege alternativ oder zusätzlich zum SGB XI in Anspruch genommen werden sollen, dann bestehen auf Seiten der Kommune eine unmittelbare Notwendigkeit zur Ermittlung des konkreten Pflegebedarfs und das objektive Interesse an Kostensteuerung. Die Beschränkung des MDK auf die Feststellung eines Pflegegrads, der für SGB XI und SGB XII gilt, bedeutet, dass die Ermittlung der konkret erforderlichen pflegerischen Hilfen als neue, zusätzliche Aufgabe dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zu fällt. Daher empfiehlt sich die aktive Beteiligung bzw. Mitgestaltung der Begutachtungsaufgaben durch die Kommune.

### **Pflegestrukturplanung**

Als erste Kommune in Rheinland-Pfalz wurde im Landkreis Ahrweiler bereits 2005 eine Kreispflegekonferenz als festes Planungsgremium zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung im Kreisgebiet ins Leben gerufen. Die Geschäftsführung der Kreispflegekonferenz wurde dem Kreisgesundheitsamt übertragen. Die Durchsicht der Sitzungsprotokolle der letzten fünf Jahre deutet darauf hin, dass in der Vergangenheit eine Reihe erfolgreicher Projekte, etwa im Bereich der Demenzversorgung, zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Vor- und Umfeld von Pflege oder zur Sensibilisierung für den sich entwickelnden Fachkräftemangel initiiert und durchgeführt wurden. Allerdings wird auch deutlich, dass seit einiger Zeit das Gremium nur noch sehr ansatzweise als Planungsgremium zur Entwicklung des örtlichen Pflegesystems fungiert und eher Informationsangebote an die Teilnehmer/innen gemacht werden.

Zusätzlich besteht als weiteres Forum für Fragen der pflegerischen Versorgung ein Pflegebeirat, der jährlich zu Beratungen zusammenkommt, aber bisher nur wenig in pflegebezogene Planungsaktivitäten einbezogen ist. Mit dem vorliegenden Planungsvorhaben wird der Verpflichtung zur kommunalen Pflegestrukturplanung nun explizit nachgekommen.

### **3.6.3 Einschätzungen**

Seit 2005 hat die Sozialverwaltung des Landkreises Ahrweiler ihren Steuerungsanspruch bei der Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe weiterentwickelt. Zur Anwendung von individueller Teilhabeplanung wurden im Sozialamt personelle Erweiterungen vorgenommen, die es ermöglichen, die Bedarfsermittlung und die Formulierung des Teilhabeplans durch die

Verwaltung selbst vorzunehmen. Ansätze der Aushandlung und Abstimmung mit den Leistungsberechtigten und den Leistungsanbietern im Rahmen der Hilfeplankonferenzen wurden reduziert. Dies kann vor dem Hintergrund der sehr stark partizipativ ausgerichteten Vorgaben zur Individuellen Teilhabeplanung bzw. zur Gesamtplanung nach § 117 SGB IX-neu als veränderungsbedürftig angesehen werden.

Auch im Bereich der Pflege gibt es auf Verwaltungsseite ein gestiegenes Steuerungsinteresse im Einzelfall. Dies kann derzeit aber nur deutlich eingeschränkter als in der Eingliederungshilfe verwirklicht werden.

Im Landkreis Ahrweiler gibt es zahlreiche fachpolitische Gremien in den für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung relevanten Feldern. Es ist aber unklar, welche Aufgabenstellung diese haben und wie diese auf Entscheidungsprozesse in der Kreispolitik bezogen sind. Dadurch wird die Thematisierung und Politisierung (Agenda Setting) von Entwicklungsbedarfen im Bereich sozialer Infrastruktur erschwert. Vor dem Hintergrund des Steuerungsanspruchs des Kreises auf Einzelfallebene und der Aushandlung von Leistungsverträgen mit einzelnen Anbietern wirken die kooperativen Strukturen zur Entwicklung einer Teilhabepolitik und zur Angebotsentwicklung schwach entwickelt.

Es ist zu überlegen, ob bzw. wie die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung Impulse zu einer Neustrukturierung der Gremienarbeit geben kann. Die Gremien könnten stärker aufgabenbezogen und sozialräumlich orientiert sein und auf einer kleinräumigen Ebene die kreisangehörigen Kommunen und die dort tätigen Akteure in den Feldern der Pflege, Behindertenhilfe und sozialpsychiatrischen Versorgung für Planungsprozesse zusammenbringen. Diese Ebene bietet die Chance, Fragen der Mobilität und der barrierefreien Infrastruktur mit der Entwicklung des Leistungsgeschehens zu verknüpfen.

## **4. Kindes –und Jugendalter**

### **4.1 Hilfen in der frühen Kindheit**

Auf Bundesebene wurden mit Einführung des SGB IX (2001) und der Frühförderungsverordnung (FrühV) (2003) erstmalig übergreifende gesetzliche Grundlagen verabschiedet, die eine interdisziplinäre und abgestimmte Leistungserbringung und Finanzierung ‚aus einer Hand‘ für Kinder, die behindert oder von Behinderung bedroht sind, und deren Eltern möglich machen, und die Lebenssituationen dieser Familien verbessern sollten. Damit wurde die große präventive Bedeutung Früher Hilfen im Rehabilitationssystem deutlich bestätigt.

Als organisatorische Formen der Frühförderung hatten sich vor allem sogenannte Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren herausgebildet, die von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich ausgestattet und finanziert sein konnten. Daneben entwickelten sich auch heilpädagogische und therapeutische Angebote für Kinder im Frühbereich außerhalb dieser Organisationsformen, deren Inanspruchnahme oft nicht in sozialrechtlich geregelter Form vergütet wurde. Strittig war lange Zeit zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern, wie die Komplexleistung Frühförderung mit ihren verschiedenen medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Anteilen finanziert werden soll. Im Zuge der Reform des Rehabilitationsrechts ist es nun Ende 2016 gelungen, den Ansatz der Frühförderung als Komplexleistung in § 46 SGB IX einheitlich zu fassen und Vorgaben für eine leistungsträgerübergreifende Finanzierung zu formulieren. Zum Begriff Komplexleistung heißt es „das medizinische und heilpädagogische Maßnahmen gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderungen oder drohender Behinderung erfolgen“ können (§ 46 SGB IX Abs.3). In Landesrahmenvereinbarungen sollen nach §46, Abs. 4 SGB IX bis 2019 zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer konzeptionelle, personelle und finanzierungsbezogene Fragen geregelt werden. Der §46 Abs.6 SGB IX räumt den Ländern zusätzlich auch die Möglichkeit ein, neue Angebotsformen für die Frühförderung zuzulassen, wenn diese ein mit den bekannten Formen der Frühförderung vergleichbares interdisziplinäres Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum aufweisen.

Wie im ersten Teilhabeplan für den Landkreis Ahrweiler (Landkreis Ahrweiler 2005, S. 61ff.) ausführlicher dargelegt, wurde in Rheinland-Pfalz seit den 1970er Jahren die Entwicklung Früher Hilfen mit einem ausgeprägten sozialpädiatrischen Schwerpunkt vorangetrieben. Hierzu wurden landesweit acht Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung mit insgesamt 27 Außenstellen eingerichtet, die Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern bis zu sieben Jahren anbieten. Diese Zentren wurden mit einem Versorgungsauftrag für einzelne Regionen versehen. Gleichzeitig wurde schon früh ein Finanzierungssystem geschaffen, das auf dem Konstrukt der Komplexleistung beruht. Somit ist die rheinland-pfälzische Struktur der interdisziplinären Frühförderstellen in Sozialpädiatrischen Zentren mit den o.g. bundesgesetzlichen Veränderungen in hohem Maße kompatibel.

Des Weiteren gibt es vier an Landesschulen angegliederte Frühförderstellen für sinnesbehinderte Kinder. Vereinzelt bieten in Rheinland-Pfalz örtliche Lebenshilfeorganisationen Angebote der pädagogischen Frühförderung an. Dazu gehört auch die Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler.

#### **4.1.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler**

Zum Stichtag 31.12.2003 nahmen im Landkreis Ahrweiler insgesamt 196 Kinder<sup>30</sup> im Alter bis zu sieben Jahren Leistungen im Frühbereich in Anspruch, die ganz oder teilweise durch die Eingliederungshilfe nach §53f. SGB XII finanziert wurden. Wie viele Kinder derzeit entsprechende Leistungen erhalten, d.h. nicht medizinische oder nur bzw. auch medizinisch-therapeutische Leistungen erhalten, die sich über Krankenkassen mitfinanzieren, war zum Untersuchungszeitpunkt nicht feststellbar. Aussagen können zum Bereich der nichtmedizinischen Frühförderung getroffen werden. Ende 2014 erhielten 36 Kinder Leistungen der nichtmedizinischen Frühförderung, Ende 2016 waren dies 50 Kinder. Dies entspricht einem Zuwachs von ca. 35 %.

Die Angebotsstruktur im Bereich der Frühen Hilfen setzt sich aus den folgenden Anbietern zusammen:

#### **Das Heilpädagogisch-Therapeutische Zentrum in Neuwied (HTZ)<sup>31</sup>**

Das HTZ in Neuwied ist eines der acht vom Land geförderten Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung und der wichtigste Erbringer von Maßnahmen der Früherkennung, -behandlung und -förderung für Kinder mit kognitiven, körperlichen, seelischen und mehrfachen Behinderungen sowie mit Sinnesbehinderungen im Landkreis Ahrweiler. Träger des HTZ ist der DPWV Rheinland-Pfalz / Saarland sowie der Verein für körper- und mehrfachbehinderte Kinder in Andernach. Behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Kinder werden auf der Grundlage einer ärztlichen Überweisung im Haupthaus in Neuwied vorgestellt. Dort werden sie ausführlich ärztlich und psychologisch diagnostiziert. Es schließen sich entsprechende medizinisch-therapeutische Behandlungsmaßnahmen und/oder heilpädagogische Maßnahmen an. Das HTZ verfügt über eine Außenstelle in Bad Neuenahr-Ahrweiler, in deren Räumlichkeiten aber lediglich an einigen Tagen in der Woche therapeutische Behandlungen (wie Ergotherapie, Logopädie u.ä.) durchgeführt werden. Das HTZ kann auf die o.g. Abrechnungsmöglichkeiten zurückgreifen. Heilpädagogische Maßnahmen werden nach einem festen Vergütungssatz pro Fördereinheit abgerechnet. 2005 nahmen etwa die Hälfte aller Nutzer/innen von Frühförderangeboten im Kreis die Angebote des HTZ in Anspruch. Wie viele dies derzeit sind, war zum Untersuchungszeitpunkt nicht feststellbar.

Das HTZ ist neben dem Bereich des SPZ und der Frühförderarbeit Träger von heilpädagogischen bzw. integrativen Kindertagesstätten, einem Kinderschutzdienst und einer Tagesförderstätte für Erwachsene. Die Einrichtung verfügt über eine Kooperationsvereinbarung mit der Lebenshilfe Ahrweiler, in welcher Regelungen zur Refinanzierung von pädagogischen Leistungen enthalten

<sup>30</sup> Davon 2005 im SPZ Trier fünf Kinder, im KNZ Bonn 75 Kinder, im HTZ Neuwied 94 und in der Landesschule für Blinde und Sehbehinderte 22 Kinder.

<sup>31</sup> Für weitere Informationen vgl. <http://www.htz-neuwied.de/> Abruf am 18.08.2017

sind, die von der Frühförderung der Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler im Auftrag des HTZ erbracht werden.

### **Kinderneurologisches Zentrum, Bonn (KiNZ)**

Das KiNZ ist eine Abteilung der Rheinischen Kliniken Bonn, Träger ist der Landschaftsverband Rheinland (LVR). Das KiNZ ist - obwohl in Nordrhein-Westfalen gelegen - quantitativ gesehen von nahezu gleich großer Bedeutung wie das HTZ in Neuwied. 2005 wandten sich knapp 40 % aller Kinder aus dem Landkreis Ahrweiler, die einen Bedarf an Frühförderung hatten, an das Bonner Zentrum. Wie viele dies derzeit sind, war zum Untersuchungszeitpunkt nicht feststellbar.

In der Nutzung des KiNZ durch Personen aus dem Landkreis Ahrweiler spiegelt sich die ausgeprägte sozialräumliche Bindung an den Raum Bonn wieder, für die nördlichen Teile des Kreisgebiets ist es das nächstgelegene Sozialpädiatrische Zentrum.

Das Angebot des KiNZ richtet sich an Kinder mit allen Formen von Entwicklungsstörungen bis zum Alter von 14 Jahren. Das KiNZ bietet interdisziplinäre Diagnostik und therapeutische Angebote, die ambulant und auch stationäre Behandlungen beinhalten.

Das KiNZ Bonn kann auf Abrechnungsmöglichkeiten bei den Krankenkassen zurückgreifen und mit dem Landkreis Ahrweiler als örtlichem Sozialhilfeträger heilpädagogische Leistungen abrechnen. Wie schon 2005 beschrieben, erstattet der Landkreis Ahrweiler dem KiNZ für heilpädagogische Maßnahmen eine Quartalspauschale pro behandeltem Kind. Das KiNZ Bonn ist an keinen Gremien oder Arbeitskreisen im Landkreis Ahrweiler beteiligt. Das KiNZ Bonn kooperiert bezogen auf Einzelfälle mit der Frühförderstelle der Lebenshilfe sowie mit der Heilpädagogischen Kindertagesstätte St. Hildegard.

### **Kinderfrühförderung und Elternberatung des Sozialpädiatrischen Zentrums Trier<sup>32</sup>**

Dieses in Trier ansässige Zentrum ist ebenfalls eines der vom Land geförderten Sozialpädiatrischen Zentren und orientiert sich auch an der oben skizzierten Landeskonzeption. Träger sind der Caritas-Verband der Region Trier sowie die Lebenshilfe im Regierungsbezirk Trier. Der Träger unterhält eine Außenstelle in Daun. Die Angebote entsprechen dem des HTZ in Neuwied, und es stehen dieselben Abrechnungsmöglichkeiten zur Verfügung.

2005 kamen ca. 5% seiner Nutzer/innen aus dem Landkreis Ahrweiler. Wie viele dies derzeit sind, war zum Untersuchungszeitpunkt nicht feststellbar.

Das SPZ Trier ist an keinen Gremien oder Arbeitskreisen im Landkreis Ahrweiler beteiligt. Es bestehen auch keine formalisierten Kooperationsvereinbarungen zu Stellen im Landkreis Ahrweiler.

### **Frühförderangebote der Kreisvereinigung Lebenshilfe KV Ahrweiler<sup>33</sup>**

Die Kreisvereinigung der Lebenshilfe Ahrweiler bietet Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen individuelle heilpädagogische Frühförderung an. Die Angebote werden von

---

<sup>32</sup> Für nähere Informationen siehe: <http://www.spz-trier.de/> Abruf am 18.08.2017

<sup>33</sup> Für nähere Informationen siehe: <http://www.lebenshilfe-ahrweiler.de/fruehfoerderung/>, Abruf am 18.08.2017

drei Mitarbeiter/innen (2,5 VZK) erbracht und können sowohl im Rahmen mobiler Hausfrühförderung als auch in Form von Spielgruppen von Kindern in Anspruch genommen werden. Zudem erbringen die Lebenshilfe-Mitarbeiter/innen Beratungsleistungen in Regelkindergärten für den Umgang mit Kindern mit Behinderungen. Das heilpädagogische Konzept wird um Angebote der Elternberatung und Elterngruppenarbeit ergänzt. Über einen Kooperationsvertrag mit dem HTZ Neuwied sowie über Kooperationsstrukturen mit dem KiNZ Bonn bzw. der Frühförderstelle der Lebenshilfe Bonn ist es der Lebenshilfe Ahrweiler in den letzten Jahren gelungen, ihr Frühförderangebot deutlich zu stabilisieren. Allerdings lassen sich aus diesen Vereinbarungen noch keine verlässlichen Finanzierungsgrundlagen ableiten. Als ungünstig wird auch die räumliche Situation beschrieben. Diesbezüglich gibt es Überlegungen, die Räumlichkeiten der HTZ-Außenstelle in Bad Neuenahr-Ahrweiler für Fördermaßnahmen mit zu nutzen oder zusätzlich weiter eigene Räumlichkeiten anzumieten.

Während 2004 durch die Lebenshilfe 23 Säuglinge und Kleinkinder bis zu sechs Jahren sowie deren Familien betreut wurden, sind es derzeit (August 2017) 38 Kinder. Die betreuten Kinder weisen ein weites Spektrum an Behinderungsarten auf, zu dem auch Risikokinder und Kinder mit chronischen Krankheiten gehören. Kennzeichnend für die Lebenshilfe KV Ahrweiler als Träger von Frühförderangeboten ist neben dem heilpädagogischen Profil, dass sie mit ihren Angeboten ausschließlich auf den Landkreis Ahrweiler hin orientiert ist.

### **Frühförderangebote für blinde und sehbehinderte Kinder der Landesschule für Blinde und Sehbehinderte in Neuwied<sup>34</sup>**

Die Frühförderstelle betreut und fördert blinde, sehbehinderte und mehrfach behinderte Kinder vom Säuglingsalter bis zum Schuleintritt. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot für die Familien. Das Angebot der Landesschule wird über das Land Rheinland-Pfalz finanziert und ist somit für die Nutzer kostenfrei. Einzugsgebiet ist ganz Rheinland-Pfalz. Die Betreuung vor Ort geschieht ggf. durch regionale Außenstellen im Land. Die Kontaktaufnahme erfolgt über die Zentrale an der Landesschule in Neuwied. Die Förderung erfolgt meist zu Hause oder im Kindergarten, sie kann im Alter von wenigen Monaten beginnen und längstens bis zur Einschulung erfolgen. Die Frühförderung der Landesschule für Blinde und Sehbehinderte ist ein umfassendes Angebot, das z.B. auch die Beratung der Familien und Eltern- Kind- Angebote mit einbezieht. Wie viele Kinder derzeit von dort Hilfe erhalten, war zum Untersuchungszeitpunkt nicht feststellbar. In drei Fällen wird mit der Mitarbeiterin für Frühförderung der Lebenshilfe zusammengearbeitet, in ebenfalls drei Fällen gibt es eine Zusammenarbeit mit dem Heilpädagogischen Kindergarten St. Hildegard in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Die Frühförderstelle der Landesschule ist an keinen Gremien oder Arbeitskreisen im Landkreis Ahrweiler beteiligt. Es bestehen auch keine formalisierten Kooperationsvereinbarungen zu Stellen im Landkreis Ahrweiler.

---

<sup>34</sup> Für weitere Informationen siehe: <https://www.blindenschule-neuwied.de/fruehfoerderung>, Abruf am 18.08.2017

## **Frühförderangebote für gehörlose und schwerhörige Kinder der Landesschule für Gehörlose in Neuwied<sup>35</sup>**

Die Landesschule verfügt über eine pädaudiologische Beratungsstelle und bietet seit 1991 mit Fördereschullehrer/innen/n ausgestattete Frühförderangebote an. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot für die Familie. Das Angebot der Landesschule wird über das Land Rheinland-Pfalz bzw. die örtlichen Sozialhilfeträger finanziert und ist somit für die Nutzer kostenfrei. Einzugsgebiet ist ganz Rheinland-Pfalz. Wie viele Kinder derzeit von dort Hilfe erhalten, war zum Untersuchungszeitpunkt nicht feststellbar.

Die Frühförderstelle der Landesschule ist an keinen Gremien oder Arbeitskreisen im Landkreis Ahrweiler beteiligt. Es bestehen auch keine formalisierten Kooperationsvereinbarungen zu Stellen im Landkreis Ahrweiler.

## **Kinderärzte/-ärztinnen**

Laut Landesstatistik gab es zum 31.12.2016 im Landkreis Ahrweiler 10 niedergelassene Kinder- und Jugendärzt/innen/e, von denen allein 4 in Bad Neuenahr-Ahrweiler verortet sind. Die Versorgungsquote war rechnerisch mit 1: 12.777 Einwohner, und damit deutlich höher als in im Durchschnitt der Landkreise in Rheinland-Pfalz (1: 15.538). Hinzu kommen 3 niedergelassene Fachärzt/innen/e für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## **Aspekte der Kooperation und Planung**

Die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen zeigen, dass sowohl auf der Ebene des Einzelfalls als auch zwischen einzelnen Organisationen, die Frühförderleistungen erbringen, produktive Kooperationsbeziehungen entstanden sind. Zu nennen ist hier auch das vom Kreis Ahrweiler initiierte Netzwerk **Aktion "Schultüte plus - Stark starten"**<sup>36</sup>, das sich an Kinder und deren Eltern jeweils ein halbes Jahr vor und nach der Einschulung wendet. Das Angebot soll zu einem gelingenden Übergang von der Kindertagesstätte in die Grundschule beitragen. Eine Fachkraft, die die Kinder im Rahmen des Projekts im Kindergarten begleitet, besucht sie im selben zeitlichen Umfang auch im ersten Halbjahr nach der Einschulung in der Schule und stellt so in der Phase des Übergangs, eine personelle Konstante für die Kinder dar.

Kooperationspartner des Projekts sind neben den teilnehmenden Kindertagesstätten und Grundschulen Träger der Familienbildung, hier: der Deutsche Kinderschutzbund Kreisverband Ahrweiler e. V. und die Kath. Familienbildungsstätte Bad Neuenahr-Ahrweiler e. V. sowie das Heilpädagogisch Therapeutische Zentrum Neuwied, die Rheinische Akademie im Förderverein Psychomotorik und das Kreisjugendamt.

Allerdings existiert für den Bereich der Frühen Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder keine übergreifende Planungsstruktur.

---

Für nähere Informationen vgl.: [https://www.lgs-neuwied.de/images/stories/siteimages/downloads/lgs\\_flyer\\_fruehfoerderung.pdf](https://www.lgs-neuwied.de/images/stories/siteimages/downloads/lgs_flyer_fruehfoerderung.pdf), Abruf am 18.08.2017

<sup>36</sup> <http://www.familie-aw.de/index/eintrag/1/schultuete-plus---stark-starten> , Abruf am 26.11.2017

Im Rahmen der Online-Befragung wurden Vertreter/innen von Einrichtungen für Kinder um eine Einschätzung zu den Angeboten der Frühförderung gebeten. Dabei wurde auch erfasst, mit welchen Frühförderstellen die Befragten schwerpunktmäßig kooperieren. In diesem Zusammenhang bestätigt sich, dass ein erheblicher Teil der Befragten angibt, auf überregionaler Angebote angewiesen zu sein (z. B. in Neuwied, Bonn oder Köln).

Die Kooperationsbeziehungen werden von Kindertageseinrichtungen (n=24) überwiegend als ‚gut‘ oder ‚eher gut‘ (56,5 %) bezeichnet. Insgesamt 26,1 % schätzen die Beziehungen als ‚eher schlecht‘ ein und 17,4 % können keine Einschätzung abgeben.

An lokalen und überregionalen Angeboten wird gleichermaßen punktuell kritisiert, dass die Wartezeiten zu lange seien. Eine befragte Person regt konkret an, in der Gemeinde Grafschaft ein neues Angebot einzurichten.

#### 4.1.2 Einschätzungen

Das Hilfesystem im Landkreis Ahrweiler für behinderte und von Behinderung bedrohte Säuglinge und Kleinkinder ist durch die Entscheidung des Landes Rheinland-Pfalz geprägt, beim Aufbau eines Versorgungsangebots der Früherkennung und Frühförderung im Wesentlichen vom Konzept der Sozialpsychiatrischen Zentren auszugehen. Zwar besteht eine flächendeckende Struktur von ‚Sozialpädiatrischen Zentren mit angegliederten Frühförderstellen‘. Da der Landkreis Ahrweiler aber nicht selbst Standort eines SPZ ist, sondern Teil des HTZ-Versorgungsgebietes, fallen für viele Nutzer des HTZ-Angebots aus dem Landkreis Ahrweiler relativ weite Anfahrtswege nach Neuwied an. Der Schwerpunkt des Angebots der sozialpädiatrischen Zentren liegt im Bereich der interdisziplinären, aber ärztlich dominierten Diagnostik. Dies wiederum führt zu einem eher medizinisch-funktional orientierten Konzept für therapeutische und pädagogische Maßnahmen, mit ‚Einbestell-Praxis‘ und zu einem klinischen Rahmen der Hilfen. Dadurch werden für ratsuchende Eltern vergleichsweise hohe Zugangsschwellen geschaffen. Zudem ist diese Angebotsstruktur eher weniger in der Lage, präventive Wirkungen zu erzielen, mit denen etwa Kinder und Familien unterstützt werden können, die unter sehr ungünstigen Bedingungen aufwachsen bzw. leben.

Im Teilhabeplan von 2005 wurden zahlreiche Empfehlungen formuliert, wie die bestehenden Ansätze zur Früherkennung, Frühberatung, Frühförderung und Frühbehandlung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder durch verschiedene Aktivitäten intensiviert werden könnten. Viele der Empfehlungen sind noch immer aktuell. Allerdings ist deren Umsetzung wohl mehr als bisher angenommen an die erfolgreiche Zusammenarbeit von öffentlichem Gesundheitsdienst, Behindertenhilfe und Kinder- und Jugendhilfe geknüpft. Während der öffentliche Gesundheitsdienst seine Stärken in Aktivitäten der Gesundheitserziehung und Früherkennung einbringen könnte, wäre gleichzeitig zu überprüfen, wie der Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung nach 27 SGB VIII für die Weiterentwicklung des Frühförderangebots genutzt werden könnte. Dies könnte auch dadurch geschehen, dass sich Träger aus dem Feld der Behindertenhilfe um eine Anerkennung als Träger der Jugendhilfe bemühen.

Zudem ist der Mangel an Planungsstrukturen offensichtlich, in denen Themen der Frühen Hilfen im Landkreis Ahrweiler bearbeitet werden können. Im Vorgriff auf eine mögliche Zusammenführung der Zuständigkeiten für die Eingliederungshilfe nach SGB IX und SGB VIII für alle Kinder im Rahmen der Jugendhilfe (,Inklusive Lösung‘), erscheint es bedenkenswert zu prüfen, ob nicht der Rahmen der Jugendhilfeplanung für die Weiterentwicklung der Frühförderung im Kreis Ahrweiler genutzt werden könnte.

## 4.2 Erziehung und Bildung in Kindertageseinrichtungen

Wie für alle Kinder, so ist die Aufnahme in eine Kindertagesstätte auch für Kinder mit Behinderungen oder Entwicklungsverzögerungen ein wichtiger Schritt im Lebenslauf. Die Kindertagesstätte ermöglicht es auch ihnen, ihren familiären Lebenskreis zu erweitern, neue soziale Erfahrungen mit Gleichaltrigen zu machen, spielerisch Regeln zu lernen, ihre Umgebung zu erkunden und sich so immer weiter zu entwickeln. Im Zuge des Ausbaus des teilstationären Hilfesystems für Menschen mit verschiedenen Behinderungen seit Mitte der 1960er Jahre wurden bundes- und landesweit heilpädagogische Kindergärten als Sondereinrichtungen geschaffen, die wie andere Einrichtungen der Rehabilitationskette über die Sozialhilfe (Eingliederungshilfe für Behinderte) finanziert wurden.

Während in anderen Bundesländern (z.B. in Hessen) das als problematisch erkannte Konzept der Sonderkindergärten durch integrative Einrichtungen und durch Unterstützung der Einzelintegration überwunden wurde, ist der Heilpädagogische Kindergarten in Rheinland-Pfalz noch immer eine verbreitete, wenn auch rückläufige Betreuungsform. Während 2005 noch 28 Förderkindergärten bestanden, waren es 2015 deutlich weniger, aber immerhin noch 11 (vgl. MSAGD RLP 2015a, S. 28). Die Tendenz ist weiter sinkend. Dabei ist die Kritik an dem besonderen Erziehungs- und Bildungssetting im Vorschulbereich substantiell. Sie bezieht sich nicht nur auf die häufig langen Fahrtstrecken, die durch die zentralisiert arbeitenden Einrichtungen den Kindern zugemutet werden, sondern auch auf die begrenzten Anregungsmöglichkeiten, die sich in Gruppen ergeben, in denen alle Kinder oft sehr ausgeprägte Beeinträchtigungen haben. Zudem - so die Kritik - ist es Kindern mit und ohne Behinderungen vorenthalten, etwa im Nachbarschaftskindergarten wichtige Erfahrungen im gemeinsamen Umgang zu machen, die eine anschließende inklusive Beschulung und somit die Realisierung eines Rechtsanspruchs erleichtern könnten.

Im Kontext seiner Politik der Inklusion und Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auch im Bildungsbereich bemüht sich das Land Rheinland-Pfalz seit geraumer Zeit um eine Abkehr vom Ansatz der reinen Förderkindergärten. So heißt es an entsprechender Stelle im Landesaktionsplan 2015 mit Bezug auf die Artikel 7 und 24 der UN-Behindertenrechtskonvention als Leitvorstellung: „In Rheinland-Pfalz findet Lernen lebenslang gemeinsam statt. Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen besuchen die gleichen Schulen wie nicht beeinträchtigte Kinder in der Gemeinde, nachdem sie zuvor gemeinsam in denselben Kindertagesstätten waren. Sie werden in ihren individuellen Stärken und Besonderheiten unterstützt und respektiert, sowie durch ihr Umfeld und durch pädagogische, medizinische und therapeutische Begleitung gefördert“ (MSAGD RLP 2015a, S. 26). Das Land unterstützt über verschiedene Wege den Ausbau von Plätzen in Kindertagesstätten, die geeignet sind, Kinder mit Behinderungen im Vorschulalter gemeinsam mit Kindern ohne Behinderungen zu betreuen. Genannt werden insbesondere Fortbildungsangebote für Erzieherinnen sowie die Entwicklung sogenannter Konsultationskindergärten, die für ratsuchende Einrichtungen zur Verfügung stehen, um Fragen zur Inklusion zu bearbeiten. Mit Stand 2014 wird darauf verwiesen, dass es landesweit in 81 Kindertagesstätten eine integrative Gruppe gibt und Kindertagesstätten (Krippe, Kindergarten, Hort) sich Kindern mit Behinderungen weiter öffnen. Die Anzahl der Kinder in Einzelintegration in Regelkindertagesstätten wird mit

landesweit 1.003 Kindern angegeben. Die Umwandlung von Förderkindertagesstätten in integrative Angebote schreitet fort.

#### **4.2.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler**

Das Angebot der Kindertagesbetreuung im Landkreis Ahrweiler beinhaltet insgesamt 67 allgemeine Kindertagesstätten, darunter eine heilpädagogische Kindertagesstätte mit heilpädagogischen und integrativen Gruppen in Bad Neuenahr-Ahrweiler sowie eine Integrative Kindertagesstätte in Sinzig-Franken. Von den Kindertagesstätten sind 34 in freier (überwiegend katholischer) Trägerschaft, 33 in kommunaler Trägerschaft.

Die Anzahl der Kinder in Kindertagesstätten im Kreisgebiet lag 2010 bei insgesamt 3.834 Kinder, davon waren 3.713 über drei Jahre alt und 121 jünger als drei. Die Anzahl der Kita-Kinder über drei Jahre war seit 2010 rückläufig. Allerdings hat durch den seit 1. August 2010 geltenden Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab 2 Jahren die Gesamtzahl der Kinder in Kindertagesstätten im Landkreis Ahrweiler mit Stand 31.7.2017 um fast 25 % auf insgesamt 4.757 zugenommen. Davon waren 3.628 über drei Jahre und 1.129 unter drei Jahre alt. Dies spricht für einen recht breiten Ausbau des U3-Betreuungsangebots für Kinder im Kreisgebiet.

Im Hinblick auf Kinder, die von Behinderung bedroht oder betroffen sind, ist festzustellen, dass insgesamt 80 Kinder im Landkreis Ahrweiler Eingliederungshilfe nach SGB VIII/XII für den Besuch einer Kindertagesstätte erhalten. Diese verteilen sich auf verschiedene Betreuungsformen (siehe Tabelle unten), wobei deutlich wird, dass der heilpädagogische Kindergarten St. Hildegard, sowohl mit seinen rein heilpädagogischen und den integrativen Gruppen, eine besondere Bedeutung einnimmt. Die Tabelle zeigt, dass die Anzahl der Kinder mit Behinderungen, die im Landkreis Ahrweiler einen Regelkindergarten besuchen, sich seit 2005 mehr als vervierfacht hat. Allerdings gibt es mit Stand Dezember 2016 nur ein Kind, dessen Kita-Besuch durch eine/n Integrationshelfer/in im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII unterstützt wird.

Als positive Entwicklung kann gelten, dass sich u.a. durch die Weiterentwicklung des vormals reinen ‚Sonderkindergartens‘ St Hildegard in Bad Neuenahr-Ahrweiler hin zu einer Integrations-einrichtung auch ein Angebot an integrativ geführten Gruppen herausgebildet hat.

Tabelle 15: *Betreuung von Kindern mit Behinderungen im Vorschulbereich*

	2005	2017 (31.07.2017)
In allgemeinen Kitas im Kreis AW	9 Kinder	40 Kinder (VG Adenau 5, VG Altenahr 1, VG Bad Breisig 4, VG Brohltal 7, Bad Neuenahr 7, Remagen 7, Sinzig 5 davon 3 in der Schwerpunktgruppe in Bad Bodendorf, Grafschaft 4) Eingerechnet sind 9 Vorschulkinder, die ab Monat September rausfallen bzw. durch andere Kinder zum Teil ersetzt werden.
In Integrationsgruppen		22 Kinder
In Heilpädagogischen Einrichtungen	28 Kinder	18 Kinder  In heilpädagogischen Gruppen einer integrativ geführten Einrichtung
In Heilpädagogischen Einrichtungen in anderen Landkreisen	24 Kinder	4 Kinder

### Ergebnisse der Online-Befragung

An der durchgeführten Online-Untersuchung beteiligten sich 40 Kindertagesstätten. Dies entspricht 60% aller 67 Kindertagesstätten im Landkreis. Vor dem Hintergrund dieser hohen Beteiligung kann von einer repräsentativen Befragung zur Situation der Einrichtungen ausgegangen werden. An der Untersuchung beteiligte sich eine heilpädagogische Kindertageseinrichtung. In dieser werden aktuell 28 Kinder betreut. 25 Kinder werden dagegen inklusiv in Regeleinrichtungen betreut. Dreizehn Einrichtungen betreuen aktuell keine Kinder mit Beeinträchtigungen.

Sofern Kinder mit Beeinträchtigungen in Regeleinrichtungen betreut werden, sind sie in gut einem Drittel der Einrichtungen das einzige Kind mit Beeinträchtigungen. In jeweils drei Einrichtungen werden zwei bzw. drei Kinder inklusiv betreut. Für insgesamt acht Kindertagesstätten liegen ergänzende Angaben dazu vor, welche Art von Beeinträchtigungen die betreuten Kinder mit Beeinträchtigungen haben. Dabei gibt lediglich die o. g. heilpädagogische Einrichtung an, auch Kinder mit Pflegebedarf bzw. eingeschränkter Alltagskompetenz zu betreuen. In der Zusammenschau entsteht der Eindruck, dass der Zugang zu Regelkindergärten nur für Kindern mit leichteren Beeinträchtigungen gegeben ist und Kinder mit schwerer oder komplexer Behinderung überwiegend auf die verfügbaren heilpädagogischen Angebote verwiesen werden. In diese Richtung deutet auch das Ergebnis, dass 23 von 30 befragten Kindertagesstätten in der Vergangenheit Kinder mit

Beeinträchtigungen betreut haben. Die rückgemeldeten Erfahrungen mit der gemeinsamen Betreuung von Kindern mit und ohne Beeinträchtigung sind überwiegend positiv. Es werden jedoch konkrete Rahmenbedingungen für gelingende Inklusion angemahnt. Vereinzelt wird kritisiert, dass insbesondere in Regeleinrichtungen häufig entsprechend geschultes Personal fehlt. Eine befragte Person kritisiert zudem, dass Integrationskräfte im Landkreis Ahrweiler maximal im Umfang von 20 Std. pro Woche bewilligt würden. Dies führe bei einem umfangreicheren Betreuungsbedarf der Kinder mit Beeinträchtigungen zu Mehrbelastungen für das gesamte Team. Die Kritik richtet sich weiterhin gegen den mit der inklusiven Betreuung verbundenen zusätzlichen Verwaltungs- und Koordinationsaufwand.

Aus den Ergebnissen der Befragung wird weitergehend erkennbar, dass aus der gemeinsamen Betreuung von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen häufig Bedarfe an zusätzlicher Unterstützung oder zusätzlichen Mitteln resultieren. 63% der befragten Kindertageseinrichtungen geben in diesem Zusammenhang an, entsprechende Mittel beantragt zu haben. Zusätzliche Bedarfe beziehen sich in den meisten Fällen auf zusätzliches Betreuungspersonal oder ergänzende Integrationskräfte. Von den 19 Kindertageseinrichtungen für die angegeben wird, dass die Einrichtungen oder die betroffenen Eltern zusätzliche Mittel beantragt haben, geben 15 Einrichtungen an, dass diese Mittel in ausreichendem Maße bewilligt worden sind.

Insgesamt wird aus elf Einrichtungen zurückgemeldet, dass in den vergangenen fünf Jahren vereinzelt Aufnahmeanfragen von Kindern mit Beeinträchtigungen abgelehnt wurden. In vier dieser Fälle werden Art und Schwere der Beeinträchtigung als Grund für die Ablehnung angegeben, in zwei weiteren Fällen wird diesbezüglich auf die baulichen Bedingungen der Einrichtung verwiesen. In einem Fall wird angegeben, die Betreuung sei in einem Einzelfall aufgrund der Anforderungen seitens der Mutter des Kindes nicht zustande gekommen. Die übrigen Angaben beziehen sich auf strukturelle Gegebenheiten, wie beispielsweise fehlende Plätze.

Die Einschätzungen zur Entwicklung der Diskussion um die gemeinsame Betreuung fallen sehr unterschiedlich aus. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Für 14 der befragten Kindertageseinrichtungen wird angegeben, dass sich die Diskussion nicht verändert habe. Dies ist die häufigste Einzelantwort. Die zweithäufigste Einzelantwort bezieht sich auf eigene konzeptionelle Überlegungen innerhalb der Einrichtungen. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang sicher auch eine Zunahme entsprechender Anfragen seitens betroffener Familien (6). Intensivere Anfragen betroffener Familien werden dagegen nur in zwei Fällen beobachtet. Eine befragte Person merkt an, dass die Zahl der mit Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten aufgenommen Kinder insgesamt zugenommen habe.

Mehrere Fragen beziehen sich auf Bedingungen für eine erfolgreiche gemeinsame Betreuung. Diese werden nahezu durchgängig mit der Forderung nach ausreichendem und geeignetem Personal beantwortet. Zugleich werden einschlägige Fortbildungen der aktuellen Mitarbeiter/innen als notwendig erachtet.

Konkrete Planungen, die Bedingungen der eigenen Einrichtung im Sinne einer gemeinsamen Betreuung zu verändern, bestehen nur in wenigen Einrichtungen. Zumeist beziehen sich die Angaben auf Fortbildungen aktueller Mitarbeiter/innen sowie bauliche Veränderungen. In einem Fall wird die Überarbeitung der Konzeption als konkretes Ziel benannt. Die Mehrzahl der befragten Personen gibt an, mit Blick auf konkrete Maßnahmen von Fall zu Fall entscheiden zu wollen.

#### 4.2.2 Einschätzungen

Betrachtet man die Entwicklung der Kinder in verschiedenen Betreuungsformen vor dem Hintergrund der Empfehlungen im Teilhabeplan 2005, so wird deutlich, dass der damals empfohlene breite Ausbau inklusiver Kita-Angebote in Verbindung mit der Entwicklung von Unterstützungsdiensten in Teilen auch stattgefunden hat. Im Bereich der Kindertagesstätten hat seit 2005 insbesondere der Ausbau der U3-Angebote und die Ausweitung der Betreuungszeiten neue Impulse für die Einrichtungen gebracht. Aufgrund der größeren Altersunterschiede und Unterstützungsbedarfe wurde die Zusammensetzung der Gruppen vielfältiger. Die breite Beteiligung von Kindertageseinrichtungen an den kommunalen Planungsveranstaltungen und an der Online-Befragung zeigt ein großes Interesse des Kita-Bereichs an der inklusiven Weiterentwicklung des Angebotes und der Strukturen in ihren Gemeinwesen. Die Zunahme inklusiver Angebote kann als Beleg gesehen werden, dass die Bereitschaft von Regelkindergärten, Kinder mit Behinderungen aufzunehmen, zugenommen hat. Dies gilt bisher aber offensichtlich eher für Kinder mit leichteren Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen. Kinder mit ausgeprägten Behinderungen und höherem Unterstützungs- und Pflegebedarf haben es noch immer schwer, einen Betreuungsplatz in ihrer Nachbarschafts-Kita zu erhalten und werden meist in heilpädagogische Einrichtungen verwiesen. Dies begrenzt die Wahlmöglichkeiten der Eltern und steht im Widerspruch zu den Ansprüchen auf inklusive Bildung nach Art. 24 UN-BRK.

Zu diskutieren wäre die Frage, ob die Rahmenbedingungen die Inklusionsbereitschaft von Kitas im Landkreis Ahrweiler fördern oder erschweren.

Im Teilhabeplan von 2005 wurden zahlreiche Empfehlungen für die Weiterentwicklung eines inklusionsorientierten Kita-Angebots im Landkreis Ahrweiler formuliert, an deren Umsetzung auch gearbeitet wurde (Landkreis Ahrweiler 2005, S. 88f.). Positiv verwiesen werden kann auf die Ansätze der Verknüpfung mit der Kindertagesstättenbedarfsplanung des Landkreises nach § 9 KitaG. Im Vorgriff auf eine mögliche Zusammenführung der Zuständigkeiten für die Eingliederungshilfe nach SGB IX und SGB VIII für alle Kinder im Rahmen der Jugendhilfe („Inklusive Lösung“) erscheint es bedenkenswert zu prüfen, ob nicht der Rahmen der Jugendhilfeplanung für die inklusionsorientierte Weiterentwicklung der Kitas im Kreis Ahrweiler genutzt werden könnten.

### 4.3 Schulische Bildung

Nicht zuletzt durch die Diskussion um die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat die Forderung nach konsequenter Umsetzung von inklusiver Erziehung und Bildung gerade im Schulbereich in den vergangenen Jahren eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit erfahren. Gemäß Art. 24 der UN-BRK haben Kinder mit Behinderungen ein Recht auf inklusiven Unterricht im Primar- und Sekundarbereich. Durch die Ratifizierung der UN-BRK 2009 ist die Bundesrepublik Deutschland die Verpflichtung zu ihrer Umsetzung eingegangen, die allerdings im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer liegt.

Dem Konzept der Landesregierung Rheinland-Pfalz für die Weiterentwicklung der Inklusion im schulischen Bereich von 2013 (MBWWK RLP 2013) zufolge sollen Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen in Rheinland-Pfalz die gleichen Schulen besuchen können, wie ihre nichtbehinderten Mitschülerinnen und Mitschüler. Eltern von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf sollen sich zwischen den Lernorten Schwerpunktschule und Förderschule entscheiden können.

Initiiert wurde zum Schuljahr 2013/2014 das Konzept der Schwerpunktschulen. Damit gemeint sind allgemeine Schulen (Grundschulen und weiterführende Schulen der Sekundarstufe), an denen Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen im inklusiven Unterricht zieldifferent und zielgleich gefördert werden. Hierzu erhalten Schwerpunktschulen zusätzliche Lehrkräfte (Förderschullehrkräfte und pädagogische Fachkräfte), welche gemeinsam mit den Regelschullehrkräften inklusiven Unterricht organisieren, von dem alle Kinder und Jugendlichen profitieren. Schwerpunktschulen können von Schülerinnen und Schülern mit allen Förderschwerpunkten besucht werden. Das Landeskonzept setzt für den zielgerichteten Ausbau inklusiver Unterrichtsangebote des Weiteren auf die Weiterentwicklung von Förderschulen oder Schwerpunktschulen zu „Förder- und Beratungszentren“. Die systematische Entwicklung solcher Förder- und Beratungszentren wird im Konzept des Landes als organisatorischer Prozess gesehen, der durch den zuständigen Schulträger in Kooperation mit Förderschulen und Schulaufsicht planerisch angegangen werden soll. Konkret heißt es dazu:

„Der zuständige Schulträger muss dazu seine Vorstellungen auf der Grundlage der regionalen Schulentwicklungsplanung darstellen. In einem ersten Schritt ist dazu die regional vorhandene Struktur der sonderpädagogischen Förderung an Förderschulen, Schwerpunktschulen und anderen Regelschulen zu analysieren. Danach folgen die inhaltliche und die organisatorische Planung unter dem Gesichtspunkt der Zukunftsfähigkeit des sonderpädagogischen Angebots. Diese Planung kann nach Entscheidung des Schulträgers auch gebietsübergreifend angelegt werden. Der Antrag auf Errichtung von Förder- und Beratungszentren in einer kommunalen Gebietskörperschaft wird vom Schulträger über die zuständige Schulaufsicht vorgelegt. Die Einbeziehung der Betroffenen ist dabei unabdingbarer Bestandteil und darzustellen. Sie bezieht die Regelschulen und die Elternvertretung mit ein“ (MBWWK RLP 2013, S.12).

Die politische Umsetzung dieses Rechtsanspruchs auf Landesebene durch schulgesetzliche Vorgaben und auf der Ebene der örtlichen Schulsysteme durch strukturelle Veränderungen und Maßnahmen der Schulentwicklung hat sich als konflikthaft und zum Teil sperrig erwiesen. Zwar besuchen relative viele Kinder mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf Regelschulen, aber

Rheinland-Pfalz gehört neben Bayern und Baden-Württemberg zu den Bundesländern, in denen die Anzahl von Kindern in Förderschulen steigt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016, S. 81).

Von einem sonderpädagogischen Förderbedarf wird ausgegangen, wenn Kinder und Jugendliche in ihren Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten so beeinträchtigt sind, dass sie für ein erfolgreiches schulisches Lernen auf eine sonderpädagogische Förderung angewiesen sind. Es kann zwischen einem inklusiven Unterricht dieser Schülerinnen und Schüler an allgemeinbildenden Schulen und einem Unterricht an Förderschulen unterschieden werden. Die Förderschulbesuchsquote als Kennzahl benennt den Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf der ersten bis zehnten Klasse in Förderschulen an allen Schülerinnen und Schülern dieser Klassen. Im Schuljahr 2014/2015 lag die Förderschulbesuchsquote bundesweit bei 4,6 % und bezogen auf Rheinland-Pfalz bei 4,0 %. Die Quote lag bezogen auf den Landkreis Ahrweiler im Schuljahr 2002/2003 bei 5,2% und 2016/2017 leicht höher als der Landesdurchschnitt bei 4,1 %.

#### 4.3.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Entsprechend der gesetzlich vorgegeben Aufgabenverteilung sind die kreisangehörigen Städte und Gemeinden für die Betriebsträgerschaft von Grund- und zum Teil Realschulen sowie Schulzentren zuständig, der Landkreis Ahrweiler steht in der Verantwortung für die weiterführenden Schulen, Berufsschulen und Förderschulen. Im Schuljahr 2016/17 betrug die Gesamtschülerzahl (Primarbereich sowie Sekundarbereich I und II) im Landkreis Ahrweiler 12.656 Schüler, Damit hat sich die Schülerzahl gegenüber dem Schuljahr 2016/2017 um 22,7 % verringert.<sup>37</sup>

Im Zuge des Ausbaus des Landeskonzepts Inklusion im Schulbereich wurden im Landkreis Ahrweiler 2013 drei Grundschulen (Adenau, Bad Breisig, Bad Neuenahr-Ahrweiler) sowie der Realschule-plus in Bad Neuenahr-Ahrweiler und der Integrierten Gesamtschule in Remagen die Aufgaben von **Schwerpunktschulen** übertragen. Die Schwerpunktschulen sind nur eingeschränkt für alle Formen von Beeinträchtigungen offen. Es mangelt an Fortsetzung des Schwerpunktangebots im Sekundarbereich. Dies gilt insbesondere für die Eifelregion.

Im Landkreis Ahrweiler befinden sich vier **Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘** (Bad Neuenahr-Ahrweiler, Burgbrohl, Sinzig, Wimbach als Außenstelle der Don-Bosco-Schule in Bad Neuenahr-Ahrweiler). An der Förderschule mit Schwerpunkt ‚Lernen‘ in Bad Neuenahr-Ahrweiler ist zudem der Förderschwerpunkt ‚Sprache‘, angesiedelt. Das sonderpädagogische Angebot für Schüler/innen mit Schwerpunkt ‚Sozial-Emotionale Entwicklung‘ wird innerhalb der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ in Sinzig organisiert. Alle genannten Förderschulen befinden sich in der Betriebsträgerschaft des Landkreises.

Der nachfolgende Auszug aus der Schulstatistik des Landkreises Ahrweiler zeigt die Entwicklung der Schülerzahlen in den Förderschulen im Verhältnis zur Schülerschaft in kreiseigenen Schulen insgesamt.

---

<sup>37</sup> Daten abgerufen vom stat. Landesamt <https://www.statistik.rlp.de/de/regional/kommunaldatenprofil/>

Tabelle 16: Entwicklung der Schülerzahlen in kreiseigenen Schulen des Landkreises Ahrweiler

	Schulart	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	
											Stand Okt. 15	Stand Okt. 16	Stand Okt. 17	
	<b>Schulart</b>													
	Realschulen plus	RS+	637	640	640	653	672	1291	1244	1237	1217	1130	1049	1017
	Gymnasien	GYM	3619	3821	3964	4091	4111	4105	4061	3969	3819	3714	3555	3402
	Integrierte Gesamtschulen	IGS	0	0	0	0	0	0	0	99	200	301	412	510
	Berufsbildende Schulen	BBS	2598	2694	2719	2669	2623	2614	2664	2564	2659	2722	2724	2739
	Fachoberschulen	FOS	0	0	0	0	0	32	55	57	71	81	81	78
	Förderschulen	FS	519	506	468	438	437	422	412	394	393	400	416	431
	<b>Summe</b>		<b>7373</b>	<b>7661</b>	<b>7791</b>	<b>7851</b>	<b>7843</b>	<b>8464</b>	<b>8436</b>	<b>8320</b>	<b>8359</b>	<b>8348</b>	<b>8237</b>	<b>8177</b>
IGS Remagen	IGS	0	0	0	0	0	0	0	99	200	301	412	510	
	<b>Förderschulen</b>													
Burgweg-Schule	FS	82	86	78	73	73	65	56	46	44	44	46	45	
Schule m. d. F. Lernen														
Don-Bosco-Schule	FS	156	140	126	127	136	132	151	160	151	158	162	168	
Schule m. d. F. Lernen														
Janusz-Korczak-Schule	FS	171	170	150	132	138	129	119	98	102	101	102	96	
Schule m. d. F. Lernen														
Levana-Schule	FS	67	70	74	72	59	64	61	63	69	70	80	96	
Schule m. d. F. ganzh. Entw.														
Nürburging-Schule	FS	43	40	40	34	31	32	25	27	27	27	26	26	
Schule m. d. F. Lernen														

Trotz deutlich rückgängiger Schülerzahlen insgesamt, ist die Anzahl der Schüler/innen in Förderschulen seit dem Schuljahr 2011/12 im Anwachsen. Besondere Bedeutung hat aufgrund ihres kreisweiten Einzugsgebiets die **Förderschule des Kreises mit dem Förderschwerpunkt ‚Ganzheitliche Entwicklung‘** Bad Neuenahr-Ahrweiler (Levana-Schule). Seit dem Schuljahr 2011/12 wird hier auch der Förderschwerpunkt ‚motorische Entwicklung‘ angeboten. Dadurch hat die Levana Schule eine deutliche Steigerung ihrer Schülerzahl erfahren. Besuchten 2006 insgesamt 67 Kinder die Schule, sind es im Schuljahr 2017/2018 nunmehr 96 Kinder. Davon können 17 Kinder dem Förderschwerpunkt ‚motorische Entwicklung‘ zugeordnet werden.

Trotz des zusätzlichen Angebots im **Förderschwerpunkt ‚motorische Entwicklung‘** in Bad-Neuenahr-Ahrweiler, ist die Bedeutung der Christiane Herzog Schule mit demselben Förderschwerpunkt in Neuwied für die Versorgung des Landkreises Ahrweiler dennoch deutlich gewachsen. Wurde 2003 diese Schule in Neuwied von 22 Kindern aus dem Kreis Ahrweiler besucht, waren es 2017 etwa ein Drittel mehr, nämlich 34 Schüler/innen mit körperlichen Beeinträchtigungen<sup>38</sup>.

In den Förderschulen für Sehbehinderte und Blinde bzw. für Hörbehinderte und Gehörlose, die sich ebenfalls in Neuwied befinden, besuchen 12 Schüler die Landesschule für Blinde und Sehbehinderte, und 11 Schüler die Landesschule für Gehörlose und Schwerhörige.

<sup>38</sup> Davon sind 30 Kinder sogenannte externe Schüler/innen mit täglicher Hin- und Rückfahrt nach Neuwied und drei Kinder, die das dortige Internat besuchen.

Nach § 54 Abs. 1 SGB XII gibt es die Möglichkeit, für Kinder mit wesentlichen körperlichen und geistigen Behinderungen, Hilfen für einen angemessenen Schulbesuch zu erhalten, die z.B. in Form eines/r Integrationshelfers/in gewährt werden können. Ende 2016 übernahm der Landkreis Ahrweiler die Kosten für 27 Integrationshelfer/innen (2014: 28), wobei 9 Integrationshelfer/innen in Förderschulen (2014: 10) und 18 Integrationshelfer/innen in Regelschulen (2014: 18) arbeiteten. Entsprechende Möglichkeiten bestehen auch für Kinder mit seelischer Behinderung, für die solche Hilfen nach § 35a SGB VIII zur Verfügung gestellt werden können. Die Integrationshelfer/innen oder andere Unterstützungsmöglichkeiten für seelisch behinderte Kinder werden in einem getrennten Verfahren im Rahmen der Jugendhilfe gewährt. Für diesen Personenkreis gab es nach Angaben des Kreisjugendamts 2016 insgesamt 44 Integrationshelfer/innen an Schulen im Kreis Ahrweiler nach § 35 a SGB VIII. Davon sind 35 Integrationshelfer/innen an Regelschulen, 8 an Schwerpunktschulen und 1 Integrationshelfer an einer Förderschule (L) im Kreis Ahrweiler tätig.

Das Verfahren zur Beantragung von Integrationshelfer/innen ist im Bereich der Sozialhilfe und der Jugendhilfe ähnlich strukturiert. Der Erstanfrage folgt i.d.R. ein Clearing- bzw. Beratungsgespräch, in dessen Folge den Eltern ein Antragsformular ausgehändigt wird. U.a. müssen die Eltern ein ärztliches Gutachten beibringen, dass die gesundheitliche Störung des Kindes bestätigt. Dieses wird einer Plausibilitätsprüfung durch die Amtsärztin/ den Amtsarzt des Gesundheitsamtes unterzogen, anschließend wird eingeschätzt, ob eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, die ggfs. eine Leistungsgewährung rechtfertigt. Die Entscheidungsprozesse erfolgen somit weitgehend verwaltungsintern.

Die Erbringung von Leistungen zur schulischen Integrationshilfe erfolgt nahezu ausschließlich durch den Verein „Nahdran Wohnortnahe Erziehungs- und Integrationshilfen Kreis AW e.V.“<sup>39</sup>.

### **Ergebnisse der Online-Befragung**

Die Beteiligung an der Online-Befragung im Schulbereich war die Beteiligung an der vorliegenden Untersuchung im Vergleich vergleichsweise gering. Bei 52 angeschriebenen Schulen liegen lediglich für acht Schulen auswertbare Antworten vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von etwa 15%. Die wahrscheinlichste Ursache für diese geringe Beteiligung liegt im Thema der Untersuchung. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die befragten Vertreter/innen von Schulen im Landkreis ausschließlich positive Erfahrungen mit der gemeinsamen Beschulung von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen zurückmelden. Gerade hier wäre jedoch auch die gegenteilige Meinung von Interesse für zukünftige Planungen gewesen.

Sechs der insgesamt acht antwortenden Schulvertreter/innen geben an, dass an ihren Schulen in der Vergangenheit Kinder mit Beeinträchtigungen beschult worden sind. Da sich nur eine Förderschule beteiligt hat, wurde die Mehrzahl der genannten Kinder gemeinsam mit Kindern ohne Beeinträchtigung beschult. Neben der genannten Förderschule liegen Antworten für vier Grundschulen sowie drei weiterführende Schulen vor. An drei dieser insgesamt acht Schulen sind

---

<sup>39</sup> Siehe: [https://www.aw-wiki.de/index.php/Verein\\_für\\_wohnortnahe\\_Erziehungs-\\_und\\_Integrationshilfen\\_im\\_Kreis\\_Ahrweiler\\_e.V.](https://www.aw-wiki.de/index.php/Verein_für_wohnortnahe_Erziehungs-_und_Integrationshilfen_im_Kreis_Ahrweiler_e.V.) Abruf am 30.08.2017

Förderlehrkräfte tätig. Folglich sind an wenigstens zwei Regelschulen im Landkreis Förderlehrkräfte tätig.

Von vier Schulen liegt die Rückmeldung vor, dass dort in den vergangenen fünf Jahren Aufnahmeanfragen für Kinder mit Beeinträchtigungen abgelehnt wurden. In zwei Fällen wurde dies mit der Art der Beeinträchtigung begründet, wobei in einem Fall vor allem auf die baulichen Gegebenheiten attribuiert wird. In den beiden übrigen Fällen waren Verfahrensgründe ausschlaggebend. In einem Fall habe die Förderschule festgestellt, im individuellen Einzelfall die bessere Förderung leisten zu können. In dem anderen Fall habe die betroffene Familie nicht im Landkreis gewohnt. In diesen Fällen sei eine Ablehnung allgemein üblich und werde auch bei Kindern ohne Beeinträchtigung ausgesprochen.

Drei beteiligte Schulen melden zurück, dass sich die Diskussion um die gemeinsame Beschulung in den vergangenen zehn Jahren nicht verändert habe. Sofern Veränderungen in der Diskussion beobachtet wurden, so werden diese in den meisten Fällen (3) auf Anfragen betroffener Familien zurückgeführt. Ein Gelingen gemeinsamer Beschulung führen die Befragten im Wesentlichen auf eine ausreichende personelle Ausstattung zurück. Dies betrifft Integrationskräfte wie Förderlehrkräfte gleichermaßen. Zugleich werden eine Weiterqualifizierung von Regellehrkräften sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Kollegien angemahnt.

#### **4.3.2 Einschätzungen**

Die Entwicklung der Beschulung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Landkreis Ahrweiler folgt statistisch gesehen dem landesweiten Trend. Demnach konnte die Förderschulbesuchsquote in den vergangenen Jahren um ungefähr ein Fünftel reduziert werden. Eine genauere Analyse der Schülerzahlenentwicklung in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf steht noch aus.

Allerdings ist der angenommene Rückgang der Kinder in Förderschulen nicht über alle Förderschwerpunkte gleich verteilt. Es besteht die Vermutung, dass die positive Inklusionsentwicklung sich hauptsächlich in Bezug auf Kinder mit Lernschwächen vollzogen hat und an den Kindern mit ausgeprägten kognitiven und/ oder motorischen Beeinträchtigungen eher vorbeigegangen ist. Problematisch erscheint insbesondere, dass die Anzahl der Kinder, die zentralisierte Förderschulen in Neuwied und Bad Neuenahr-Ahrweiler mit Schwerpunkt motorische Entwicklung besuchen, stark angestiegen ist.

Der Auftrag bzw. Impuls der Landesregierung aus 2013 zur Schaffung von Förder- und Beratungszentren wurde aktuell von den dafür vorgesehenen Akteuren (ADD, Förderschulen, Schulträger) aufgegriffen.

#### 4.4 Kinder mit Behinderungen und ihre Familien

Obwohl auch Kindern mit Behinderungen das Recht zuerkannt wird, wie andere Kinder auch in ihrer Familie aufzuwachsen, kann dies keineswegs für selbstverständlich gelten. Eine differenzierte Darstellung zur Lebenslage von Familien mit Kindern mit Behinderungen findet sich im 2. Teilhabebericht der Bundesregierung (Engels u.a. 2016, S. 53ff). Bundesweit werden ca. 85 % aller als behindert eingestuften Kinder in ihrer Herkunftsfamilie groß. Ca. 15% der Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen leben in Heimen oder Heimgruppen. In Rheinland-Pfalz wurden zum Stichtag 31.12.2014 insgesamt 419 Plätze für Kinder mit Behinderungen in stationären Einrichtungen vorgehalten. Dies entspricht ca. 13 % der insgesamt vorgehaltenen Plätze in diesem Bereich (Stat. Landesamt 2016b, S. 11). Hinzukommen bundesweit sehr differierende Anteile von Kindern mit Behinderungen, die in Pflegefamilien betreut werden. Zwar nimmt offensichtlich die Anzahl der Kinder mit Behinderungen zu, die im Rahmen kommunaler Pflegekinderdienste nach § 33 SGB VIII in Pflegefamilien vermittelt werden. Doch häufig fehlt es an begleitenden fachlichen Angeboten für die Pflegefamilien.<sup>40</sup> In diesem Zusammenhang weisen Fachverbände auch auf die negativen Auswirkungen der getrennten Zuständigkeiten der Sozialhilfe für Hilfen für behinderte Kinder, und der Jugendhilfe für nichtbehinderte Kinder hin, deren Überwindung anzustreben wäre.

Familien, in denen Kinder oder Erwachsene mit kognitiven, körperlichen, sinnesbezogenen oder mehrfachen Beeinträchtigungen aufwachsen und leben, dürfen nicht gleichsam automatisch als ‚Problemfamilien‘ gekennzeichnet werden. So ist davon auszugehen, dass es sich bei den Eltern um kompetente Erwachsene handelt, die in vielerlei Hinsicht - sei es in der Partnerschaft, in der Familie, in der Nachbarschaft oder im Beruf wie andere bemüht sind, kompetent zu handeln und ihre Rollen verantwortlich auszufüllen. Allerdings sind sie aufgrund des oft hohen Betreuungs- und Pflegebedarfs ihres Kindes oder auch wg. spezifischer Unterstützungsnotwendigkeiten noch vor zusätzliche Aufgaben gestellt, deren Bewältigung ein hohes Maß an Zeit, Energie und Nerven sowie nicht zuletzt auch erhebliches Geld kostet. Zweifellos birgt das Zusammenleben mit einem Kind mit Behinderung in der Familie auch glückliche Momente, es ist aber doch auch festzustellen, dass von einem erhöhten und anhaltenden Pflege- und Betreuungsbedarf eines Angehörigen erhebliche Risiken für die Partnerschaft der Ehegatten, für die psychosoziale Entwicklung der Geschwister sowie für die Stabilität des Familiensystems insgesamt ausgehen. Bei aller zunehmenden Familienorientierung von Männern liegt die Hauptarbeit der Pflege und Betreuung auch bei Angehörigen mit Behinderungen bei den Frauen in den Familien, die rund 80 % der Hauptpflegepersonen stellen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass deutlich mehr Kinder mit Behinderungen (22 %) als solche ohne Behinderungen (14%) bei nur einem Elternteil aufwachsen. Auch hier sind die Mütter überrepräsentiert (Engels u.a. 2016, S.74).

Damit aus häufig moralisch begründeten Verpflichtungen keine durchgängig unfaire Lebenssituation entsteht und ein weitgehend normales Familienleben möglich wird, sind die Familien auf regelmäßige und verlässliche Unterstützung und Entlastung angewiesen. In diesem Zusammenhang haben sich in den vergangenen Jahren familienunterstützende Dienste als flexible Hilfen fast

---

<sup>40</sup> Vgl. die Stellungnahme des Aktionsbündnisses für Kinder mit Behinderungen in Pflegefamilien, siehe: <http://www.inklusion-pflegekinder.de/> Abruf am 30.08.2017

überall etabliert. Diese Dienste übernehmen stundenweise, tageweise, am Wochenende oder auch über mehrere Wochen die Betreuung von Menschen mit Behinderungen, die in ihren Herkunftsfamilien leben. Ihr Ziel ist es, die Hauptbetreuungsperson zu entlasten, mehr Teilhabe von behinderten Kindern und Jugendlichen am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, deren Selbständigkeit zu erweitern und mögliche Ablösungsprozesse aus dem Familiensystem angemessen zu begleiten. Dies beinhaltet einen umfassenden alltagsorientierten Ansatz, der sich von herkömmlichen Formen individueller Förderung und Therapie abhebt. Das Kernangebot der FUD ist nicht durch bestimmte standardisierte Leistungspakete zu beschreiben, sondern durch eine größere Offenheit und eine spezifische Familienorientierung der Angebote.

Familienunterstützenden Diensten gehören zum Typus der sogenannten ‚Offenen Hilfen‘ (Huppert 2015), die einer individualisierten Hilfelogik folgen. Ihnen kommt in diesem Zusammenhang die wichtige Aufgabe zuteil, Eltern und Angehörigen, aber auch behinderten Menschen selbst erste Erfahrungen mit fremder, bezahlter Alltagshilfe zu vermitteln. Positive Erfahrungen mit ambulanten Hilfen können behinderte Menschen und ihre Angehörigen dazu ermutigen, auch später ihren Unterstützungsbedarf durch Assistenzdienste zu organisieren.

Im Sinne Offener Hilfen beinhaltet dies die Ausweitung bzw. Verknüpfung der Angebote in Richtung von Assistenzdiensten für den Besuch von Bildungseinrichtungen, für Begleitung bei Freizeitangeboten und Angeboten der Erwachsenenbildung oder zur Unterstützung selbstbestimmter Wohnformen für Menschen mit Behinderungen.

Die Finanzierung der Inanspruchnahme Familienunterstützender Dienste kann über die Leistungen der Pflegeversicherung und/oder Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53f. SGB XII erfolgen. Angehörige, die ihr Kind oder einen sonstigen Verwandten regelmäßig seit mindestens 6 Monaten pflegen und Pflegeleistungen (Pflegegeld) erhalten, haben die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Diese Leistung ist pauschalisiert und beträgt zurzeit 1612 € pro Kalenderjahr. Dieser Betrag kann nicht wie das Pflegegeld direkt ausbezahlt werden, sondern dient zur Finanzierung von Ersatzpflegekräften etwa zur Entlastung pflegender Angehörige, oder wenn dieser verhindert ist. Eine weitere Leistung der Pflegekassen ist der sogenannte Entlastungsbetrag (ehemals zusätzliche Betreuungsleistungen) nach § 45a SGB XI. Seit dem 01.01.2017 steht jedem Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 1 der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € je Kalendermonat zu. Dieser Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Hierunter versteht das Gesetz beispielsweise Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, aber auch niedrighschwellige Betreuungsangebote von Familienunterstützenden Diensten.

Zahlreiche Leistungen der sogenannten Offenen Hilfen können prinzipiell über die Eingliederungshilfe für Menschen mit einer Behinderung nach §§ 53ff. finanziert werden. Ob ein behinderter Mensch in bestimmten Bereichen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe hat, muss in einem Beantragungsverfahren bei dem zuständigen Träger der Sozialhilfe geklärt werden. Für FUD und andere Offene Hilfen ist dies in Rheinland-Pfalz die Kommune als örtlicher Sozialhilfeträger. Dies setzt allerdings meist eine Leistungsvereinbarung zwischen Dienst und Sozialleistungsträger voraus.

#### 4.4.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Im Landkreis Ahrweiler werden Familienunterstützende Dienste und Offene Hilfen für Menschen mit Behinderungen seit einer Reihe von Jahren sowohl von der Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler als auch von der Caritas Alten- und Behindertenhilfe St. Raphael angeboten<sup>41</sup>. Wohngruppen oder ähnliche stationäre Wohnangebote für Kinder mit Behinderungen, die nicht oder für längere Zeit nicht in ihrer Herkunftsfamilie leben können, bestehen im Landkreis nicht. Im Rahmen der Planungskonferenzen in den kreisangehörigen Kommunen wurde dieser Mangel wiederholt kritisch festgestellt. Im Jahr 2016 befinden sich aus dem Landkreis Ahrweiler 16 Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in stationärer Unterbringung in Einrichtungen außerhalb des Kreisgebiets. 2011 waren dies 22 Kinder.

Eine systematische Einbeziehung von Kindern mit Behinderungen in die Vermittlungs- und Betreuungsrbeit des Pflegekinderdienstes des Kreisjugendamtes erfolgt bisher nicht. Die Anzahl der behinderten Kinder, die dennoch in Pflegefamilien betreut werden, konnte zum Recherchezeitpunkt nicht benannt werden.

Das Angebot **des Caritas-Trägers** im Landkreis Ahrweiler wird unter der Bezeichnung „Ambulante Dienste“ vom Standort Sinzig aus organisiert. Das Büro der Ambulanten Dienste befindet sich in den Räumlichkeiten der dortigen Caritas Werkstätten St. Elisabeth. Von da aus werden die Einsätze von derzeit 4 hauptamtlichen Mitarbeiter/innen/n und zahlreichen freiwilligen Helfer/innen/n koordiniert. Zu Team der ambulanten Dienste gehören Sozialpädagog/inn/en und Heilerziehungspfleger/innen, aber auch Erziehungshelfer/innen, die insbesondere bei den familienentlastenden Angeboten eingesetzt werden.

Neben Beratungsmöglichkeiten wird ein breites Spektrum an Bewegungsangeboten und Freizeitaktivitäten angeboten. Die Ambulanten Dienste betreuen zudem kreisweit Menschen mit verschiedenen Behinderungsbildern im Rahmen von Einzelassistenz und Betreutem Wohnen. Seit 2011 sind die Ambulanten Dienste der Caritas im Kreis Ahrweiler anerkannter Dienstleister nach § 45b SGB XI und damit berechtigt, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen mit den Pflegekassen abzurechnen.

Die **Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler e.V.** bietet im Rahmen ihrer Organisationseinheit „Offene Hilfen“ verschiedene Formen nicht-stationärer Leistungen für Menschen mit Behinderungen an<sup>42</sup>. Dazu gehören neben dem Familienunterstützenden Dienst die Frühförderung und die Angebote des Betreuten Wohnens, sowie zahlreiche Angebote für Freizeitaktivitäten und Erwachsenenbildung. Einen guten Überblick über die Vielfalt der Angebote bietet das aktuelle Jahresprogramm 2017, das Aktivitäten und Initiativen aus den Bereichen Frühförderung, Bildung und Freizeit vorstellt, und mit familienunterstützendem Angebot verknüpft. Erkennbar ist dabei das Bemühen um eine inklusive Ausrichtung der Arbeit. Im Bereich der Angebote für Kinder und Jugendliche als auch im Bereich der Erwachsenenbildung konnten Kooperationspartner aus dem gesellschaftlichen Regelbereich gefunden werden.

---

<sup>41</sup> Siehe hierzu: <https://www.st-raphael-cab.de/behindertenhilfe/ambulante-dienste/kreis-ahrweiler/>

<sup>42</sup> Siehe: <http://www.lebenshilfe-ahrweiler.de/offene-hilfen>

Auch als Reaktion auf eine Empfehlung des Teilhabepplans von 2005 hat die Lebenshilfe ihr Angebot der Offenen Hilfen dezentralisiert. Neben einem Büro in Sinzig für den Sozialraum Rhein-Ahr wurde vor einiger Zeit auch in Adenau für die Eifelregion eine weitere Anlaufstelle geschaffen. Dies ermöglicht es der Lebenshilfe, die Angebote stärker sozialräumlich auszurichten. Für die Angebote der Lebenshilfe und der Caritas existieren Finanzierungsmöglichkeiten über die Pflegeversicherung, sowie in beschränktem Maße über die Eingliederungshilfe. Insbesondere im Bereich der schulbegleitenden Hilfen kooperiert der Landkreis Ahrweiler mit dem Verein „Nahrdran Wohnortnahe Erziehungs- und Integrationshilfen Kreis AW e.V.“<sup>43</sup>.

#### **4.4.2 Einschätzungen**

Im Landkreis Ahrweiler gibt es qualifizierte und zukunftsweisende Ansätze Familienunterstützender Dienste und Offener Hilfen für Menschen mit Behinderungen und ihre Familienangehörigen. Dabei gibt es bei den handelnden Akteuren eine ausgeprägte Sensibilität für die Bedeutung niedrigschwelliger und sozialräumlich gegliederter Angebote, die den Bedingungen des Flächenkreises Ahrweiler Rechnung tragen.

Als problematisch kann das Fehlen von Kurzzeit- und Langzeit-Wohnplätzen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen im Landkreis Ahrweiler gelten.

Eine systematische Einbeziehung von Kindern mit Behinderungen in die Vermittlungs- und Betreuungsbearbeitung des Pflegekinderdienstes des Kreisjugendamtes erfolgt derzeit kaum. Zu prüfen wäre, ob dies im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfeplanung thematisiert werden könnte.

Der Verein „Nahrdran Wohnortnahe Erziehungs- und Integrationshilfen Kreis AW e.V.“ ist bisher nur in geringem Maße in das Feld der Behindertenhilfe eingebunden.

---

<sup>43</sup> Siehe: [https://www.aw-wiki.de/index.php/Verein\\_für\\_wohnortnahe\\_Erziehungs-\\_und\\_Integrationshilfen\\_im\\_Kreis\\_Ahrweiler\\_e.V](https://www.aw-wiki.de/index.php/Verein_für_wohnortnahe_Erziehungs-_und_Integrationshilfen_im_Kreis_Ahrweiler_e.V)

## 4.5 Jugendliche und junge Erwachsene

Der aktuelle Jugendbericht der Bundesregierung stellt heraus, dass „junge Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen .. in erster Linie Jugendliche und junge Erwachsene“ (BMFSFJ 2017, S 440) sind. Doch die Lebensrealität stellt sich häufig anders dar, da eine Behinderung zunehmend in den Vordergrund der Wahrnehmung und des Umgang mit jungen Menschen steht. „Im Jugendalter dürften dabei insbesondere der erschwerte oder als unmöglich wahrgenommene Übergang in die Erwachsenenrolle, markiert durch die volle Geschäftsfähigkeit, den Übergang in Ausbildung und Beruf, die Erprobung unterschiedlicher Lebensformen und den Auszug aus dem Elternhaus im Mittelpunkt stehen“ (Rohrmann/Weinbach 2017, S. 62). Es ist festzustellen, dass die Unterstützung der Teilhabechancen für diese Zielgruppe bislang weder in der Jugendhilfe, die nur für Jugendliche mit einer ‚seelischen Behinderung‘ zuständig ist, noch im Bereich der Rehabilitation, die sich an der beruflichen Rehabilitation erwachsener Menschen orientiert, besondere Aufmerksamkeit erfährt.

Die **Jugendphase** ist gekennzeichnet durch einen häufig nicht ganz einfachen und konflikthaften Prozess der Identitätsentwicklung, der Herausbildung einer Persönlichkeit und eines eigenen Lebensstils. Bedeutsam werden in dieser Lebensphase Kontakte mit Gleichaltrigen und Freiräume zur Erprobung und Gestaltung eigener Lebensvorstellung. Diese Prozesse werden begleitet durch sehr offene Angebote der Jugendarbeit und der Jugendsozialarbeit. Jugendliche mit Behinderung fällt es aufgrund ihrer Lebenssituation häufig schwerer als anderen, Kontakt mit Gleichaltrigen zu knüpfen und Zugänge zu Angeboten der Jugendarbeit zu finden. Im aktuellen Teilhabebericht wird auf eine Studie verwiesen, in der Kinder und vor allem auch Jugendliche mit Beeinträchtigungen deutlich seltener angeben, einen guten Freund oder eine gute Freundin zu haben (vgl. Engel u.a., S. 76). Studien zur Offenen Kinder- und Jugendarbeit zeigen, dass es gerade offenen Jugendtreffs zunehmend gelingt, auch Jugendliche mit Beeinträchtigungen zu erreichen, wenngleich sie dies konzeptionell zumeist noch nicht systematisch verfolgen (vgl. Seckinger u.a. 2016, S. 209ff).

Es ist festzustellen, dass im Mittelpunkt der Sozialpolitik für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Beeinträchtigung die Gestaltung des **Übergangs in Ausbildung und Beruf** steht. Die Berufsvorbereitung nimmt bereits in der Schulzeit einen breiten Raum ein. Dies gilt auch für die Förderschulen. Einem Teil der jungen Menschen gelingt es nicht oder nicht unmittelbar nach der Schulzeit in die berufliche Bildung einzumünden. Trotz rückläufiger Jahrgangsstärken und einem wachsenden Bedarf an jungen Arbeitskräften befindet sich ein Teil der jungen Menschen in einem sogenannten Übergangsbereich der auf eine Berufsausbildung oder eine Berufstätigkeit vorbereiten soll (vgl. BMBF 2017, S. 60ff). Wenngleich die Zunahme von jungen Menschen in diesem Bereich in den letzten Jahren stark auf geflüchtete junge Menschen zurückgeht, so ist die Kerngruppe in diesem Bereich diejenige, die ohne einen Hauptschulabschluss die Schule verlässt. Dazu gehört ein großer Teil der Abgänger der Förderschulen, für den ein nahtloser Übergang von der Schule in die Ausbildung die Ausnahme ist. Die jungen Menschen können die Berufsfachschule I und II oder ein Berufsvorbereitungsjahr besuchen. Schüler/innen, die den Abschluss der Schule mit dem Förderschwerpunkt ganzheitliche Entwicklung erwerben, haben oft nur geringe Chance

eine Alternative zum Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zu finden.

Im Aktionsplan des Landes hat die Förderung des Übergangs von der Schule in Ausbildung und Beruf für junge Menschen mit Behinderungen einen hohen Stellenwert. Hier wurde ein Angebot entwickelt, welches durch die Integrationsfachdienste durchgeführt wird. Durch das BTHG wurde dieses Angebot als Aufgabe der Integrationsfachdienste verankert (§ 193 Abs. 2 SGB IX). Des Weiteren werden im Rahmen der Experimentierklausel Ansätze zu inklusivem Unterricht in berufsbildenden Schulen erprobt (vgl. MSAGD RLP 2015a, S. 31).

Das **Verlassen des Elternhauses** ist ein nicht eindeutig normierter Übergang im Lebensverlauf junger Erwachsener. Er hängt mit Fragen der Wohnsituation, der Ausbildung und der Partnerschaft zusammen. Die Abhängigkeit von Unterstützung und die Möglichkeit dies in einer Wohnform außerhalb des Elternhauses zu realisieren ist ein wichtiger Faktor, der häufig zu einem längeren Verbleib im elterlichen Haushalt führt. Der hohe Anteil der Menschen mit Behinderung, die als Erwachsene in einer Werkstatt arbeiten, deutet darauf hin, dass der Auszug für diese Zielgruppe unter besonders erschwerten Bedingungen besteht. Im aktuellen Teilhabebericht der Bundesregierung wird angegeben, dass rund 300.000 volljährige Menschen mit Behinderungen im Haushalt ihrer Eltern bzw. eines Elternteils leben (Engels u.a. 2017, S. 63).

Für Jugendliche mit Beeinträchtigungen ist es auch schwierig unterschiedliche **Wohn- und Lebensformen** zu erproben, wie es für das Lebensalter typisch ist. Die Realisierung einer gewünschten Wohn- und Lebensform ist häufig von der Verfügbarkeit von Unterstützung und gegebenenfalls auch von der Zustimmung von Eltern, gesetzlichen Betreuer/innen oder Fachkräften abhängig. Menschen mit Behinderungen leben im Erwachsenenalter häufiger als andere allein in einer Wohnung oder in einer stationären Einrichtung (a.a.O., S. 62). Das Eingehen von Partnerschaften, das Ausleben eines selbstbestimmten Sexuallebens und die Realisierung eines Kinderwunsches stehen unter erschwerten Bedingungen. „Besonders Menschen mit geistiger Behinderung wird oftmals das Recht auf Partnerschaft und Sexualität abgesprochen“ (a.a.O., S. 65). Der Anspruch auf Selbstbestimmung und flexible Angebote wohnbezogener Hilfen kann dazu beitragen, jungen Menschen mit Behinderungen bessere Chancen auf die gleichen Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Hinsichtlich der Anordnung einer **rechtlichen Betreuung** wird keine nach Alter gegliederte Statistik geführt. Es ist jedoch zu vermuten, dass mit dem Eintritt der Volljährige insbesondere für Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung häufig eine rechtliche Betreuung eingerichtet wird, wobei zumeist Eltern oder Angehörige zu Betreuern bestimmt werden. Es ist davon auszugehen, dass dies Ablösungsprozesse und den Aufbau einer normalen Beziehung zwischen Eltern und erwachsenen Kindern erschwert. Es ist daher Aufgabe der Beratung und der professionellen Begleitung von Familien und jungen Erwachsenen, dies zu thematisieren und eine Markierung des Übergangs in das Erwachsenenalters unabhängig von der Beeinträchtigung zu ermöglichen.

Aktuell wird kritisch diskutiert, dass für junge Menschen, für die mit der Volljährigkeit oder nach Vollendung des 21. Lebensjahres die Unterstützung durch die Jugendhilfe endet, mangels alternativer Unterstützungsformen eine rechtliche Betreuung eingerichtet wird (vgl. Fazekas/Kroworsch 2017). Es ist auch anzunehmen, dass dieser Personengruppen häufig eine Behinderungen zugeschrieben wird, um einen Zugang zu Unterstützungsleistungen zu eröffnen.

#### **4.5.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler**

Junge Menschen mit Beeinträchtigungen werden neben dem Elternhaus beispielsweise begleitet durch Schulen, durch Ausbildungsbetriebe, durch familienunterstützende Dienste, durch Angebote der Jugendhilfe und Jugendarbeit oder durch allgemeine Beratungsstellen. Besondere Aufmerksamkeit findet der Bereich des Übergangs von der Schule in Ausbildung und Beruf. Die Förderschulen haben dazu ebenso wie die Regelschulen Konzepte entwickelt, die die Zusammenarbeit mit Ausbildungsbetrieben und der Agentur für Arbeit einschließt. Das Landesprogramm zur Förderung des Übergangs für beeinträchtigte junge Menschen wird im Kreis Ahrweiler durch den Integrationsfachdienst (IFD) der Barmherzigen Brüder Saffig umgesetzt. Im Mittelpunkt stehen Berufsorientierungsmaßnahmen und Maßnahmen der Begleitung im Übergang.

Hinsichtlich der Möglichkeiten alternative Übergänge in Ausbildung und Beruf für Menschen mit geistiger Behinderungen zu eröffnen, wird eine stärkere Entkoppelung des Berufsbildungsbereiches vom Arbeitsbereich diskutiert und eine Annäherung des Arbeitsbereiches an Ausbildungs- oder zumindest berufsvorbereitende Maßnahmen. Es bleibt abzuwarten, ob die mit dem Bundesteilhabegesetz eröffneten Ansätze dazu beitragen werden. Die Maßnahmen zur Förderung des Wechsels von der WfbM in den regulären Arbeitsmarkt richten sich bislang eher an Beschäftigte im Arbeitsbereich der Werkstatt. Festzustellen ist, dass auch die Neuregelungen durch das BTHG zur Gewährung eines Budgets für Arbeit der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Phase der Berufsbildung nicht zu Gute kommen.

Für die Begleitung und Gestaltung von Ablösungsprozessen aus der Herkunftsfamilien bietet das Konzept der Familienunterstützenden Dienste einen geeigneten Ansatzpunkt. Die Ansiedlung der Gesamtzuständigkeit für alle Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe könnte hier Entwicklungsmöglichkeiten zur Gestaltung einer inklusiven Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit bieten. Ambulante Hilfen, insbesondere das Ambulant Betreute Wohnen, bietet jungen Erwachsenen deutlich mehr Möglichkeiten zur Erprobung von unterschiedlichen Wohn- und Lebensformen. So ist festzustellen, dass diese Hilfeform besonders stark nachgefragt wird, wenn es um die erstmalige Inanspruchnahme von Hilfen außerhalb des Elternhauses geht. Ihr Ausbau ist daher gerade für diese Personengruppe sehr bedeutsam.

#### **4.5.2 Einschätzungen**

Die Begleitung von jungen Menschen mit Beeinträchtigungen ist im Kreis Ahrweiler wie an anderen Stellen stark auf den Übergang von der Schule in Ausbildung und Beruf konzentriert, was

angesichts der Bedeutung dieser Dimension von Teilhabe auch gut begründet ist. Dennoch erscheint es sinnvoll auch die anderen Dimensionen der Teilhabe und eines selbstbestimmten Lebens stärker in den Blick zu nehmen. Ungeachtet von der Frage der Regelung der Zuständigkeit für die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, ist eine fachliche Perspektive notwendig, die die Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Mittelpunkt stellt und erst dann deren Bewältigung unter den Bedingungen einer Behinderung in den Blick nimmt. Positive Auswirkungen können von der im Mai 2017 geschaffenen Arbeitsgemeinschaft zur Jugendarbeit (§ 11 SGB VIII) nach § 78 SGB VIII erwartet werden, die ihrerseits auf die Ergebnisse einer entsprechenden Arbeitsgemeinschaft zur Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII) zurückgreifen kann. Es erscheint sinnvoll, die Unterstützung von Jugendlichen mit Behinderungen und die Entwicklung einer inklusiven Jugendhilfe und Jugendarbeit als Aufgabe der Jugendhilfeplanung wahrzunehmen, und die entsprechende Akteure der Behindertenhilfe sowie Betroffene in diesen Planungsrahmen einzubinden.

## 5. Erwachsenenalter

### 5.1 Wohnbezogene Hilfen und Unterstützung im Alltag

Die Wohnung ist für alle Menschen der wichtigste Lebensort. Es handelt sich um einen Ort der Privatsphäre, der von der Öffentlichkeit abgegrenzt ist. Er ermöglicht Rückzug und so auch eine selbstbestimmte Teilhabe am öffentlichen Leben. Nach Art. 13 des Grundgesetzes (GG) stellt die Entfaltung des Privatlebens in der eigenen Wohnung ein staatlich garantiertes Grundrecht dar, von dessen Ausübung auch Menschen mit Behinderung im Sinne von Art. 3 GG nicht ausgeschlossen werden dürfen.

Im Lebenslauf ändern sich die Erwartungen an die eigene Wohnung. Die meisten Kinder und Jugendlichen wachsen in der Wohnung ihrer Eltern auf. Sie legen hier die Grundlage für das Verständnis von Privatsphäre, beispielsweise durch die Verfügung über ein eigenes Zimmer. Das Leben von jungen Erwachsenen ist in einem nicht genau bestimmbar Zeitraum für die meisten durch den Auszug aus dem Elternhaus und die Erprobung unterschiedlicher Wohnformen (allein, als Paar, in einer Wohngemeinschaft oder mit eigener Familie) geprägt. Der Wohnsitz wird Fragen der Ausbildung, der Berufswahl und der Lebensform untergeordnet. Im weiteren Lebensverlauf verfestigt sich meist die Bindung an die Wohnung. Es wird ein dauerhafter Wohnsitz gesucht und nicht selten der Erwerb von Eigentum angestrebt. Ein Wandel der Wohnbedürfnisse wird im späteren Lebensverlauf häufig nicht durch einen Wechsel, sondern durch eine Anpassung der Wohnung realisiert. Im Falle einer Beeinträchtigung steht dies unter erschwerten Bedingungen, in denen nicht nur rechtliche, finanzielle und bauliche Fragen der Anpassbarkeit der Wohnung zu klären, sondern auch Aspekte der Lage der Wohnung zu bedenken sind (z.B. Einrichtungen für die Allgemeinheit im Umfeld oder Erreichbarkeit von wichtigen Orten)

Die Bedeutung der eigenen Wohnung für Teilhabe und Inklusion wird in der UN-Behindertenrechtskonvention deutlich akzentuiert. Artikel 19 betont das Recht auf eine unabhängige und selbstbestimmte Lebensführung. Um dieses Rechts zu sichern, sollen die Vertragsstaaten gewährleisten, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“. Des Weiteren wird ausgeführt, dass dazu dezentrale und flexible Unterstützungsdienste zur Verfügung stehen müssen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Beeinträchtigungen „auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen“.

Damit wird die bereits im Teilhabeplan aus dem Jahre 2005 enthaltene Feststellung bekräftigt, dass kein durch eine Beeinträchtigung gegebener Unterstützungsbedarf unmittelbar mit einer bestimmten Wohnform verknüpft werden kann. Obwohl fast alle Menschen das Wohnen in einer eigenen Wohnung bevorzugen, dominieren sowohl in der Pflege mit professioneller Unterstützung als auch in der Eingliederungshilfe immer noch stationäre Wohnformen. Bei der ersten Prüfung der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention durch den zuständigen Ausschuss der Vereinten Nationen wurde daher in den abschließenden Bemerkungen im Jahre 2015 Besorgnis über den „hohen Grad der Institutionalisierung und den Mangel an alternativen Wohnformen beziehungsweise einer geeigneten Infrastruktur“ (Vereinte Nationen 2015, S. 10) zum Ausdruck

gebracht. Es wurde daher die Reform des Sozialrechts und die Bereitstellung ausreichender Finanzmittel angemahnt, um die Deinstitutionalisierung zu erleichtern. Es ist deutlich, dass damit ungeachtet des Handlungsbedarfes auf anderen politischen Ebenen für die kommunale Planung ein Auftrag verbunden ist, der die Steuerung des Leistungsgeschehens verknüpft mit der Entwicklung inklusiver sozialräumlicher Strukturen.

Die grundlegende Reform der **Eingliederungshilfe**, die mit der Überführung des bisher im SGB XII verorteten Regelungsbereiches in das SGB IX verbunden ist, soll auch den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung tragen. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichtes steht die Umsetzung der Gesetzesreform allerdings noch am Anfang. Dennoch sollen zentrale, für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung relevante Änderungen kurz skizziert werden.

Durch die Gesetzesänderung wird ab 2020 die bisher prägende Unterscheidung zwischen ambulanten, teilstationären und stationären aufgehoben. Zukünftig wird die Eingliederungshilfe – wie gegenwärtig bei ambulanten Hilfen im Bereich des Wohnens – zwischen der Fachleistungen und den existenzsichernden Leistungen (Grundsicherungen oder Hilfe zum Lebensunterhalt). Stationäre Einrichtungen für erwachsene Menschen, die zukünftig gemeinschaftliche Wohnformen heißen, müssen diese Finanzierungsbestandteile voneinander abgrenzen und die Mietkosten sowie den Lebensunterhalt mit ihren Bewohner/innen abrechnen.

Bisher gilt, dass den Wünschen der Leistungsberechtigten nach § 13 SGB XII nicht entsprochen werden muss, wenn andere Hilfen zumutbar sind und die gewünschten Hilfen mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden waren. Nach § 104, Abs. 3 muss zukünftig im Bereich wohnbezogener Hilfen bei der Zumutbarkeit neben persönlichen, familiären und örtlichen Umständen auch die gewünschte Wohnform angemessen berücksichtigt werden. „Kommt danach ein Wohnen außerhalb von besonderen Wohnformen in Betracht, ist dieser Wohnform der Vorzug zu geben, wenn dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird“.

Im Bereich der **Pflege** ist durch § 3 SGB XI der Vorrang der häuslichen Pflege normiert. Dieser Vorrang wurde durch die drei Pflegestärkungsgesetze (PSG) bekräftigt. Der Kreis der Leistungsberechtigten wurde ausgeweitet. Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade wurden die Leistungen für die häusliche Pflege deutlich angehoben. Insbesondere das Pflegestärkungsgesetz III soll die Rolle der Kommunen im Pflegegeschehen stärken. In Bezug auf das Leistungsgeschehen ist dazu insbesondere der überarbeitete Abschnitt fünf des SGB XI ‚Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe‘ mit den § 45a bis f bedeutsam, der Anreize bietet eine nahräumige Infrastruktur im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens zu entwickeln. Eine Verbindlichkeit kommunaler Planung für Anbieter von Leistungen wurde hingegen durch das PSG III nicht realisiert.

Im Rahmen der Reform der Eingliederungshilfe und der Pflege wurden die Schnittstellen zwischen den Regelungsbereichen den Blick genommen. Auch weiterhin können Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflege nebeneinander in Anspruch genommen werden (§ 13 Abs. 3

SGB XII). In bestimmten gemeinschaftlichen Wohnformen gilt weiterhin die (geringere) pauschale Abgeltung von Pflegeleistungen nach § 43 SGB XI. Nach dem Lebenslagenmodell umfasst die Eingliederungshilfe nun auch die Hilfe zur Pflege, wenn die Behinderung vor dem Rentenalter eintritt. Tritt die Behinderung hingegen nach Erreichen der Regelaltersgrenze ein, umfassen die Leistungen der Hilfe zur Pflege auch die Eingliederungshilfe.

Die Ermöglichung individueller und flexibler Hilfen für beeinträchtigte Menschen ist eine Zielsetzung der rheinland-pfälzischen Landespolitik, die vor allem durch entsprechende Rahmenvereinbarungen, durch die Erprobung neuer Formen der Leistungsverwaltung und -gewährung sowie durch Landesprogramme umgesetzt werden soll. Einen guten Überblick über den Stand der Dinge und weitere Planung gibt der zweite Landesaktionsplan der Landesregierung (MSAGD RLP 2015a, S. 74ff)

Auf der Ebene der Gesetzgebung des Landes ist das im Jahre 2010 in Kraft getretene Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) von besonderer Bedeutung. Es ist an die Stelle des Heimgesetzes des Bundes getreten. Das Gesetz wurde 2016 novelliert. In dem Gesetz wird der Begriff des ‚Heims‘ vermieden, es wird vielmehr unterschieden zwischen

- Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (klassische stationäre Einrichtungen) und
- Einrichtungen mit besonderer konzeptioneller Ausrichtungen (kleinere betreute Wohngruppen für nicht mehr als zwölf pflegebedürftige erwachsene Menschen oder acht erwachsene Menschen leben, die in Verantwortung eines Trägers stehen).

Einrichtungen mit besonderer konzeptioneller Ausrichtungen werden mehr Möglichkeiten eröffnet, spezifische Vereinbarungen mit den zuständigen Behörden zu treffen. Die Regelungen für selbstorganisierte Wohngemeinschaften, die in der Gesetzesfassung von 2010 enthalten waren, wurden mit der Neufassung aufgehoben.

Das Gesetz verlangt, dass sich die Einrichtung in das Wohnquartier öffnen: „Sie unterstützen die Bewohnerinnen und Bewohner bei deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Einbeziehung von Angehörigen, der Betreuerinnen und Betreuer, der Selbsthilfe, von bürgerschaftlich Engagierten und von Institutionen des Sozialwesens, der Kultur und des Sports. Sie fördern Bewohnerinnen und Bewohner bei deren Aktivitäten in der Gemeinde. Sie wirken darauf hin, dass die Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner am Leben in der Einrichtung und die Lebensqualität in der Einrichtung durch die Einbeziehung von bürgerschaftlichem Engagement von Externen und der Selbsthilfe verbessert werden“ (§ 8 Abs. 1 LWTG). Dabei soll eine intensive Kooperation mit der Kommune realisiert werden, in der die Einrichtung liegt.

Die zuständige Behörde des Landes hat durch das Gesetz neben dem Prüfauftrag eine Beratungsfunktion erhalten (§ 14), die sich auch auf die Entwicklung von alternativen, vor allem selbstorganisierten Wohnformen bezieht, die nach der Novellierung nicht mehr durch das Gesetz normiert werden. Das Beratungsangebot „richtet sich auch an kommunale Gebietskörperschaften und an Bauträger, die die Entwicklung dieser Wohnformen fördern und unterstützen wollen“ (§ 8

Abs. 5 LWTG). Die Beratungs- und Prüfbehörde ist beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung angesiedelt. Die Zuständigkeit für den Kreis Ahrweiler liegt bei der Stelle in Koblenz. Durch das LWTG wurde auch die Einrichtung einer Beschwerdestelle geregelt, die bei den Verbraucherzentralen angesiedelt wurde. Die Beschwerdestellen sind neben dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) für Beschwerden über ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen zuständig.

Für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung lässt sich festhalten, dass in den relevanten rechtlichen Regelungsbereichen eine Abkehr von der stationären Versorgung vorgegeben wird und Möglichkeiten für die Gestaltung alternativer und flexibler Wohnformen eröffnet werden.

### 5.1.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Die Situation im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen Behinderung war nach den Beschreibungen der Situation im Teilhabeplan von 2005 davon geprägt, dass sehr viele Leistungsberechtigte stationäre Angebote der wohnbezogenen Eingliederungshilfe außerhalb des Kreises in Anspruch nahmen. Es wurde die Einschätzung abgegeben, dass mittelfristig mit einem Bedarf an wohnbezogenen Hilfen für mindestens 180 Personen mit geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen zu rechnen sei (Landkreis Ahrweiler 2015, S. 113), der durch einen schrittweisen Ausbau der Angebote im Landkreis befriedigt werden sollte. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderungen stellte sich die Situation ähnlich dar. Hier war die Situation, dass in den drei im Kreisgebiet ansässigen Einrichtungen überwiegend Personen unterstützt wurden, die nicht aus dem Kreisgebiet stammten. Der rechnerische Bedarf von insgesamt 52 Plätzen in stationären Einrichtungen (a.a.O., S. 159 ff) - so die damalige Einschätzung - könnte aber bei entsprechender Aufnahmepraxis im Kreisgebiet gedeckt werden. Das Angebot des Betreuten Wohnens war zum Zeitpunkt der Erhebungen auf die Rheinschiene konzentriert und insgesamt nicht hinreichend entwickelt.

### Leistungsempfänger/innen im Bereich der Eingliederungshilfe

Der Kreis erhebt im Rahmen eines Controllings regelmäßig Daten über die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Eingliederungshilfeleistungen. Danach ergibt sich das folgende Bild:

*Tabelle 17: Empfänger/innen von wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe im Kreis Ahrweiler*

<b>Jahr</b>	<b>Hilfen in stationären Einrichtungen</b>	<b>Ambulante Hilfen zum Wohnen</b>
2014	268	244
2015	277	234
2016	266	239
2017	246	202

Vergleicht man diese Zahlen mit den für das Jahr 2015 vorliegenden Werten für Rheinland-Pfalz (Stat. Landesamt 2016c, S. 11 und 14), so ergibt sich, dass die Gesamtzahl der Hilfen pro 1.000 Einwohner/inne/n im Landkreis Ahrweiler (4,0) deutlich über dem Landesdurchschnitt (2,73)

liegt. Dies ist vor allem dem höheren Anteil ambulanter Hilfen geschuldet. Bei den stationären Hilfen liegt der Wert im Landkreis Ahrweiler bei 2,17, im Landesdurchschnitt hingegen bei 1,7, im ambulanten Bereich im Landkreis Ahrweiler bei 1,83 pro 1.000 Einwohnern und im Landesdurchschnitt bei 1,03. Im Landkreis Ahrweiler beträgt also das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Hilfen 54 % zu 46 %, im Landesdurchschnitt 38 % zu 62%. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass die Berechnungsgrundlage der Landesstatistik vom internen Controlling der Kreisverwaltung abweicht.

Die Angaben enthalten keinen Hinweis darauf, ob es sich bei den Leistungsberechtigten um Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung handelt. Nach den Erhebungen für den Kennzahlenvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS 2017, S. 17) können 63,9 % der Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderungen zugerechnet werden, 28,3 % der Gruppe der Menschen mit seelischer Behinderung und 7,8 % der Gruppe der Menschen mit körperlichen Behinderungen. Im Bereich des ambulant betreuten Wohnens werden 70,7 % der Gruppe der seelisch behinderten Menschen, 25,4 % der Gruppe der geistig behinderten Menschen und 3,9 % der Gruppe der körperlich behinderten Menschen zugerechnet. Wenn dies in ähnlicher Weise auch auf die Verteilung im Landkreis zutrifft, liegt die Inanspruchnahme von stationären Hilfen deutlich über dem im Bericht von 2005 prognostizierten Bedarf.

### **Leistungsempfänger/innen im Bereich der Pflege**

Die Zahlen Leistungsberechtigten im Bereich der Pflegeversicherung wurden in Kapitel 2.3 dargestellt. Die Ergebnisse sollen hier noch einmal auf der Grundlage der Pflegestatistik für Dezember 2015 (Statistisches Landesamt 2017b, S. 44)<sup>44</sup> zusammenfassend genannt werden.

*Tabelle 18: Empfänger/innen von Leistungen der Pflege im Kreis Ahrweiler*

	Anzahl absolut	pro 1.000 der Bevölkerung
Ausschließlich Pflegegeld	2962	23,2
Ambulante Pflege	1044	8,2
Vollstationäre Pflege	1337	10,5
darunter Dauerpflege	1269	9,9
Insgesamt	5343	41,8

Im Vergleich zum Kreis der Personen, die Eingliederungshilfe erhalten, ist der Kreis derjenigen, die Leistungen für ambulante und stationäre Hilfen der Pflege erhalten, etwa mehr als sechs Mal größer. Der Anteil der ambulanten Pflege ist in diesem Bereich deutlich höher. Das Verhältnis

<sup>44</sup> Auf die geringfügige Abweichung zu den für die kreisangehörigen Kommunen im Kreis Ahrweiler ausgewerteten Zahlen wurde in der ersten Fußnote zu Kapitel 1.3 hingewiesen. Die hier verwendete etwas geringere Gesamtzahl der Leistungsempfänger/innen ergibt sich auch daraus, dass hier die Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nicht einbezogen werden können.

zwischen ambulanten und stationären Hilfen liegt deutlich näher an den Vergleichswerten in Bund und Land als dies im Bereich der Eingliederungshilfe der Fall ist.

Im Kontext der Sozialhilfe wird die Gruppe derjenigen größer, die ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten (2015: 424 Personen) und hat die Anzahl der Leistungsempfänger/innen der Eingliederungshilfe bereits überschritten. Da es sich jedoch lediglich um eine ergänzende Leistung handelt, sind die Ausgaben der Sozialhilfe in diesem Bereich jedoch insgesamt geringer.

### **Wohnbezogene Angebote im Bereich der Eingliederungshilfe**

Es gibt im Kreis Ahrweiler keine Angebote der Eingliederungshilfe, die spezifisch die Gruppe der **Menschen mit körperlichen Behinderungen** adressieren. Solche Angebote befinden sich vor allem im benachbarten Neuwied.

Im Bereich der **stationären Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung** wird das einzige stationäre Angebot in der Stadt Sinzig von der Lebenshilfe Kreisverwaltung Ahrweiler e.V. geführt. Das ‚Lebenshilfehaus‘ verfügt insgesamt über 38 Plätze. Die Wohnstätte bietet Platz für 28 Bewohner/innen. Hinzu kommen das Angebot einer externen Trainingswohnung mit acht Plätzen und eine Außenwohngruppe mit zwei Plätzen. Im Lebenshilfehaus befinden sich auch Plätze zur Kurzzeitunterbringung und Familienpflege. Zu der Wohneinrichtung gehören acht Plätze im abgestuften Wohnen in einer Wohnanlage. Es ist also davon auszugehen, dass ein Kreis von über 150 Leistungsempfänger/innen mit einer geistigen Behinderung Angebote außerhalb des Kreisgebietes in Anspruch nimmt. Es ist nicht bekannt, ob dies in nahe gelegenen Regionen oder weiter entfernt erfolgt.

Als **stationäre Einrichtungen für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen** steht in Bad Neuenahr-Ahrweiler in innerstädtischer Lage das Haus Alexander mit 52 Plätzen (davon einige in Außenwohnungen) in Trägerschaft der diakonischen Stiftung Bethesda-St. Martin zur Verfügung. In Bad Breisig gibt es die privat geführte Einrichtung DOMIZIL mit 85 Plätzen in vier Häusern, die unterschiedlichen Phasen der Unterstützung zugeordnet sind. Ebenfalls in privater Trägerschaft befindet sich das Haus Bachtal in Burgbrohl. Es handelt sich um eine Einrichtung mit 52 Plätzen in zwei Häusern. Die Anzahl der Plätze überschreitet also deutlich die Zahl der Leistungsberechtigten aus dem Kreis Ahrweiler. Die Angebote sind wie die Karte unten zeigt, auf die Rheinschiene konzentriert.

*Abbildung 15: Stationäre Wohneinrichtungen für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen in den Kommunen des Landkreises*



**Ambulante wohnbezogene Hilfen (Betreutes Wohnen)** werden für Menschen mit geistiger Behinderung aber auch für Menschen mit Doppeldiagnosen ebenfalls von der Lebenshilfe erbracht. Laut Jahresbericht der Lebenshilfe für das Jahr 2016 waren dies 26 Personen im betreuten Einzelwohnen, sechs Personen im Paarwohnen und 12 Personen in Wohngemeinschaften. Die Angebote befinden sich in Sinzig, Remagen, Bad Neuenahr und Bad Breisig. Auch dieses Angebot beschränkt sich also auf die Rheinschiene. Angeschlossen an die Caritas Werkstätten St. Elisabeth unterhält die St. Raphael Caritas Alten- und Behindertenhilfe einen ambulanten Dienst, der sich an Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen richtet.

Die Lebenshilfe plant ihr Angebot in der Region Adenau auszuweiten. Seit März 2015 gibt es dort ein Beratungsangebot in zentraler Lage mit der Möglichkeit in den Räumlichkeiten auch Veranstaltungen durchzuführen. Weiterhin soll ein Wohnprojekt mit zwölf Apartments für Menschen mit Behinderungen in Antweiler entstehen. Die Angebote sollen verknüpft werden mit einer Tagesförderstätte und Arbeitsangeboten in einer ebenfalls geplanten Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in Adenau.

Die Leistung des Ambulant Betreuten Wohnens für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen werden angeboten vom Gemeindepsychiatrischen Zentrum Lichtblick, das sich wie das Haus Alexander in Trägerschaft der diakonischen Stiftung Bethesda-St. Martin befindetet. Ebenfalls

eingebettet in das umfassende Angebot eines gemeindepsychiatrischen Betreuungszentrums bieten die Barmherzigen Brüder Saffig von Adenau aus Unterstützung im Betreuten Wohnen und im Intensiv Betreuten Wohnen an.

### **Wohnbezogene Angebote im Bereich der Pflege**

In allen Teilen des Kreises gibt es Einrichtungen der stationären Altenpflege, wobei eine Konzentration auf die Kreisstadt festzustellen ist. Einen Überblick über die Lage der Einrichtungen gibt die folgende Abbildung.

*Abbildung 16: Stationäre Pflegeeinrichtungen in den Kommunen des Landkreises Ahrweiler*



Name	Ort	Internetadresse	Dauer pflege	Kur- zeit pflege	Tages pflege	Nacht pflege
			<b>Plätze</b>			
Seniorenheim St. Maria Josef	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<a href="http://www.seniorenheim-st-maria-josef.de">http://www.seniorenheim-st-maria-josef.de</a>	112	2		
Seniorenzentrum St. Anna	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<a href="http://www.marienhaus.de">www.marienhaus.de</a>	82	2	10	
Fliedner-Residenz	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<a href="https://www.fliedner.de/de/leben_im_alter/fliedner_residenz/fliedner_residenz.php">https://www.fliedner.de/de/leben_im_alter/fliedner_residenz/fliedner_residenz.php</a>	57	5		
Ahrtal Residenz	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<a href="http://www.ahrtal-residenz.de">www.ahrtal-residenz.de</a>	23	3		
SENTIVO Seniorenzentrum St. Martin	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<a href="https://www.korian.de/einrichtungen/sentivo-seniorenzentrum-sankt-martin/">https://www.korian.de/einrichtungen/sentivo-seniorenzentrum-sankt-martin/</a>	73	2		
Villa Sibilla Bad Neuenahr	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<a href="http://www.villasibilla.de">www.villasibilla.de</a>	0		14	
Curanum Seniorenresidenz	Remagen	<a href="https://www.korian.de/einrichtungen/curanum-seniorenresidenz-remagen/">https://www.korian.de/einrichtungen/curanum-seniorenresidenz-remagen/</a>	139	2	5	
Seniorenheim Haus Franziskus	Remagen	<a href="http://www.vita-vitalis.de">www.vita-vitalis.de</a>	76	10		
Johanniter-Haus	Sinzig	<a href="http://www.johanniter.de/einrichtungen/altenpflegeeinrichtungen/sinzig/">http://www.johanniter.de/einrichtungen/altenpflegeeinrichtungen/sinzig/</a>	107	5	15	
SeniorenZentrum Maranatha	Sinzig (an mehreren Standorten)	<a href="http://www.maranatha.de">www.maranatha.de</a>	297	25	15	
Villa am Buttermarkt	Adenau	<a href="http://www.projekt-3.de">www.projekt-3.de</a>	89	1	16	2
Alte Burg Herschbroich	Herschbroich (VG Adenau)	<a href="http://www.alte-burg-eifel.de">www.alte-burg-eifel.de</a>	18			
Maternusstift Altenahr	Altenahr	<a href="http://altenahr.maternus.de">http://altenahr.maternus.de</a>	122	8	5	
St. Josef Bad Breisig	Bad Breisig	<a href="http://www.seniorenzentrum-bad-breisig.de">www.seniorenzentrum-bad-breisig.de</a>	99	6		
Haus Harmonie Hohenleimbach	Hohenleimbach (VG Brohltal)	<a href="http://www.haus-harmonie.com">www.haus-harmonie.com</a>	38	1		
Marienburg Kempenich	Kempenich (VG Brohltal)	<a href="http://www.altenheim-marienburg.de">www.altenheim-marienburg.de</a>	59	2	4	
Seniorenzentrum Villa Romantica	Niederzissen (VG Brohltal)	<a href="http://www.seniorenzentrum-niederzissen.de">www.seniorenzentrum-niederzissen.de</a>	40	1	3	
Elisabeth-Haus Weibern	Weibern (VG Brohltal)	<a href="http://www.seniorenzentrum-weibern.de">www.seniorenzentrum-weibern.de</a>	89	2	4	
<b>Gesamt:</b>			<b>1520</b>	<b>77</b>	<b>91</b>	<b>2</b>

Die Pflegeeinrichtungen waren in die Online-Befragung der Dienste und Einrichtungen einbezogen. Die Fragebögen wurden jedoch nur in fünf Einrichtungen bearbeitet. In den Fragebögen ist eine starke Zurückhaltung bei der Beantwortung zu Fragen der Kooperation und Koordination festzustellen. Die bestehenden Rahmenbedingungen, die Kooperationsgremien und Zusammenarbeit werden entweder nicht eingeschätzt oder skeptisch bewertet. Insgesamt lassen der Rücklauf und die Anzahl derjenigen, die die für den Pflegebereich relevanten Fragen beantworten, keine Auswertung zu.

Vor diesem Hintergrund wurde ergänzend eine Internetrecherche durchgeführt, die sich hauptsächlich auf die von den Trägern der Einrichtungen verantworteten Seiten bezieht. Es fällt auf, dass die Seiten sehr unterschiedlich gestaltet sind und in erster Linie darauf gerichtet sind, die Zielgruppe pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen für das Angebot zu gewinnen. Auffällig ist, dass in keinem Fall die Bezeichnung Alten- oder Pflegeheim benutzt wird, sondern Bezeichnungen wie ‚Seniorenzentrum‘, ‚Residenz‘ oder ‚Villa‘ der Vorzug gegeben wird. In einigen Fällen wird mit der Exklusivität der Einrichtung geworben.

Insgesamt zwölf Einrichtungen befinden sich in privater Trägerschaft, wovon vier Einrichtungen von einzelnen Betreiber/innen geführt werden und sechs Einrichtungen zu überregional agierenden Unternehmen gehören. Des Weiteren gibt es sechs Einrichtungen in konfessioneller Trägerschaft, die alle zu überregional agierenden Organisationen gehören.

Im Mittelpunkt der Darstellung steht – wie erwartbar – das Angebot in der Einrichtung und für die Bewohner/innen. Einige Einrichtungen weisen auf ergänzende ambulante Pflege- oder Mahlzeitendiensten hin. Lediglich in zwei Fällen wird auf das Angebot eines Mittagstisch bzw. Cafébetriebes hingewiesen, das auch externen Besucher/innen zur Verfügung steht. Einige Träger verweisen auf den Bewohner/innenrat der Einrichtung und geben Kontaktdaten an. In zwei Fällen gibt es dabei Hinweise, dass auch externe Personen in das Gremium einbezogen sind. In drei Fällen finden sich Hinweise auf die Existenz eines Fördervereins durch die ehrenamtliches Engagement in die Arbeit der Einrichtung einbezogen wird.

Hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Plätze ist festzustellen, dass die Anzahl der im Landkreis zur Verfügung stehenden Plätze in stationären Einrichtungen die Zahl der Personen überschreitet, die aus dem Landkreis stationäre Leistungen der Pflege in Anspruch nehmen. Es ist also gegenwärtig nicht von einem weiteren Bedarf zur Versorgung von Bewohner/innen des Kreises auszugehen. Dies drückt sich auch darin aus, dass in Bad Neuenahr-Ahrweiler eine Pflegeeinrichtung mit 71 Plätzen geschlossen wurde. Bei dieser Aussage ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich dies in den Regionen des Landkreises unterschiedlich darstellt, wie die unterschiedlichen Entfernungen zu den nächstgelegenen Einrichtungen zeigen.

In Anlehnung an das von Hackmann u.a. (2016) vorgeschlagene Verfahren wurden mit Hilfe einer Geodatensoftware die Entfernung der Ortsmittelpunkte (Ortsgemeinden) im Landkreis Ahrweiler zu den beiden nächstgelegenen Pflegeeinrichtungen gemessen und anschließend aus beiden Messwerten der arithmetische Mittelwert gebildet. Daraus ergibt sich der folgende Überblick.

*Tabelle 19: Mittlere Entfernung von den Ortsmittelpunkten zu den beiden nächstgelegenen stationären Pflegeeinrichtungen*

Bad Neuenahr-Ahrweiler	3,05 km
Gemeinde Grafschaft	5,97 km
Remagen	5,88 km
Sinzig	3,72 km
Verbandsgemeinde Adenau	12,30 km
Verbandsgemeinde Altenahr	9,83 km
Verbandsgemeinde Bad Breisig	7,11 km
Verbandsgemeinde Brohltal	6,37 km
<b>Landkreis Ahrweiler insgesamt:</b>	<b>8,38 km</b>

### Ambulante Pflegedienste

Es konnten 26 Pflegedienste im Kreis Ahrweiler identifiziert werden. Ihre Verteilung im Kreisgebiet verdeutlicht die folgende Karte

*Abbildung 17: Verteilung der ambulanten Pflegedienste im Kreis Ahrweiler*



Tabelle 20: Übersicht über die Pflegedienste mit Sitz im Kreis Ahrweiler

Name	Internetadresse	Adresse	Unterstützte Menschen <sup>45</sup>
Zweckverband Sozialstation Adenau-Altenahr	<a href="http://www.zweckverband-sozialstation.de">www.zweckverband-sozialstation.de</a>	Kirchstraße 15 53518 Adenau	211 (04.05.2016)
Karina Keitel Mobile Alten- und Krankenpflege	<a href="http://www.pflegedienst-keitel-adenau.de">www.pflegedienst-keitel-adenau.de</a>	Hauptstraße 210 53518 Adenau	27 (07.06.17)
Kompetenz zu Hause Villa am Buttermarkt	<a href="http://www.projekt-3.de">www.projekt-3.de</a>	Hauptstraße 281 53518 Adenau	49 (18.11.2015)
Pflegedienst Kenzig	<a href="http://www.pflegedienstkenzig.de/">http://www.pflegedienstkenzig.de/</a>	Bachstraße 36-38 53498 Bad Breisig	21 (21.03.2017)
Schöner Leben - Ihr Pflegedienst	<a href="http://www.sl-pflegedienst.net">www.sl-pflegedienst.net</a>	Koblenzer Str. 16 53498 Bad Breisig	75 (26.10.2016)
Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.	<a href="http://www.johanniter.de">www.johanniter.de</a>	Zehnerstr. 38 53498 Bad Breisig	251 (10.05.2017)
Ambulanter Pflegedienst Lebenswert	<a href="http://www.pflegeservice-lebenswert.de">www.pflegeservice-lebenswert.de</a>	Im Brinken 12 53498 Bad Breisig	65 (22.11.2016)
APA Ambulanter Pflegedienst	<a href="http://www.ambulantepflege-ahratal.de">www.ambulantepflege-ahratal.de</a>	Sebastianstr. 13 553474 Bad N.-A.	19 (30.08.2016)
Caritas Sozialstation	<a href="http://www.caritas-rhein-mosel-ahr.de">www.caritas-rhein-mosel-ahr.de</a>	Bahnhofstraße 5 53474 Bad N.-A.	234 (05.04.2017)
Häusliche Alten –und Krankenpflege mit Herz Mazocha		Friedrichstraße 17a 53474 Bad N.-A.	34 (17.08.16)
Villa Sibilla GmbH Service Wohnen ambulante Pflege	<a href="http://www.villasibilla.de">www.villasibilla.de</a>	Oberstraße 21 53474 Bad N.-A.	kein Daten verfügbar
SV Pflegemobil Sentivo GmbH	<a href="https://www.korian.de/regionen/rheinland-pfalz/sentivo-seniorenzentrum-sankt-martin/ambulanter-dienst-stmartin/">https://www.korian.de/regionen/rheinland-pfalz/sentivo-seniorenzentrum-sankt-martin/ambulanter-dienst-stmartin/</a>	Wilhelmstraße 18 53474 Bad N.-A.	50 (19.05.16)
Ahrtal Residenz Ambulante Pflege	<a href="http://www.ahratal-residenz.de">www.ahratal-residenz.de</a>	Willibrordstraße 5 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	28 (24.10.16)

<sup>45</sup> Die Angaben wurden den jeweiligen Transparenzberichten des MDK unter [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) entnommen. Es wurde zusätzlich das Datum der letzten zum Zeitpunkt der Recherche verfügbaren Prüfung angegeben.

Wohnstiftung Augustinum	<a href="http://www.augustinum.de">www.augustinum.de</a>	Am Schwanent. 1 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	107 (12.07.16)
Eifeler Pflegedienst	<a href="http://www.eifelerpflegedienst.de">www.eifelerpflegedienst.de</a>	Ahrstraße 5 53505 Berg	251 (22.03.16)
MEDIC ambulante Krankenpflege	<a href="http://www.medic-pflege.de">www.medic-pflege.de</a>	Brohltalstraße 100 56659 Burgbrohl	22 (14.06.16)
Ambulanter Pflegedienst des Alten- und Krankenpflegevereines Brohltal e.V.	<a href="http://www.akv-pflege.de">www.akv-pflege.de</a>	Brohltalstraße 87 56659 Burgbrohl	49 (26.07.16)
DRK Sozialstation Ambulanter Pflegeservice	<a href="http://www.kv-aw.drk.de">http://www.kv-aw.drk.de</a>	Im Joch 1 56651 Niederzissen	167 (13.06.16)
KARAT Pflegedienst Fischer und Struwe GbR	<a href="http://www.karat-pflegedienst.de">www.karat-pflegedienst.de</a>	Grabenstraße 13 53424 Remagen	42 (14.03.2017)
Pflegeservice Rhein Ahr SW UG (haftungsbeschränkt) Mobiler Pflegedienst	<a href="http://www.pdra.de">www.pdra.de</a>	Am Spich 1A 53424 Remagen	28 (10.08.2016)
Ambulanter Kranken- und Pflegedienst Schramm, Marianne	<a href="http://www.aks-schramm.de">www.aks-schramm.de</a>	Gerard-Carll-Str. 14 53424 Remagen	46 (27.10.2015)
Pflegeteam Rheintal Ulrike Böhmer	<a href="http://www.pflegeteam-rheintal.de">www.pflegeteam-rheintal.de</a>	Hauptstraße 91 53424 Remagen	22 (16.05.2017)
Kompetente Pflege mit Herz - Ambulanter Pflegedienst Dr. Karin Klein	<a href="http://www.pflegedienst-remagen.de">www.pflegedienst-remagen.de</a>	Birkenstraße 33 53424 Remagen	Es liegen keine Daten vor
Seniorenzentrum Maranatha Hannelore Spitzei	<a href="http://www.maranatha.de">www.maranatha.de</a>	Am Kurgarten 12 53489 Sinzig	11 (27.09.2016)
DRK KV Ahrweiler e.V. Sozialstation Remagen	<a href="http://www.kv-aw.drk.de">www.kv-aw.drk.de</a>	Lindenstraße 7 53489 Sinzig	181 (11.04.2017)
Seniorenzentrum Elisabeth-Haus Ambulanter Pflegedienst	<a href="http://www.seniorenzentrum-weibern.de">www.seniorenzentrum-weibern.de</a>	Kirchstraße 7 56745 Weibern	47 (28.06.2016)

Die Verteilung der Pflegedienste zeigt eine deutliche Konzentration auf die Rheinschiene. Dennoch gelingt es den in der Eifelregion tätigen Diensten, die Menschen zu erreichen. Die Fahrtwege sind dort jedoch sehr viel länger, wie die Übersicht in der folgenden Tabelle zeigt (zur Methodik vgl. die Ausführung im Abschnitt zu stationären Einrichtungen). Zu bedenken ist auch, dass die Dienste selbstverständlich auch über die Kreisgrenzen hinweg tätig werden können und Leistungsberechtigte umgekehrt auch Dienste außerhalb des Kreisgebietes beauftragen können.

*Tabelle 21: Mittlere Entfernung von den Ortsmittelpunkten zu den beiden nächstgelegenen ambulanten Pflegediensten*

Bad Neuenahr-Ahrweiler	3,52 km
Grafschaft	6,35 km
Remagen	4,95 km
Sinzig	3,28 km
Verbandsgemeinde Adenau	10,76 km
Verbandsgemeinde Altenahr	10,67 km
Verbandsgemeinde Bad Breisig	4,23 km
Verbandsgemeinde Brohltal	6,71 km
<b>Landkreis Ahrweiler insgesamt:</b>	<b>7,88 km</b>

Die den Transparenzberichten entnommene Anzahl der unterstützten Personen ergibt einen Gesamtwert von 2.037 Personen, wobei die Angaben für zwei Dienste fehlen. Dieser Wert liegt sehr deutlich über dem Wert der Leistungsberechtigten der Pflegekassen. Er umfasst im Einzelfall auch Leistungen, die nicht über die Pflegekasse abgerechnet werden und vermutlich auch teilweise die Pflege-Pflichteinsätze, die bei der Inanspruchnahme des Pflegegeldes abgerufen werden müssen. Dennoch lässt die Anzahl der Dienst und die Anzahl der von ihnen unterstützten Personen die Einschätzung zu, dass eine Versorgung der pflegebedürftigen Menschen gesichert ist und eine bedarfsgerechte Ausweitung von Diensten stattfindet.

Die Internetrecherche zu den Pflegediensten ergab, dass die meisten Pflegedienste in privater Trägerschaft sind. Die Dienste adressieren ausschließlich pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Es konnten nur selten Angebote identifiziert werden, die sich auch an andere Zielgruppen richtet (z.B. in einem Fall die Haushaltsbetreuung bei erkrankten Eltern). An zusätzliche Angebote werden Angebote wie Tagespflege, Verhinderungspflege, Begleitservice, hauswirtschaftliche Hilfen, Betreutes Wohnen, Gymnastikangebot, Schulungen für pflegende Angehörige genannt. Viele Dienste sind an stationäre Dienste angebunden. Es finden sich auf den Seiten nur sehr selten Hinweise auf die Einbindung ehrenamtlicher Aktivitäten und einen über die pflegerische Versorgung hinausgehenden Bezug auf das Gemeinwesen.

Nur wenige Internetseiten der stationären Einrichtungen und nicht alle Pflegedienste enthalten Hinweise auf die **Transparenzberichte**. Seit 2009 werden auf der Grundlage der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse Bewertung der Einrichtungen durch Noten zwischen 1 („sehr gut“) und 5 („mangelhaft“), differenziert nach Leistungsbereichen und in einer Gesamtnote vergeben. Die Berichte werden veröffentlicht und stehen im Internet zur Verfügung<sup>46</sup>. Die Aussagekraft dieser Noten ist in Fachkreisen sehr umstritten. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurde daher eine wissenschaftsbasierte Überarbeitung der Instrumente zur Qualitätssicherung initiiert, die jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Prinzipiell kann eine vergleichbare Bewertung von Angeboten Hilfesuchenden sicherlich eine Orientierung im „Pflegemarkt“ bieten und durch

<sup>46</sup> vgl. das Angebot des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) e.V. unter [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de)

die einheitliche Darstellung von Angeboten auch Ansatzpunkte für die Pflegestrukturplanung eröffnen.

### **Wohn-Pflege-Gemeinschaften**

Da für selbstorganisierte oder auch ambulant betreute Wohngemeinschaften keine Pflicht besteht, ihr Angebot registrieren zu lassen, ist es nicht möglich einen vollständigen Überblick zu gewinnen. Zum Stand 7/2015 waren der Kreisverwaltung sieben Angebote bekannt, über deren Lage im Kreisgebiet die folgende Karte Aufschluss gibt.

*Abbildung 18: Wohn-Pflege-Gemeinschaften im Landkreis Ahrweiler*



Auch in diesem Bereich zeigt sich eine Konzentration der Angebote im Bereich der Rheinschiene. In jeder Verbandsgemeinde einmalig bietet die Landesberatungsstelle Neues Wohnen RLP Kommunen bis 5.000 Einwohner/innen eine Unterstützung bei der Realisierung einer solchen Wohnform an. Das gewonnene Wissen kann dann regional weiter verbreitet werden. Für die Weiterentwicklung der professionellen Unterstützung im Bereich der Pflege aber auch der Eingliederungshilfe kommt der Verbreiterung von Erfahrungswissen in diesem Bereich eine sehr hohe Bedeutung zu.

### **Pflegeprognose**

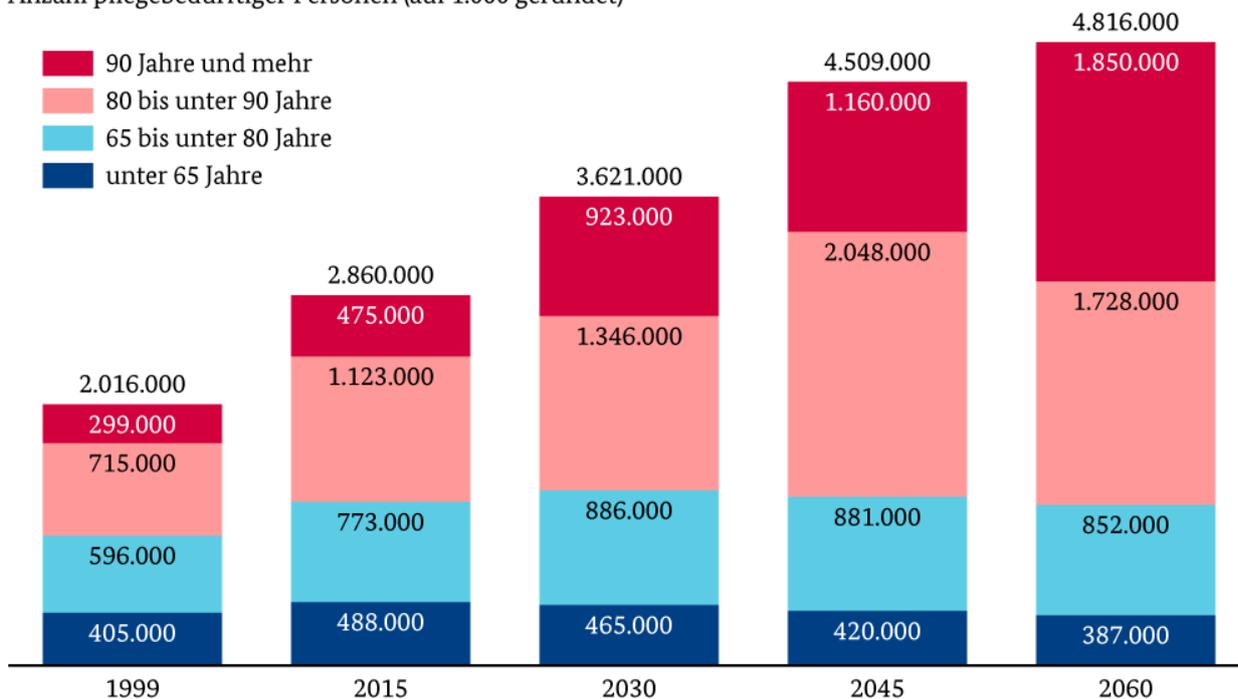
Insbesondere im Bereich der Pflege ist eine Prognose über den Bedarf an Unterstützung und Fachkräften von großer Relevanz. Schreibt man die gegenwärtige Entwicklung einfach fort, so ist in

den nächsten Jahren ein starker Anstieg der Gruppe der Pflegebedürftigen zu erwarten, wie der folgenden Grafik des Demografieportals der Bundesregierung zu entnehmen<sup>47</sup> ist.

Abbildung 19: Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bundesweit

### Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999-2060\*

Anzahl pflegebedürftiger Personen (auf 1.000 gerundet)



\* Annahmen ab 2030: konstante alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten des Jahres 2015; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 2 der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung  
 Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: BiB

© BiB 2017 / demografie-portal.de

Die Entwicklung wird jedoch von zahlreichen Faktoren abhängen, die in zentralen Bereichen nicht durch eine kommunale Pflegestrukturplanung beeinflusst werden können. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit kann genannt werden:

- die tatsächliche Bevölkerungsentwicklung;
- die Möglichkeiten der Behandlung von pflegeverursachenden, insbesondere dementiellen Erkrankungen;
- das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung;
- die Entwicklung des Einsatzes von Technik zur Unterstützung im Alltag (Ambient Assisted Living).

Die Bedeutung kommunalen Handelns für die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit liegt vor allem in der Planung der Entwicklung inklusiver Strukturen im Gemeinwesen, die es älter werdenden

<sup>47</sup> vgl. [http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige\\_Anzahl.html](http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html)

Menschen ermöglicht ihren Alltag selbständig zu gestalten, Unterstützung im familiären und nachbarschaftlichen Umfeld zu organisieren und mit professioneller Unterstützung zu verbinden. Die dazu vorhandenen Ansätze sind Gegenstand in anderen Kapiteln dieses Berichts

Hinsichtlich der pflegerischen Unterstützung stellt sich bereits die Herausforderung der **Gewinnung von qualifiziertem Personal**. Laut der Bundesstatistik arbeiten 355.613 Mitarbeiter/innen (geschätzte Vollzeitäquivalente 238.846) in ambulanten Pflegediensten, Rechnerisch kommt ein/e Mitarbeiter/in auf etwa zwei Pflegebedürftige. Im stationären Bereich sind 730.145 Mitarbeiter/innen (geschätzte Vollzeitäquivalente 525.205) tätig. Hier kommt ein/e Mitarbeiter/in rechnerisch auf einen Pflegebedürftigen. Umgerechnet bedeutet dies für den Kreis Ahrweiler aktuell einen Bedarf bzw. Einsatz von etwa 500 Mitarbeiter/inne/n in ambulanten Diensten und von etwa 650 Mitarbeiter/inne/n in Pflegeeinrichtungen.

Der Fachkräftemangel wurde im Jahre 2013 in der Kreispflegekonferenz beraten. Grundlage der Diskussion war das Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsberufen in Rheinland-Pfalz aus dem Jahre 2012 (Bieräugel u.a. 2012), das für das Jahr 2025 einen erheblichen Mangel an Fachkräften prognostiziert. Zumindest für die Altenpflegekräfte kann dieser Mangel in einer neueren Prognose aus dem Jahre 2015 (Castello u.a. 2017) nicht bestätigt werden. Hier wird von einem Bedarf an 629 Altenpflegekräften und einem Angebot an 657 potentiellen Mitarbeiter/innen ausgegangen (a.a.O., S. 34). Ungünstiger sieht es bei den Altenpflegehelfer/innen aus. Hier wird ein Mangel von 40 Kräften prognostiziert (a.a.O., S. 49). Eine deutlich größere Lücke zwischen Angebot und Nachfrage wird auch im Bereich der Krankenpflege erwartet.

Als Reaktion auf den zu erwartenden Fachkräftemangel wurden zahlreiche Aktivitäten entfaltet, um die Pflegeberufe attraktiver zu machen. Mit dem auf Bundesebene beschlossenen Pflegeberufegesetz wird ab 2020 die Ausbildung für die Pflegeberufe grundlegend reformiert. Die unterschiedlichen Pflegeausbildungen werden zu einer neuen generalistischen Pflegeausbildung mit dem Berufsabschluss ‚Pflegefachfrau/Pflegefachmann‘ zusammengeführt. Eine Spezialisierung auf bestimmte Bereich ist im letzten Drittel der Ausbildung möglich.

In Rheinland-Pfalz hat die Landesregierung 2012 eine Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative gestartet. Basis ist eine Vereinbarung mit den relevanten Akteuren. Auf der Internetseite zur Offensive werden die folgenden Handlungsfelder genannt:

- „Verstärkte Ausbildungsanstrengungen und bedarfsorientierte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten bei Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials in der Pflege
- Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund
- Wiedereinstiegsqualifizierung für die ‚Stille Reserve‘
- Weiterbildungsförderung durch die Agenturen für Arbeit, die gemeinsamen Einrichtungen nach SGB II und die zugelassenen kommunalen Träger nach SGB II / Umschulung
- Weiterentwicklung der Pflegeberufe
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Attraktive Beschäftigungsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderung

- Gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsfachberufe durch Öffentlichkeitsarbeit fördern
- Chancen der Freizügigkeit nutzen<sup>48</sup>

Die Kommunen verpflichten sich in der Vereinbarung über das Berufsfeld Pflege zu informieren, die Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern und zu einer Anerkennung und Aufwertung der Pflegberufe beizutragen.

Als relativ neues Phänomen lässt sich ein Anstieg an sogenannter 24-Stunden-Pflege auch im Landkreis Ahrweiler durch Betreuungskräfte aus dem (ost-)europäischen Ausland erkennen. Die angeworbenen Personen, zumeist Frauen, sind für Pflegebedürftige deutlich kostengünstiger als ein ambulanter Pflegedienst, verfügen jedoch meist nur über schlechte oder keine Deutsch-sprachkenntnisse, was im Pflegealltag zu Problemen führen kann. Für die vermittelten Betreuungskräfte ist das Arbeitsverhältnis i. d. R. prekär einzuordnen. Sobald die Betreuungskräfte mit der zu pflegenden Person in einem gemeinsamen Haushalt wohnen und damit den ganzen Tag zur Verfügung stehen, ist eine geregelte Arbeitszeit in diesem Wohnarrangement schwierig. Mangelnde Kommunikationsmöglichkeiten, schlechte Rückzugsmöglichkeiten und die oft monatelange Trennung von der Familie könnten für auf diese Weise beschäftigte Personen oft auch psychische Belastungen bedeuten. Zu fragen ist, ob und wie die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung auf dieses Phänomen reagieren kann.

### 5.1.2 Einschätzungen

Im Bereich der **Eingliederungshilfe** ist im Vergleich zum Stand im Jahre 2005 ist ein deutlicher Ausbau und auch eine starke Ausdifferenzierung der Angebote im Raum Sinzig durch die Lebenshilfe und die Caritas zu verzeichnen. Neu und insbesondere für die Entwicklung der Angebote in der Eifelregion bedeutsam sind die bestehenden Angebote der Barmherzigen Brüder Saffig in Adenau, die Planungen der Lebenshilfe in Antweiler sowie der Caritas in Adenau.

Im Bereich der **wohnbezogenen Eingliederungshilfe** ist im Vergleich zum Stand im Jahre 2005 ein deutlicher Ausbau und auch eine starke Ausdifferenzierung der Angebote im Raum Sinzig durch die Lebenshilfe und die Caritas zu verzeichnen. Neu und insbesondere für die Entwicklung der Angebote in der Eifelregion bedeutsam sind die Angebote der Barmherzigen Brüder Saffig und die Planungen der Lebenshilfe in Antweiler. Die Verfügbarkeit ambulanter Hilfen zum selbständigen Wohnen liegt im Landkreis Ahrweiler über dem Landesdurchschnitt. Der Anteil ambulanter Unterstützungsarrangements ist mittlerweile höher als der Anteil stationärer Angebote, wobei letzter Hilfeform bei Menschen mit geistiger Behinderung noch dominiert. Die Änderungen des Bundesteilhabegesetzes mit der Orientierung an Fachleistungen und der starken Betonung der

---

<sup>48</sup> <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/arbeit/berufe-des-gesundheitswesens/fachkraefte-und-qualifizierungsinitiative/> (Abruf am 02.10.2017)

Steuerung durch das Gesamtplanverfahren geben für einen weiteren Ausbau individueller und flexibler Hilfen den fachlichen Rahmen.

Die Angebote für **pflegebedürftige Menschen** bilden die Entwicklung eines Pflegemarktes ab, der stark auf die Dienstleistung Pflege konzentriert ist. Im stationären und im ambulanten Bereich dominieren Angebote privater Träger und überregional agierender Akteure. Dies macht die Einbindung in eine kommunale Planung schwierig. Es ist davon auszugehen, dass das gegenwärtige Angebot in diesem Bereich bedarfsbedeckend ist und dem Bedarf angepasst werden kann. Durchaus ausbaufähig erscheinen die Entwicklung von Wohn-Pflege-Gemeinschaften und anderer alternativer Unterstützungsformen.

Eine **Zukunftsprognose** zur Entwicklung ist mit zahlreichen Unsicherheiten behaftet. Zwei Faktoren sind für die weitere Entwicklung besonders bedeutsam. Bleibt der Anteil derjenigen Pflegebedürftigen, der keine oder nur ergänzende professionellen Hilfen in Anspruch nimmt, weiterhin überdurchschnittlich und wie können solche Pflegearrangements durch Aktivitäten im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens gefördert werden? Gelingt es eine ausreichende Zahl von Mitarbeiter/innen für die Pflege zu gewinnen und zu qualifizieren.

## 5.2 Arbeit und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen

Die Themen Arbeit und Beschäftigung sind für das Leben von Menschen mit und ohne Behinderungen von zentraler Bedeutung. Neben der Frage der ökonomischen Absicherung sind mit dem Arbeitsplatz auch wesentliche Aspekte der gesellschaftlichen Zugehörigkeit verbunden. Auch die Funktion, der eigenen Individualität durch die berufliche Tätigkeit Ausdruck zu verleihen, hat für viele Menschen heute eine erhebliche Bedeutung.

Der Teilhabebericht der Bundesregierung verdeutlicht, dass die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen unter stark erschwerten Bedingungen steht (Engels u.a. 2016, S. 154ff.). In der Altersgruppe der 18 bis 64jährigen sind insgesamt 80 % der Bevölkerung erwerbstätig, jedoch nur 49 % der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung (a.a.O., S. 162). Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit zeigt, dass die positive Arbeitsmarktentwicklung nur sehr bedingt zur Verbesserung der Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen beigetragen hat. Während die Arbeitslosigkeit insgesamt im Zeitraum von 2007 bis 2016 um mehr als ein Viertel zurückgegangen ist, liegt der Rückgang bei schwerbehinderten Menschen nur bei 5 % (Bundesagentur für Arbeit 2017, S. 9). Diese ungünstige Entwicklung ist nach den Angaben insbesondere durch die starke Zunahme bei älteren Arbeitnehmer/innen mit Beeinträchtigungen bedingt. Den Auswertungen zu Folge sind schwerbehinderte Menschen auch häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen (a.a.O., S. 12). Sie sind häufiger als andere Beschäftigte in Teilzeit beschäftigt (Engels 2016, S. 172). In der Folge bestreiten 30 % der Menschen mit Beeinträchtigungen im erwerbsfähigen Alter ihr Einkommen hauptsächlich aus Renten oder Pensionen, 9 % aus den Einkünften ihrer Partner/innen, 2 % aus dem ALG I, 5 % aus der Sozialhilfe und 9 % aus dem ALG II (Engels 2016, S. 197; Angaben für 2013). Die Anzahl der Leistungsbezieher von Grundsicherung bei voller Erwerbsminderung im Alter von 18 bis 64 Jahren ist zwischen 2007 und 2014 um 43 % von 340.234 auf 487.258 Personen gestiegen (a.a.O., S. 200)

Der ungünstigen Arbeitsmarktsituation stehen zahlreiche Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik gegenüber, deren Maßnahmen im Jahre 2016 insgesamt gut 62.000 schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Personen erreichte (Bundesagentur für Arbeit 2017, S. 15). Eine wichtige Bedeutung hat die Beschäftigung in Integrationsprojekten (zukünftig: Inklusionsbetriebe). Die Anzahl der Arbeitsplätze in solchen Betrieben hat sich zwischen 2007 und 2014 von 6.852 auf 11.052 gesteigert (Engels 2016, S.191).

Vor dem Hintergrund der Bedeutung für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung soll an dieser Stelle etwas ausführlicher auf die Entwicklung der Werkstätten für behinderte Menschen eingegangen werden. Im Jahre 2015 waren 270.782 Menschen in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt (BAGüS 2017, S. 33). Dies entspricht 5,5 Personen pro 1.000 Einwohner/innen im Alter von 18 bis 65 Jahren (a.a.O., S. 34, eigene Berechnung). Seit 2006 steigt die Zahl der Werkstattbeschäftigten im Schnitt jährlich um etwa 2,5 %, wobei sich in letzten Jahren eine leichte Abnahme der Steigerung feststellen lässt. Es ist eine deutliche Zunahme älterer Beschäftigter festzustellen, sodass die Gesamtzahl steigt „trotz sinkender Zugänge, weil kein Abgänge in entsprechender Größenordnung stattfindet“ (a.a.O., S. 36). Eine Zunahme der Beschäftigung in einer WfbM ist auch bei Menschen mit einer seelischen Behinderung festzustellen. Ihr Anteil lag 2015 etwa bei 20 %, der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung bei etwa 75 % und der Anteil körperbehinderter Menschen bei etwa 6 % (a.a.O., S. 32).

An dieser Stelle soll auch ein Bezug zu den wohnbezogenen Hilfen hergestellt werden. Die Hälfte der WfbM Beschäftigten erhält keine wohnbezogene Unterstützung, etwa 17 % erhalten Unterstützung in der eigenen Wohnung und rund ein Drittel leben in einer stationären Wohneinrichtung (a.a.O., S. 44)

Vor dem Hintergrund der Bedeutung der Erwerbsarbeit und der schlechten Arbeitsmarktchancen von Menschen mit Beeinträchtigungen haben diese Themen auch in der UN- Behindertenrechtskonvention einen hohen Stellenwert. Insbesondere im Artikel 27 „Arbeit und Beschäftigung“ wird die grundlegende Forderung der Entwicklung eines inklusiven Arbeitsmarktes entfaltet: „Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen [inclusive] und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird“. Im Weiteren werden dazu geeigneten Maßnahmen angegeben. Auch der (Re-)habilitation (Art. 26) wird von der UN- Behindertenrechtskonvention ein großes Gewicht eingeräumt. Sie soll zum „frühestmöglichen Zeitpunkt“ einsetzen, um so z. B. bestehende Arbeitsplätze zu erhalten und Ausgrenzungen entgegenzuwirken. In Artikel 28 wird als ein Ergebnis der Unterstützung die Sicherstellung eines angemessenen Lebensstandards gefordert.

Mit dem Ziel der Inklusion in den allgemeinen Arbeitsmarkt verbinden sich weitreichende Forderungen und erhebliche Herausforderungen mit Blick auf die aktuelle Situation. Während einerseits das Streben nach Effizienz und internationaler Wettbewerbsfähigkeit allenthalben postuliert wird, machen diese Regelungen deutlich, dass dies nicht durch den diskriminierenden Ausschluss von Personen geschehen darf, die bestimmte Beeinträchtigungen haben. Es ist stattdessen der Fokus auf die notwendige Unterstützung zu legen, die es möglich macht, auch die Potentiale der Menschen mit Behinderungen für die Gesellschaft zu nutzen. Der Arbeitsmarkt soll inklusiv gestaltet sein. Durch die konkreten Bestimmungen wird beschrieben, wie die Vertragsstaaten die Erreichung dieses nach und nach zu erreichenden Zieles „sichern und fördern“ sollen. Die genannten Maßnahmen richten sich gegen Diskriminierungen, Benachteiligungen und Arbeitsbedingungen, welche die Gesundheit gefährden. Sie sprechen nicht nur Personen an, die eine Behinderung von Geburt haben, sondern gelten auch für die große Gruppe der Menschen mit Behinderungen, die diese erst im Laufe des Lebens erworben haben. Während die Regelungen ein Verbot von behinderungsbedingten Benachteiligungen betonen, werden aber auch gleichzeitig notwendige Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen genannt, die den Zugang zum Arbeitsmarkt sicherstellen (Art. 27 I d] bis j]) oder aufrechterhalten (Art. 27 I e] und k]) sollen. Der Artikel differenziert dabei zwischen öffentlichen und privaten Arbeitgebern. Während er von ersteren, auch im Sinne des Vorbildcharakters, die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen verlangt, wird für die Beschäftigung im privaten Sektor klargemacht, dass es hier des Einsatzes von Programmen und Maßnahmen bedarf, um einen inklusiven Arbeitsmarkt zu erreichen. Die Regelung scheint bewusst weit gefasst, um einerseits die Notwendigkeit unterschiedlicher Maßnahmen zu betonen und andererseits bei dieser nicht trivialen Aufgabe Lernprozesse zu ermöglichen. Auch

wenn die Maßnahmen auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderungen zielen, so profitieren von einer inklusiveren Gestaltung des Arbeitsmarktes, in dem die individuelle Leistungsfähigkeit gewürdigt und bewahrt wird, letztlich alle Menschen.

### **Ansätze auf Bundes- und Landesebene**

Im Aktionsplan der Bundesregierung (BMAS 2013) nehmen Themen der Beschäftigung im Vergleich zu anderen Aspekten einen breiten Raum ein. Ungeachtet der ungünstigen Arbeitsmarktchancen von Menschen mit Behinderungen wird das bestehende Hilfesystem für Menschen mit Behinderungen als ein „umfassendes Leistungsspektrum“ (a.a.O., S. 37) bezeichnet, dass durch verschiedene Maßnahmen verbessert werden soll. Eine bedeutsame Maßnahme zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist das Bundesprogramm ‚Initiative Inklusion‘. Mit dem Programm wurden bislang 140 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfond beim BMAS zur Vermittlung schwerbehinderter Menschen in reguläre Arbeitsverhältnisse zur Verfügung gestellt. Im Mittelpunkt steht neben der Berufsorientierung und der Ausbildung auch die Förderung älterer Arbeitnehmer/innen und die Implementierung von Inklusionskompetenz bei den Kammern.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verbanden sich auch im Feld der beruflichen Rehabilitation große Erwartungen mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG). Insgesamt lässt sich feststellen, dass durch das Gesetzeswerk eher kleinschrittige Verbesserungen von Leistungen als eine grundlegende Reform eingeleitet werden. Die für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung relevanten Änderungen sollen kurz zusammengefasst werden<sup>49</sup>.

Bezogen auf die **Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen am ersten Arbeitsmarkt** können die folgenden Neuregelungen hervorgehoben werden:

- die angestrebte Vereinfachung des Antragsverfahrens durch Anlaufstellen für Rehabilitation und die erweiterten Vorgaben für das Verfahren der Teilhabeplanung;
- die Verbesserung der Mitwirkung der Schwerbehindertenvertretungen insbesondere bei betrieblichen Abläufen;
- die Stärkung des Präventionsgedankens beim Abschluss von Inklusionsvereinbarungen (bisher: Integrationsvereinbarungen);
- die Verbesserung im Bereich des betrieblichen Eingliederungsmanagements;
- die Verbesserung der Möglichkeiten von Inklusionsbetrieben (bisher: Integrationsbetriebe). So wird die Mindestbeschäftigtenquote von behinderten Menschen von 25 % auf 30 % angehoben bei gleichzeitiger Ausweitung der Zielgruppe auf nicht formal als schwerbehindert anerkannte Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Inklusionsbetriebe werden in die vorrangige Auftragsvergabe durch die öffentliche Hand einbezogen.

Mit dem BTHG wurde die Höhe der Ausgleichsabgabe angepasst. An dem System der Quote zur Beschäftigung von schwerbehinderten Mitarbeiter/innen wurde jedoch keine Änderung vorgenommen. Private und öffentlich-rechtliche Arbeitgeber, die über mindestens 20 Arbeitsplätze

<sup>49</sup> Für umfassende Informationen vgl. das Angebot des BMAS:

<http://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html>

verfügen, haben auf wenigstens 5 % der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen (§ 71 SGB IX; zukünftig § 154).

Im Bereich der **Werkstätten für behinderte Menschen** beziehen sich die wichtigen Veränderungen

- auf den Zugang zur Werkstatt: Die Werkstätten Verordnung regelt in § 2 Abs. 1a neu, dass ein Tätigwerden des Fachausschusses unterbleibt, soweit ein Teilhabeverfahren nach den §§ 19 ff. durchgeführt wird. Dies hat erhebliche Auswirkung auf die Verfahrensabläufe und die Beteiligung der relevanten Akteure.
- auf die Finanzierung der Mittagsverpflegung: Diese fällt durch die Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen aus der Eingliederungshilfe heraus.
- auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen ‚anderer Leistungsanbieter‘ (§ 60 Abs. 3 SGB IX-neu): Solche Träger brauchen keine förmliche Anerkennung und können ihr Angebot auf bestimmte Leistungen begrenzen und haben somit keine Aufnahmeverpflichtung. Es gelten jedoch die Regelungen der Werkstattbeschäftigung. Die Auswirkungen dieser Regelung kann noch nicht abgeschätzt werden. Auch diese Träger werden auf der Basis von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen tätig.
- und die Alternative des Budgets für Arbeit (§ 61 SGB IX-neu): Hiermit wird Möglichkeit der Subventionierung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses als Alternative zur WfbM bundesweit eingeführt. Das Budget für Arbeit wurde zuerst ab 2006 in Rheinland-Pfalz modellhaft eingeführt. Die so Beschäftigten verlieren allerdings die für Werkstattbeschäftigte günstige Absicherung im Alter. Dies ist sicher einer der Gründe, warum die Inanspruchnahme dieser Unterstützungsform zwar steigt, jedoch insgesamt begrenzt bleibt.

Die Änderungen treten mit Ausnahme der Veränderung der Finanzierung der Mittagsverpflegung zum 1.1.2018 in Kraft.

Auch im zweiten Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention haben Fragen der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung einen vergleichsweise hohen Stellenwert (MSAGD RLP 2015a, S. 54 ff.). Ziel ist es, die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen in Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes durch landesspezifische Förderprogramme und ergänzende Maßnahmen auszuweiten. Positiv hervorgehoben wird der kontinuierliche Ausbau des Budgets für Arbeit (von 153 Budgets im Jahre 2011 auf 260 Budgets im Jahre 2013).

Bedeutsam für die Entwicklung der Chancen des Übergangs von der WfbM auf den ersten Arbeitsmarkt ist nach wie vor die Zielvereinbarung aus dem Jahre 2006<sup>50</sup>, die die Vereinbarungspartner/innen zu einem gemeinsamen Vorgehen hinsichtlich der Arbeitsmarktintegration verpflichtet. Eine Vereinbarung betrifft die Einrichtung eines Forums ‚Arbeiten mit Behinderung‘ auf Landesebene, die im Jahr 2010 erfolgt ist.

---

<sup>50</sup> vgl. [https://inklusion.rlp.de/fileadmin/inklusion/Inklusion\\_Dokumente/Zielvereinbarung\\_WfbM.pdf](https://inklusion.rlp.de/fileadmin/inklusion/Inklusion_Dokumente/Zielvereinbarung_WfbM.pdf)

Unter der Rubrik ‚gute Beispiele‘ werden im Aktionsplan (MSAGD RLP 2015a, S. 70 f.) zwei Projekte mit kommunaler Beteiligung hervorgehoben. Zum einen der eigenbetriebsähnliche ‚Integrationsbetrieb Friedhof Worms‘ und das Bad Kreuznacher Bündnis für Arbeit, das eine Vielzahl von arbeitsmarktrelevanten Akteuren zum Zwecke von Beschäftigungsinitiativen zugunsten von Menschen mit Behinderungen auf kommunaler Ebene zusammenführt.

### 5.2.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Im Teilhabebericht aus dem Jahre 2005 (Landkreis Ahrweiler 2005, S. 125) wurde die Einschätzung vorgenommen, dass die Möglichkeiten der Beschäftigungsförderung durch die Kommune eher begrenzt sind und die Nutzung der beschäftigungspolitischen Instrumente vor allem zur Integration von Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung eher zögerlich genutzt werden. Wenngleich sich in einigen Bereichen eine gewisse Dynamik zur Entwicklung von neuen Beschäftigungsmöglichkeiten entwickelt hat, ist die Benachteiligung und Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben nach wie vor ein drängendes Problem.

#### **Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt**

Die Arbeitslosenquote im Landkreis Ahrweiler hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. Nach Auskunft der Bundesagentur für Arbeit liegt sie im August 2017 bei 3,7 % (Arbeitslosenquote SGB III 1,6 und Arbeitslosenquote SGB II 2,1)<sup>51</sup> und ist damit deutlich unter der Quote in Rheinland-Pfalz.

Hinsichtlich der Erfüllung der **Beschäftigungspflicht von schwerbehinderten Mitarbeiter/inne/n** lassen sich dem Anzeigeverfahren<sup>52</sup> gegenüber der Bundesagentur für Arbeit die folgenden Angaben entnehmen. Im Landkreis Ahrweiler hatten im Jahre 2015 insgesamt 192 öffentliche und private Arbeitgeber mit 16.829 Stellen (zu zählende Arbeitsplätze: 13.901 und 634 durch schwerbehinderte Mitarbeiter/innen zu besetzende Arbeitsplätze) die gesetzliche Verpflichtung zur Beschäftigung schwerbehinderter Mitarbeiter/innen. Dies ist nur ein kleiner Teil der Betriebe im Landkreis (insgesamt 6.379 mit 29.041 Beschäftigten), da die meisten Betriebe keine 20 Beschäftigten haben (90,1 % haben lediglich bis zu neun Beschäftigte) (Stat. Landesamt 2017a, S. 28).

Den 634 Pflichtarbeitsplätzen für schwerbehinderte Mitarbeiter/innen stehen 3.690 anerkannte Schwerbehinderte im erwerbsfähigen Alter (18 bis 65 Jahre gegenüber) (Stat. Landesamt 2016a, S. 41), wobei in bestimmten Fällen auch die Besetzung von Stellen durch Menschen mit dem Grad einer Behinderung ab 30 auf die Pflichtquote angerechnet wird.

Es wurden lediglich 447 der 634 Pflichtarbeitsplätze durch schwerbehinderte Mitarbeiter/innen besetzt. Die Pflichtquote von 5 % wurde von den 16 öffentlichen Arbeitgebern nicht durchweg,

---

<sup>51</sup> Generierte Datei unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Rheinland-Pfalz/Ahrweiler-Nav.html>

<sup>52</sup> Generierte Datei unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/iiia6/bsbm-bsbm-regional/bsbm-regional-07131-0-201512-xlsx.xlsx>

aber insgesamt durch einen Wert von 5,1 % erfüllt, die privaten Arbeitgeber erreichten zum Erhebungszeitpunkt die Pflichtquote nicht (2,9 %). Insbesondere der Wert der privaten Arbeitgeber liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (4,1 %) <sup>53</sup> und dem Durchschnitt in Rheinland-Pfalz (3,7 %) <sup>54</sup>.

Eine wichtige Aufgaben bei der Arbeitsmarktintegration kommt den **Integrationsfachdiensten** zu, die auf der Grundlage der §§ 102 und 109 SGB IX und der Ausgleichsabgabeordnung tätig werden. Sie beraten und vermitteln im Auftrag der Rehabilitationsträger, insbesondere des Integrationsamtes, schwerbehinderte Menschen und begleiten diese in bestimmten Fällen auch nach Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses. Über die Entwicklung der Integrationsfachdienste berichten die Integrationsämter (vgl. BIH 2016). Der für den Kreis Ahrweiler zuständige Integrationsfachdienst befindet sich in Trägerschaft der Barmherzigen Brüder Saffig und hat eine Zweigstelle in der Kreisstadt Bad Neuenahr-Ahrweiler. Das Angebot der Barmherzigen Brüder Saffig umfasst auch einen berufsbegleitenden Dienst und eine Beratung von Arbeitgebern.

### **Projekte zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen**

Im Bereich der Förderung der Beschäftigung bzw. zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen hat sich seit 2005 die Angebotsstruktur durch neue Angebote ausdifferenziert. In dem Sozialkaufhaus LISA (Laden für Integration und soziales Engagement gegen Armut) in Remagen sind Langzeitarbeitslose und Menschen mit Behinderungen beschäftigt. Das Sozialkaufhaus ist aus der Kleider- und Möbelkammer des Kreises hervorgegangen, die 2006 geschlossen wurde. Es wurde zunächst ab 2007 in Bad Breisig in Trägerschaft der Caritas-Werkstätten Sinzig (St. Raphael Caritas Alten- und Behindertenhilfe GmbH) und dem Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr betrieben. Der Kreis leistete eine Anschubfinanzierung. Seit 2012 befindet sich das Sozialkaufhaus in größeren Räumlichkeiten in der Stadt Remagen. Neben dem Verkauf von gebrauchter Kleidung, Büchern, Möbeln und Haushaltsgegenständen werden durch das Sozialkaufhaus auch Haushaltsauflösungen durchgeführt.

Im Jahre 2009 wurde in Sinzig ein CAP Markt <sup>55</sup> – ein Lebensmittelgeschäft - durch den Träger der Werkstatt in Sinzig (St. Raphael Caritas Alten- und Behindertenhilfe GmbH) mit Fördergeldern der ‚Aktion Mensch‘ in einem zuvor geschlossenen Edeka Markt eröffnet. Aufgrund des Auslaufens der Fördergelder und einer schwierigen Marktsituation wurde der Markt im Jahre 2014 wieder geschlossen.

Ebenfalls mit Fördermitteln der ‚Aktion Mensch‘ und anderen Stellen wurden von 2009 bis 2014 durch die Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler e.V. der Integrationsbetrieb ‚Hof Blasweiler‘ (gelegen in der Verbandsgemeinde Altenahr) – ein Bio-Bauernhof mit Verkaufsstelle und Cafébetrieb – geführt. Der Betrieb wurde aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen.

---

<sup>53</sup> Generierte Datei unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/iiia6/bsbm-bsbm/bsbm-d-0-201512-xlsx.xlsx>

<sup>54</sup> Generierte Datei unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/iiia6/bsbm-bsbm/bsbm-07-0-201512-xlsx.xlsx>

<sup>55</sup> zur Idee und zum Konzept der CAP-Märkte vgl. <http://www.cap-markt.de/>

### **Die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen**

Die Zahl der leistungsberechtigten Personen, die im Arbeitsbereich der Werkstatt beschäftigt sind, wie bereits dargelegt, deutlich gestiegen. Dies gilt auch für den Kreis Ahrweiler (2011: 327 und 2016: 356 Leistungsberechtigte). Pro 1.000 Einwohner/innen zwischen 18 und 65 Jahren sind dies jedoch deutlich weniger als Bundesdurchschnitt (Kreis Ahrweiler: 4,7 – Bund: 5,5).

Auch im Hinblick auf die gleichzeitige Inanspruchnahme wohnbezogener Hilfen ergibt sich für den Kreis Ahrweiler ein vom Bundesdurchschnitt abweichendes Bild. Im Kreis Ahrweiler nehmen

- etwa 60 % (Bund: 50 %) der Werkstattbeschäftigten keine wohnbezogenen Hilfen,
- etwa 2,2 % (Bund: 17 %) ambulante Hilfen und
- etwa 38 % (Bund 33 %) stationäre Hilfen in Anspruch.

Die Werkstatt für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen (Caritas Werkstätten St. Elisabeth) befindet sich in der Stadt Sinzig. Durch die Lage ist der Besuch der Werkstatt insbesondere für die Beschäftigte aus der Eifelregion mit erheblichen Fahrwegen verbunden. Laut Auskunft der Kreisverwaltung sind für den Werkstattstandort in Sinzig grundsätzlich nur 155 Plätze bewilligt. Ungeachtet dessen wurden dort, dem Geschäftsbericht des Einrichtungsträgers zufolge, zum 01. Oktober 2016 insgesamt 232 Menschen mit Behinderungen beschäftigt. Im Jahr zuvor waren es 221 Personen. Die Diskrepanz zwischen der Zahl bewilligter Plätze und der Zahl der tatsächlich beschäftigten Personen zeigt deutlich, dass die vorhandenen Kapazitäten die bestehenden Bedarfe nicht abdecken.

Hinzu kommen 101 Beschäftigte (2015: 113) in den INTEC-Betrieben an den Standorten in Sinzig und Bad Neuenahr-Ahrweiler. Der Standort Bad Neuenahr-Ahrweiler wurde im Jahre 2015 eröffnet und hält 60 Plätze für chronisch psychisch kranke Menschen bereit.

Eine kleine Gruppe von Leistungsberechtigten nimmt Beschäftigungsangebote in angrenzenden Regionen in Anspruch. Die Planung eines Werkstattstandortes in Adenau mit 40 Plätzen konnte bislang nicht realisiert werden, könnte jedoch für die Beschäftigten aus dieser Region erheblich zur Reduzierung von Fahrzeiten beitragen.

Das Leistungsangebot der Werkstatt hat sich erheblich ausdifferenziert. Durch Beschäftigungsangebote mit Publikumsverkehr, Außenarbeitsgruppen, ausgelagerte Arbeitsplätze und die Möglichkeit von Praktika werden Ansätze der Integration verfolgt und Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet. Die Aktivitäten werden gebündelt in der virtuellen Werkstatt XTERN. Faktisch ist die Chance des Übergangs in den allgemeinen Arbeitsmarkt jedoch nach wie vor die Ausnahme. Die Auftragslage für die Tätigkeitsbereiche der Werkstatt wird vom Träger als gut bezeichnet.

Im Kreis Ahrweiler nutzen im Jahre 2016 insgesamt sieben Personen das **Budget für Arbeit**. Dies entspricht bezogen auf die Einwohnerzahl in etwa dem Durchschnitt von Rheinland-Pfalz. Allerdings lässt sich nicht wie im Land insgesamt eine Dynamik der Steigerung erkennen, vielmehr ist die Anzahl der Budgetnehmer/innen mit kleinen Schwankungen seit 2011 etwa gleichbleibend.

### 5.2.2 Einschätzungen

Der Landkreis Ahrweiler hat nur bedingt Möglichkeiten, auf das Arbeitsmarktgeschehen und auf die Beschäftigungschancen von Menschen mit Behinderungen einzuwirken. Er hat eine Vorbildfunktion, was die Beschäftigung in der Verwaltung selbst angeht und kann andere Arbeitgeber zur Beschäftigung motivieren. Die im Landesaktionsplan vorgestellten Projekte könnten dabei als Anregung dienen, die Aktivitäten über die Erfüllung der Beschäftigungsquote auszuweiten. Unter den Bedingungen der Arbeitsmarktstrukturen im Landkreis Ahrweiler kommt es insbesondere darauf an, kleinere Arbeitgeber zur Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen zu bewegen.

Die Erfahrungen mit Integrations- bzw. zukünftig Inklusionsbetrieben im Kreis Ahrweiler zeigen zum einen, dass in diesem Feld bislang nur Träger der Behindertenhilfe initiativ geworden sind. Akteure der Privatwirtschaft, an die sich die Möglichkeit zur Gründung von Integrationsbetrieben auch richtet, sind bislang nicht aktiv geworden. Zum anderen sind die finanziellen Risiken für die Träger erheblich. Es stellt sich daher die Frage, welche Rahmenbedingungen notwendig sind, weitere Integrationsfachdienste im Kreis Ahrweiler erfolgreich zu entwickeln.

Die Anzahl der in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen Beschäftigten hat sich deutlich über die im Teilhabeplan von 2005 gegebenen Prognosen ausgeweitet, bleibt jedoch relativ unter dem Bundesdurchschnitt. Da die Ausweitung der Plätze trotz rückläufiger Aufnahmen junger Beschäftigter erfolgt, ist jedoch mit einer gewissen Entspannung zu rechnen. Für die Ausweitung der Plätze vor allem in der Eifelregion ist jedoch ein eindeutiger Bedarf gegeben. Die Möglichkeiten der Flexibilisierung der Werkstattbeschäftigung durch das Bundesteilhabegesetz sollten von den beteiligten Akteuren genutzt werden. Es lässt sich feststellen, dass trotz vielfältiger Maßnahmen die Möglichkeiten des Übergangs in eine reguläre Beschäftigung äußerst begrenzt bleiben. Dies zeigt sich auch an der vergleichsweise geringen Anzahl der Personen, die das Budget für Arbeit in Anspruch nehmen.

### 5.3 Gestaltung des Tages

Menschen mit und ohne Behinderungen gestalten ihren Tag im erwerbsfähigen Alter durch Tätigkeiten der Reproduktion und ggf. der Familienarbeit, durch Erwerbstätigkeit sowie durch Freizeitaktivitäten. Während die beiden erstgenannten Bereiche stark von den Notwendigkeiten des Alltags oder fremden Vorgaben geprägt sind, bestimmt den Bereich der Freizeit ein höheres Maß an Freiheit. Hier ist Raum für sehr unterschiedliche Neigungen und Aktivitäten. Schon der Begriff der Freizeit weist auf die Vorstellung, dass es sich um eine auf die anderen Lebensbereiche bezogene, jedoch davon abgehobene stärker individuelle Verfügungszeit handelt. Für Menschen, die aus dem Erwerbsleben aus Altersgründen ausgeschieden sind oder die aus Gründen einer Beeinträchtigung keiner Erwerbstätigkeit oder Beschäftigung in der Werkstatt für behinderte Menschen nachgehen, wirkt der Begriff der Freizeitgestaltung eher unpassend. Daher wurde für die Aktivitäten dieser Personengruppen der Begriff der Gestaltung des Tages gewählt. Es handelt sich dabei um einen nicht ganz exakt abgrenzbaren Lebensbereich, der nicht durch Ruhezeiten, Zeiten der Förderung, Therapie oder Behandlung und Zeiten der Unterstützung im Alltag geprägt ist. Je nach Art und Schwere der Beeinträchtigung ist der zur Verfügung stehende Umfang sehr unterschiedlich. Die Vorstellungen darüber, wie diese Zeit gestaltet werden soll, sind vermutlich ebenso unterschiedlich, wie bei anderen Menschen auch. Es lassen sich jedoch Faktoren benennen, durch die Gestaltung des Tages für Menschen mit Beeinträchtigungen unter erschwerten Bedingungen besteht:

- Menschen mit Beeinträchtigungen benötigen häufig Unterstützung vor allem bei Aktivitäten außer Haus. Daher stehen diese unter dem Vorbehalt, dass die Unterstützung durch Familienangehörige, Nachbarn, ehrenamtlich Tätige oder Professionelle zur Verfügung steht.
- Das Netzwerk von Menschen mit Beeinträchtigung und Menschen im hohen Alter ist in der Regel kleiner bzw. schrumpft. Der Zugang zu Aktivitäten im Bereich der freien Zeit durch Geselligkeit oder Aktivitäten ist jedoch in der Regel abhängig von persönlichen Beziehungen.
- Im Freizeitbereich gibt es häufig ein starkes Bedürfnis nach Exklusivität, durch die der Zugang zu Mitgliedschaften und Zugehörigkeiten für Menschen, die nicht den Erwartungen der Zielgruppe entsprechen, begrenzt wird.
- Es lässt sich eine Zunahme von Aktivitäten in der freien Zeit feststellen, für die erhebliche Ressourcen notwendig sind (z.B. Eintrittspreise oder Ausstattung).
- Aktivitäten zur Gestaltung der freien Zeit, die nicht in der eigenen Wohnung stattfinden, erfordern ein mehr oder weniger hohes Maß an Mobilität.
- Die sozialrechtlichen Leistungen zur Teilhabe ordnen der Gestaltung des Tages gegenüber Versorgung und der Teilhabe im Bereich der Arbeit oder der Bildung eine geringere Priorität zu.

Vor diesem Hintergrund kommt der Teilhabebericht der Bundesregierung zur der Feststellung, dass die „Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen in vielen Bereichen der Freizeitgestaltung eingeschränkt“ (Engels 2016 u.a., S. 372) ist. In allen Bereichen der Gestaltung der freien

Zeit, die außerhalb der eigenen Wohnung stattfinden, sind Menschen mit Beeinträchtigungen seltener vertreten. Es ist daher zu vermuten, dass unfreiwillig mehr Aktivitäten im häuslichen Bereich nachgegangen werden, die mit dem Gefühl der Vereinsamung einhergehen können.

Die Behindertenrechtskonvention widmet der Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport einen eigenen Artikel (Art. 30). Aus dem Text wird deutlich, dass die Möglichkeit der gleichberechtigten Teilhabe an den Lebensbereichen Freizeit, Kultur und Sport Ziel der UN-Behindertenrechtskonvention ist. Es wird eine Vielzahl von hierfür notwendigen Voraussetzungen und Bedingungen genannt und deutlich gemacht, dass die Teilhabe auch die Möglichkeit der Entfaltung eigener Potentiale der Menschen mit Beeinträchtigungen einschließt. Hierzu gehören auch spezifische Kulturen und sprachliche Identitäten, denen eine besondere Aufmerksamkeit und ein besonderer Schutz gewidmet werden soll. Der Schwerpunkt der Regelungen liegt - dem Gedanken der Inklusion folgend - darauf, dass allgemeine Angebote zugänglich und gleichberechtigt für alle Bürger/-innen nutzbar sind. Gleichzeitig sind darüber hinaus auch behinderungsspezifische Angebote, durch Menschen mit Beeinträchtigungen, zu organisieren und zu entwickeln.

Die relevanten sozialrechtlichen Leistungen werden unten im Zusammenhang der Darstellung der Situation im Landkreis Ahrweiler dargestellt. Hingewiesen sei an dieser Stelle jedoch übergreifend auf die Möglichkeiten, die mit dem Schwerbehindertenausweis einhergehen. Er ermöglicht in vielen Bereichen, einen vergünstigten Zugang zu Veranstaltung und eine kostenlose Nutzung des ÖPNV. Im Falle der Eintragung des Merkzeichen ‚B‘ (Begleitung erforderlich) kann die Begleitperson unentgeltlich an Veranstaltungen teilnehmen. Personen, die öffentliche Veranstaltungen in der Regel nicht besuchen können, erhalten können das Merkmal ‚Rf‘ in den Schwerbehindertenausweis eintragen lassen, durch das eine Befreiung von den Rundfunkgebühren möglich ist.

### 5.3.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler

Der Teilhabeplan aus dem Jahre 2005 kam zu dem Ergebnis, dass für Menschen mit Behinderungen ein Freizeitangebot durch die Träger der Behindertenhilfe organisiert wurde. Die Angebote waren auf den Raum Sinzig konzentriert. Von dem allgemeinen Freizeitangebot blieben Menschen mit Behinderungen aufgrund baulicher und sozialer Barrieren häufig ausgeschlossen.

In der Erhebung bei den kreisangehörigen Kommunen wurde nach Bildungsangeboten für erwachsenen Menschen mit Behinderungen sowie für Senioren, und nach Bemühungen bezüglich der inklusiv gestalteten Angebote im Bereich des alltäglichen Lebens, der Freizeit, des Sports, der Kultur oder des Tourismus gefragt.

Hinsichtlich der **Bildungsangebote** wird in drei Fällen auf das Angebot der Volkshochschule hingewiesen, die sich aber eher an jüngere und mobile Senior/inn/en wendet. In einem Fall wird ein barrierefrei zugängliches Mehrgenerationenhaus als Ort der Bildung und Freizeitgestaltung für alle genannt. Ansonsten werden in Einzelfällen Informations- und andere Veranstaltungen sowie spezielle Informationsmaterialien erwähnt, die sich gezielt an ältere Menschen richten. In einem Fall können keine Angaben gemacht werden.

Hinsichtlich der Ansätze **inklusive gestalteter Freizeitangebote** werden von vier Kommunen keine Angaben gemacht. In einem Fall wird auf die Möglichkeit der barrierefreien Schifffahrt hingewiesen. Eine Kommune weist darauf hin, dass Belange von Menschen mit Behinderungen bei Neubauten und Sanierungen von Sportstätten berücksichtigt werden. Zudem wird von einer Kommune das Konzept ‚Tourismus für Alle‘, von einer anderen die Arbeit an dem Konzept ‚Sinzig für alle‘ erwähnt.

Für Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung bietet die Lebenshilfe im Rahmen der **Offenen Hilfen** zahlreiche Angebote. Neben einem offenen Treff werden auf der Internetseite ein Lese- und Schreibkurs, eine Musikgruppe und zahlreiche Ausflüge erwähnt. Über das Angebot informiert ein Jahresprogramm, das als Download zur Verfügung steht.

Menschen, die in der **Werkstatt für behinderte Menschen** beschäftigt sind, haben die Möglichkeit über die Beschäftigung hinaus an arbeitsbegleitenden Maßnahmen mit Freizeitcharakter und an Urlaubsreisen teilzunehmen, die von der WfbM organisiert werden. Über das Angebot informiert ein jährlicher Angebotskalender. Vor dem Hintergrund der dauerhaften Beschäftigung in der WfbM und fehlender Alternativen in der Freizeit spielt die WfbM für die Gestaltung des Tages auch über die Beschäftigung hinaus für viele der dort tätigen Menschen eine zentrale Rolle.

In Kapitel 5.2 wurde auf den steigenden Altersdurchschnitt der Beschäftigten in der Werkstatt für behinderte Menschen hingewiesen. Dadurch kommt es häufiger vor, dass die Beschäftigten in den Ruhestand treten. Dadurch sind die Anbieter von wohnbezogenen Einrichtungen gefordert, Möglichkeiten zur Gestaltung des Tages in den Blick zu nehmen. Dies erhöht den zeitlichen Aufwand für die Unterstützung.

Die Tätigkeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen setzt voraus, dass die Beschäftigten in der Lage sind, „wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen“. Wengleich diese Regelung vor dem Hintergrund der Vorgaben von Artikel 27 der UN-Behindertenrechtskonvention kritisiert wurde, wurde sie mit der Reform durch das Bundesteilhabegesetz beibehalten. Personen, die nicht, noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, diese Leistung zu erbringen können im Kreis Ahrweiler die **Tagesförderstätte** in Sinzig besuchen, die vom Werkstattträger in unmittelbarer Nähe zur WfbM angeboten wird. Ein entsprechendes Angebot ist auch in Adenau in Planung.

Die Anzahl der Personen im Kreis Ahrweiler, die Eingliederungshilfe zum Besuch einer Tagesförderstätte in Anspruch nehmen, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Jahre 2016 waren es insgesamt 58 Personen, was etwa 0,77 Personen pro 1.000 Einwohner/innen in erwerbsfähigen Alter entspricht, und somit über dem Bundesdurchschnitt (0,69) liegt. Die Besucher der Tagesförderstätte leben am häufigsten im häuslichen Umfeld.

Auch im **Lebenshilfehaus in Sinzig** spielt die Gestaltung des Tages eine wichtige Rolle. In der pädagogischen Konzeption<sup>56</sup> wird dargelegt, dass den Bewohner/innen/n interne Angebote zur

---

<sup>56</sup> vgl. <http://www.lebenshilfe-ahrweiler.de/wp/wp-content/uploads/pdf/konzeption.pdf>

Freizeitgestaltung gemacht werden und eine Unterstützung bei externen Freizeitaktivitäten angeboten wird. Der größer werdenden Gruppe älteren Menschen, die in der Einrichtungen leben, werden entsprechende Angebote zur Tagesgestaltung gemacht.

Für **Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen** besteht in bestimmten Fällen die Möglichkeit eine Tagesstätte zu besuchen. Dieses Angebot findet sich im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) Lichtblick in Bad-Neuenahr in der Trägerschaft der Stiftung Bethesda, dass an den Tagen von Montag bis Freitag von durchschnittlich zehn bis 20 Personen genutzt wird. Ein ähnliches Angebot wird im Gemeindepsychiatrischen Betreuungszentrum der Barmherzigen Brüdern Saffig in Adenau mit acht Plätzen vorgehalten. Bei beiden Einrichtungen leistet auch die Kontakt- und Informationsstelle mit ihrem offenen Angebot einen Ansatzpunkt zur Gestaltung des Tages. Leistungen der Eingliederungshilfe zum Besuch einer Tagesstätte erhielten im Kreis Ahrweiler 22 Personen, von denen zwölf in einer stationären Einrichtung leben. Eine weitere Person erhält zusätzlich Leistungen im Betreuten Wohnen.

Die **stationären Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankung** im Kreis Ahrweiler bieten ihren Bewohner/innen/n im Zusammenhang mit und neben therapeutischen Angeboten Möglichkeiten zur Gestaltung des Tages.

In Verbindung mit dem Haus Alexander in Bad Neuenahr-Ahrweiler besteht ein Arbeitsangebot für bis zu 15 Bewohner/innen und Menschen, die ambulant betreut werden. Im Unterschied zur WfbM wird keine bestimmte Arbeitsleistung erwartet<sup>57</sup>. Die Teilnehmer/innen erhalten für die geleisteten Tätigkeiten ein kleines Entgelt. Das Angebot wird ergänzt durch kreative Beschäftigungsangebote, sowie Trainings- und Freizeitangebote. Im Haus Domizil wird nach einem vier Phasen Konzept gearbeitet, das in allen Phasen sowohl Arbeitsangebote (Training, Assessment, Praktika, Jobfindung und Ausbildung) als auch Freizeitaktivitäten umfasst.

Das Angebot von Haus Bachtal schließt arbeitstherapeutische Angebote, die Organisation von Zuverdienst Projekten sowie Freizeitangebote ein.

Im Bereich der **Pflege** gibt es das spezielle Angebot der Tagespflege. Gemäß § 41 SGB XI haben Pflgebedürftige darauf Anspruch, „wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“. Das Angebot umfasst auch die Beförderung zu der Einrichtung. Im Kreis Ahrweiler konnten zehn Einrichtungen der Tagespflege identifiziert werden<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> vgl. die Konzeption unter <http://www.stiftung-bethesda.de/rwh/hmk/Konzept20Modul20Arbeit.pdf>

<sup>58</sup> alle Angaben wurden ermittelt unter [www.pflegelotsen.de](http://www.pflegelotsen.de)

Abbildung 20: Lage der Einrichtungen der Tagespflege im Kreis Ahrweiler



Tabelle 22: Liste der Einrichtungen der Tagespflege im Kreis Ahrweiler

Name der Einrichtung	Plätze	Ort
Villa Sibilla GmbH Tagespflege	14	Bad Neuenahr-Ahrweiler
Altenheim St. Anna	10	Bad Neuenahr-Ahrweiler
Curanum Seniorenresidenz Remagen	5	Remagen
Seniorenzentrum Maranatha	15	Sinzig
Johanniter Haus Sinzig GmbH	15	Sinzig
Seniorenzentrum Villa Romantica	3	Niederzissen (VG Brohltal)
Alten- und Pflegeheim Elisabeth-Haus	4	Weibern (VG Brohltal)
Altenheim Marienburg	4	Kempenich (VG Brohltal)
MATERNUS-Stift GmbH Senioren- und Pflegezentrum	5	Altenahr
Villa am Buttermarkt	16	Adenau

Die Angebote halten insgesamt 91 Plätze vor und befinden sich alle in Trägerschaft von Anbietern einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Vor dem Hintergrund, dass die Pflegestatistik insgesamt in Rheinland-Pfalz lediglich 260 Einrichtungen mit 2.310 Plätzen aufweist (Statistisches Landesamt 2017b, S. 21f) weist das Angebot im Kreis Ahrweiler eine hohe Dichte auf.

Einige stationäre Einrichtungen machen durch Cafés und andere Angebote auch externen Personen Angebote zur Gestaltung des Tages. Die Nähe zu einer stationären Einrichtung dürfte allerdings für viele Personen zu einer Zurückhaltung der Inanspruchnahme führen. Weitere Angebote zur Gestaltung des Tages finden sich in den Abschnitten zur Selbstorganisation und zur Altenhilfe.

### **5.3.2 Einschätzungen**

Menschen mit Beeinträchtigungen sind im Bereich der Freizeit und der Gestaltung des Tages starken Benachteiligungen ausgesetzt. Eine inklusive Öffnung von Angeboten für die Allgemeinheit bleibt die Ausnahme. Die spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen von Menschen mit Beeinträchtigungen sind nur selten im Blick bei der Gestaltung von Angeboten.

Für bestimmte Gruppen gibt es spezielle Angebote im Freizeitbereich und zur Gestaltung des Tages. Diese folgen noch sehr stark der versäulten Logik des Unterstützungssystems für unterschiedliche Gruppen behinderter Menschen und Pflegebedürftige. Es ist schwer einzuschätzen, ob Angebote, die zielgruppenübergreifend angeboten werden, auf Akzeptanz stoßen.

Chancen der Verbesserung von Teilhabemöglichkeiten verbinden sich mit Ansätzen der Quartier- und Dorfentwicklung. Durch eine inklusive Entwicklung können Gelegenheiten der Gestaltung des Tages im unmittelbaren Wohnumfeld durch Orte der Begegnung und niedrighschwellige Kontaktstellen entstehen.

## 5.4 Förderung und Unterstützung alter Menschen

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist u.a. dadurch gekennzeichnet, dass die Menschen insgesamt länger leben und dabei auch länger relativ gesund bleiben. Dies ermöglicht es, die Lebensphase des „Ruhestandes“ als aktive Phase zu gestalten, die oft erst recht spät, durch zunehmende Gebrechlichkeit, überlagert wird. In den „Altenberichten“ der Bundesregierung sind diese Entwicklungen differenziert beschrieben. So zeigt etwa der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation aus dem Jahr 2010 (BMFSFJ 2010), wie sich in den vergangenen Jahrzehnten neue ‚Altersbilder‘ entwickelt haben, die die persönlichen und kulturellen Potentiale der Alterserfahrung würdigen, die Gefahren der Diskriminierung alter Menschen aufzeigen und die Rechte auf gesellschaftliche Teilhabe betonen. Dies schlägt sich in spezifischen Freizeit- und Bildungsbedürfnissen nieder, aber auch in Interesse und Bereitschaft, sich am gesellschaftlichen und politischen Leben zu beteiligen. Der siebte aus dem Jahr 2016 (BMFSFJ 2016b) baut darauf auf und fragt mit einem Fokus auf die lokale Ebene nach den Rahmenbedingungen eines guten Lebens im Alter für alle Menschen. Damit Menschen bis ins hohe Alter weitgehend selbstständig und selbstbestimmt im vertrauten Wohnumfeld leben können, sind gut erreichbare Geschäfte und Freizeitangebote, wohnortnahe und bezahlbare Dienstleistungen, lebendige Nachbarschaften sowie stabile Strukturen zur Unterstützung bei Hilfebedarf erforderlich. Dies zu organisieren und zu koordinieren sind Aufgaben, die im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge von den Kommunen geleistet werden können, welche wiederum dafür mit entsprechenden Kompetenzen und Ressourcen auszustatten sind. In ihrem Vorwort plädiert die Bundesregierung dafür, dass „Altenhilfestrukturen verstärkt geplant, auf- und ausgebaut werden. So kann eine bessere Abstimmung mit anderen Bereichen der Daseinsvorsorge erfolgen. Auch können durch bessere Koordinierung, Kooperationen und Vernetzungen die Sozialräume bedarfsgerecht gestaltet, stabile Sorgestrukturen geschaffen, generationsübergreifende Vorhaben gezielt umgesetzt und die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen gesichert werden“ (a.a.O., S. VI)

Der Begriff Altenhilfe steht im sozialrechtlichen Sinne für kommunal zu leistende Maßnahmen zur Förderung und Unterstützung alter Menschen, die in § 71 SGB XII näher gefasst werden. Die Ziele und Aufgaben der Altenhilfe werden dabei in einem breiten Sinne beschrieben. Konkret heißt es: „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken“ (§ 71 SGB XII, Abs. 1).

Im Weiteren wird in einem offenen Katalog aufgelistet, was als Leistungen der Altenhilfe dafür insbesondere Betracht kommt:

- „1. Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird,
2. Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,
3. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,

4. Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
5. Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,
6. Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglichen“ (§ 71 SGB XII, Abs. 2).

§ 71 SGB XII schließt mit den Hinweisen, dass zu Maßnahmen der Altenhilfe auch solche gehören können, die zur Vorbereitung auf das Alter dienen. Grundsätzlich ist dabei auf eine Einkommens- und Vermögensprüfung zu verzichten.

Hervorzuheben sind die Veränderungen in § 71 SGB XII, Abs. 2, S. 3, die im Zuge des Pflege-stärkungsgesetzes III im Jahr 2016 vorgenommen wurden. Damit wurde der Beratungsauftrag der Altenhilfe erweitert und soll sich nun nicht mehr nur auf die Auswahl einer stationären Einrichtung beziehen, sondern auf Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege (s.o.). D.h. es geht auch um Maßnahmen, Angebote und Veranstaltungen, die sich nicht ausschließlich oder vorrangig auf die Erbringung professioneller Pflegehilfen beziehen, sondern den Bereichen der allgemeinen Beratung, Erwachsenenbildung sowie der Freizeitgestaltung und Beschäftigung und der damit verbundenen Probleme und Hilfebedarfe der älteren Menschen zuzurechnen sind. Dies schließt sowohl die Bildungs- und Kulturarbeit mit alten Menschen wie auch pflegeflankierende Maßnahmen mit ein. Die Angebote können von der traditionellen Altenclubarbeit (Seniorentanz, Erzählcafés, Freizeitangebote) über Rehabilitations- und Bildungsangebote, Wissensbörsen und Expertendienste bis hin zum bürgerschaftlichen Engagement in Seniorenbüros und Mehrgenerationenhäusern reichen (Karl/Kolland 2010).

Für den vorliegenden Planungszusammenhang ist der Verweis in § 71 Abs. 6 SGB XII wichtig, wonach die Leistungen der örtlichen Altenhilfe mit der kommunalen Infrastruktur verzahnt werden sollen, damit sie zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe beitragen können.

Das Land Rheinland-Pfalz unterstützt die Kommunen bei der Erfüllung von Aufgaben der Altenhilfe auf verschiedene Weise. Zu nennen ist u.a. die Förderung der Pflegestützpunkte (siehe Kap. 3.5). Zudem wurde vom Landessozialministerium eine Landesleitstelle "Gut leben im Alter" (ehem. "Älter werden in Rheinland-Pfalz")<sup>59</sup> geschaffen, deren zentrale Aufgabenstellung in der Förderung ehrenamtlicher Netzwerke und des bürgerschaftlichen Engagements von Seniorinnen und Senioren besteht. Die Landesleitstelle arbeitet an einem landesweiten Netzwerk von regionalen „Anlaufstellen für ältere Menschen“, die aus Seniorenbüros, Seniorentreffs, Mehrgenerationenhäusern, Altentagesstätten, oder Initiativen von Dorfgemeinschaften bestehen können. Konkret angeboten werden landesweite Vernetzungs- und Koordinationsleistungen sowie ein Qualifizierungsprogramm für Haupt- und Ehrenamtliche in der Seniorenarbeit.

---

<sup>59</sup> Siehe zu den Aktivitäten der Landesleitstelle: <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gut-leben-im-alter/aufgaben-und-projekte/>. Ein erstes landesweites Treffen der regionalen Anlaufstellen fand am 29.09.2017 in Mainz statt.

Keineswegs selbstverständlich ist es, dass auch altwerdende und alte Menschen mit wesentlichen geistigen, körperlichen seelischen oder sinnesbezogenen Beeinträchtigungen zur Zielgruppe der örtlichen Altenhilfe- und Seniorenpolitik gehören. In einer Untersuchung für das Landessozialministerium Rheinland-Pfalz zur Tagesgestaltung und Tagesstruktur für ältere Menschen mit Behinderung stellen Schu/Krivel/Oliva (2014) fest, dass es, sowohl bezogen auf die Systeme der professionellen Hilfen für Menschen mit Behinderungen und Pflege als auch in den eher offenen und ehrenamtlich geprägten Unterstützungsbereichen, für beide Personenkreise bisher kaum Kooperation gibt. Nur wenige ‚Seniorentreffs‘ bieten z.B. inklusive Angebote an, die Gewinnung und Qualifizierung von Ehrenamtlichen erfolgt getrennt, die bisherigen Erfahrungen mit Verknüpfungsversuchen sind durch Widerstände geprägt, die sich aus ablehnenden Haltungen bei den Altenhilfefachkräften als auch bei den nichtbehinderten Senior/inn/en ergaben. Die Autor/inn/en verweisen zur Erklärung auf historisch-biografische Vorurteile, erwarten aber angesichts der veränderten Sozialisationsbedingungen für die nachfolgenden Senioren generationen zukünftig eine veränderte Einstellung und mehr Offenheit, Akzeptanz und Toleranz in Hinblick auf inklusive Angebote (a.a.O.. S. 65f.).

Es ist durchaus bekannt, dass zunehmend mehr Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen ebenfalls älter werden. Bundesweite Datenauswertungen zur Altersverteilung dieser Personengruppe im stationär betreuten Wohnen ergaben für 2015, dass der Anteil der Menschen, die 50 Jahre und älter sind, innerhalb eines Jahres von 42,8 Prozent auf 44,0 Prozent gestiegen ist (BAGüS 2017: S. 23). Immerhin 18,2 %, d.h. fast jeder fünfte Wohnheimbewohner ist älter als 60 Jahre- Die Veränderung ist Ausdruck eines Prozesses, der bereits seit vielen Jahren andauert.

Die allermeisten dieser Personen erfahren derzeit durch den Besuch der WfbM eine Strukturierung ihres Alltags, der für sie individuell sehr bedeutsam sein kann. Mit der Zunahme der sogenannten „Werkstatt-Rentner/innen“ wird der Bedarf an alternativen Angeboten zur Tagesgestaltung steigen. Für diese Menschen wie für alle anderen älteren Menschen auch, ergibt sich daraus auch ein Bedarf an Angeboten der offenen Altenhilfe, die es ermöglichen, in einem anregungsreichen Umfeld Gruppenzugehörigkeit, Ansprache und Geselligkeit zu erleben. Die Angebote sollen dazu beitragen, den Alltag der älteren Menschen mit Behinderungen zu strukturieren, in dem sie feste Termine und feste Bezugspunkte vorgeben. Schu/Krivel/Oliva (2014) machen vielfältige Vorschläge, wie Angebote zur Tagesstrukturierung und -gestaltung für Menschen mit Behinderungen aussehen können. Unter der Leitformel des inklusiven Gemeinwesens besteht die Herausforderung darin, mit diesen Aktivitäten wo immer möglich das Feld der Behindertenhilfe zu verlassen und die Angebote mit der Entwicklung der kommunalen Altenhilfe immer mehr zu verknüpfen.

#### **5.4.1 Zur Situation im Landkreis Ahrweiler**

Über ein differenziertes Informationsangebot im Internet und mit Informationsbroschüren, wie dem „Seniorenwegweiser für den Landkreis Ahrweiler“<sup>60</sup> versucht der Landkreis Ahrweiler, Interessierte und Ratsuchende über die Angebote für ältere Menschen im Kreisgebiet zu informieren.

---

<sup>60</sup> Siehe: <http://www.kreis.aw-online.de/pdf/seniorenwegweiser2013.pdf>

Der Seniorenwegweiser enthält wichtige sozialrechtliche Informationen und Kontaktadressen der zuständigen Kreisbehörden. Außerdem finden sich dort Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich des Wohnens und eine Übersicht zu verschiedenen Sozialen Dienste und anderen Fragen, die für ältere Menschen relevant sein können. Die Personengruppe der Seniorinnen und Senioren mit Behinderungen wird dabei nicht explizit thematisiert.

Der Kreis Ahrweiler hat ein Förderprogramm für Seniorenarbeit aufgelegt. Gefördert werden Fortbildungen, kulturelle und andere innovative Projekte für Senioren. Antragsteller können Städte, Gemeinden und Orte, Kirchengemeinden, Vereine und Gruppen sein. Das Programm bietet Fördermöglichkeiten für Projekte (200 €), die der Aus- und Fortbildung oder der Teilhabe am kulturellen Leben dienen, oder jährlich für ein besonders innovatives Vorhaben (1.500 €).

Wie dargestellt, gibt es im Landkreis Ahrweiler ein flächendeckendes Netz von vier Pflegestützpunkten für die Räume Bad Neuenahr-Ahrweiler/Grafschaft, Adenau/Altenahr, Remagen/Sinzig und Bad Breisig/Brohlthal.

Als Anlaufstellen für Senioren sind das Seniorennetzwerk Bad Neuenahr in Verbindung mit dem örtlichen Mehrgenerationenhaus, sowie das Seniorenbüro in Sinzig hervorzuheben. Von dort aus werden Informations- und Vermittlungsaktivitäten geleistet und Veranstaltungen verschiedenster Art organisiert. In allen kreisangehörigen Kommunen dienen die örtlichen Verwaltungsstellen als Anlaufpunkte für ratsuchende Senior/inn/en.

In zahlreichen Kommunen bieten Kirchengemeinden, Alten- und Pflegeeinrichtungen oder andere örtliche Akteure auch offene Seniorentreffs, Besuchsdienste oder auch regelmäßige warme Mittagstische an. Zum Teil wurden diese in der Kommunenbefragung erhoben und in den Kommunalportraits dokumentiert. Die nachfolgende Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und hat eher illustrierenden Charakter:

#### VG Adenau

- Durch die Schließung des Familienzentrums Mitte 2017 wurden der langjährige Seniorentreff eingestellt.

#### VG Altenahr

- Seniorentag und Seniorennachmittag (zur Adventszeit) ausgerichtet von der Pfarrgemeinde
- Seniorentreff in Hönningen (1x im Monat)
- Seniorenfeier in Kesseling, Adventsnachmittag

#### VG Bad Breisig

- Seniorenausflüge (Seniorenheim Marienhaus Seniorenzentrum St. Josef)
- Seniorenturngruppe/ Gymnastik für Seniorinnen (Turnverein Bad Breisig)

#### Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler

- Kaffeekränzchen, Wandern, Radfahren, Spieletreff, Dämmerhoppes, Kulturkreis, kulturelle Veranstaltungen, andere gruppenübergreifende Angebote für Senioren
- Seniorennetzwerk (SNW) in Trägerschaft der ev. Kirchengemeinde
- Engagement älterer Menschen beim Malen, Tanzen und Singen

#### VG Brohltal

- Freizeitangebote und eine Kaffeetafel (CDU Senioren Union Brohltal)
- Seniorenwerkstatt Niederrissen
- Seniorengruppe Wassenach

#### Gemeinde Grafschaft

- Seniorenbetreuerin (Schwimmen und andere Freizeitangebote für Senioren)
- Seniorennachmittag in Birresdorf, Holzweiler und Lantershofen
- Adventsfeier der Senioren der Pfarreien Holzweiler
- Seniorentreff Lantershofen
- Seniorenkaffee der „Fidelen Möhnen“ in Birresdorf
- Seniorenfahrten

#### Stadt Remagen

- Seniorennachmittage der katholischen Kirchengemeinde Peter und Paul, Remagen;
- der katholischen Kirchengemeinde St. Gertrud, Remagen-Oedingen;
- der St. Laurentius Remagen-Oberwinter;
- des Dorfgemeinschaftshaus Remagen-Rolandswerth Martin-Luther-Zentrum, Remagen-Kripp
- Allgemeine Informationsveranstaltungen für Senioren

#### Stadt Sinzig

- Senioreninformation (Vorträge, Sturzprophylaxe)
- „Runder Tisch“ (nicht ausschließlich an Senioren gerichtet)
- Seniorennachmittag ab 2018 der Kirchengem. St. Peter Westum im Gemeindehaus Westum

Kultur- und Informationsveranstaltungen verschiedenster Art, die für Senior/inn/en von Interesse sind, werden auch von zahlreichen privaten und öffentlichen Organisationen, Vereinen Kurkliniken, Reha-Einrichtungen angeboten. Ob und inwieweit die Veranstalter auf Inklusionskriterien und Barrierefreiheit achten, kann nicht festgestellt werden. In einigen kreisangehörigen Kommunen gibt es Bemühungen, barrierefreie bzw. nicht barrierefreie Veranstaltungsräumlichkeiten systematisch zu erfassen.

Von besonderer Bedeutung für Angebote der Erwachsenenbildung ist die Kreis-Volkshochschule Ahrweiler (KVHS). Sie ist das kommunale Weiterbildungszentrum des Kreises Ahrweiler und

wird vom Kreis, den Städten und (Verbands-)Gemeinden getragen. Sie bietet als „Volkshochschule der kurzen Wege“ an insgesamt 19 Standorten des Landkreises ein vielfältiges Weiterbildungsangebot in den Bereichen Geschichte und Gesellschaft, Kunst und Kultur, Gesundheit und Sprachen, EDV, Berufliche Bildung und Schlüsselqualifikationen an. Im Leitbild der KVHS heißt es: „Zu unserem Selbstverständnis gehört es auch, Integration von älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern, von Minderheiten und Randgruppen in den allgemeinen Lern- und Entwicklungsprozess der Gesellschaft zu fördern. Die Gleichstellung von Männern und Frauen ist innerhalb der Institution realisiert und wird auch nach außen vertreten“<sup>61</sup>. Menschen mit Behinderungen werden als Zielgruppe nicht explizit benannt. Ob einzelne Angebote inklusiv angelegt und barrierefrei nutzbar sind, ist dem Programm nicht zu entnehmen.

Für Menschen mit geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen bietet die Lebenshilfe Kreisvereinigung Ahrweiler ein vielfältiges Freizeit- und Bildungsprogramm. Zum Programm gehören auch Bildungs- und Reiseangebote für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Spezifische Angebote für ältere Menschen mit Behinderungen werden nicht aufgeführt. Die erfolgreichen Kooperationsansätze im Bereich der Offenen Kinder- und Jugendarbeit finden bisher im Seniorbereich keine Entsprechung.

### **Palliative Versorgung**

Im Landkreis Ahrweiler besteht ein wachsendes Angebot an Hospizarbeit und Sterbebegleitung. In Bad Neuenahr-Ahrweiler wurde 2015 ein stationäres Hospiz gegründet, das vom Hospiz Verein Rhein-Ahr e.V. mit einer Hauptstelle in Bad Neuenahr-Ahrweiler und einer Zweigstelle in Adenau getragen wird. Im Rahmen des Hospizes werden Menschen in der letzten Lebensphase aufgenommen und betreut, Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen angeboten verbunden mit palliativmedizinischer Beratung und Behandlung. Das Hospiz bietet Selbsthilfegruppen an und arbeitet eng mit niedergelassenen Hausärzten und Palliativmedizinern zusammen.

Palliativmedizinische Beratung und Behandlung bietet auch die Palliativstation am Krankenhaus Maria Stern in Remagen. Die spezialisierte Station betreut Patienten mit einer nicht heilbaren und oft schon weit fortgeschrittenen Erkrankung. Fachärzte bilden gemeinsam mit Seelsorgern, Physiotherapeuten, der Sozialarbeiterin, der Kunsttherapeutin und dem Musiktherapeuten sowie den ehrenamtlichen Betreuern ein Team, dessen Ziel es ist, die Verbesserung der Lebensqualität durch die Behandlung von Krankheitssymptomen wie z. B. Schmerzen, Luftnot, Schwäche, Übelkeit und Erbrechen zu erreichen. Zum Angebot gehören auch eine Begleitung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes und die Unterstützung bei der Planung von Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation zu Hause, damit der Patient in seine gewohnte Umgebung in den Familienkreis zurückkehren kann.

In Bad Breisig und Remagen bieten auch einige ambulante Pflegedienste explizit ‚Sterbebegleitung‘ bzw. Hospizarbeit an. Dies sind:

- Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Bad Breisig. (Hospizarbeit)
- Ambulanter Pflegedienst Lebenswert, Bad Breisig (Palliativversorgung)

---

<sup>61</sup>Das Leitbild findet sich unter: <http://www.kvhs-ahrweiler.de/leitbild.html>, zuletzt geprüft am 15.09.2017

- Ambulanter Kranken- und Pflegedienst Schramm, Remagen (Sterbebegleitung)

### **5.4.2 Einschätzungen**

Die im PSG III vorgesehene Stärkung der kommunalen Rolle bei der Vernetzung und Koordinierung des Leistungsgeschehens in der Pflege sowie dessen Verknüpfung mit Infrastrukturentwicklung und Beratung hat nicht zufällig zur Ergänzung des Altenhilfe-Paragrafen §71 SGB XII geführt. Der jetzt vorliegende Katalog zu Leistungen der Altenhilfe beschreibt wichtige komplementäre Aufgaben für eine kommunale Pflege und Altenhilfepolitik, die vom Vorrang der Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen in ihrer eigenen Wohnung ausgeht.

Die im Planungsprozess vorgenommenen Untersuchungen zeigen, dass es im Landkreis Ahrweiler zahlreiche Beispiele dafür gibt, wie geeignete Maßnahmen für Unterstützung und Teilhabe für ältere Menschen aussehen können. Allerdings bestehen Entwicklungsbedarfe hinsichtlich der systematischen kleinräumigen Bestandsaufnahme und ggfs. Initiierung fehlender Angebote.

Der Personenkreis der älteren und alten Menschen mit wesentlichen Behinderungen im Sinne des bisherigen SGB XII wird bisher eher nicht als Zielgruppe der kommunalen Altenhilfe bzw. entsprechender Angebote und Maßnahmen, auch privater und freigemeinnütziger Organisationen, wahrgenommen.

Im Weiteren stellt sich daher auch in diesem Planungsbereich die Frage, wie eine stärkere Inklusionsorientierung erreicht werden kann. Die Herausforderungen liegen einerseits in der Kooperation der Behindertenhilfe, Psychiatrie und der Pflege und gleichzeitig in einer Entspezialisierung der bisher stark sektoralisierten Angebote, die gerade für den ländlichen Raum an Bedeutung noch zunehmen wird.

## 6 Zusammenfassung und weiteres Vorgehen

Die Bereiche der Pflege und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen sind für die soziale Kommunalpolitik in fachlicher, versorgungspolitischer und kostenbezogener Hinsicht von großer Bedeutung. Es ist im Interesse des Gemeinwohls, dafür zu sorgen, dass die öffentliche Infrastruktur auch pflegebedürftigen und behinderten Bewohner/innen im Landkreis Ahrweiler barrierefrei zugänglich ist. Zudem soll ein Unterstützungsangebot verfügbar sein, das modernen fachlichen und sozialrechtlichen Standards entspricht und gleichzeitig den wirtschaftlichen Möglichkeiten der Kommune Rechnung trägt. Die sozialräumlichen Bedingungen sollen so entwickelt werden, dass behinderte und damit auch pflegebedürftige Menschen unabhängig von ihrem Unterstützungsbedarf - so lange sie dies wollen - in einer eigenen Häuslichkeit wohnen können.

Mit der integrierten Teilhabe- und Pflegestrukturplanung beabsichtigt der Landkreis Ahrweiler diese inhaltlichen Zielsetzungen sozialplanerisch zu verwirklichen. Dabei wird einerseits die Notwendigkeit, den Teilhabeplan aus dem Jahr 2005 zu aktualisieren sowie andererseits die gesetzliche Verpflichtung, eine kommunale Pflegestrukturplanung durchzuführen in einem integrierten Planungskonzept verknüpft.

In enger Abstimmung zwischen Kreisverwaltung und dem beauftragten Siegener Planungsinstitut (ZPE) wurden auf Basis statistischer Recherchen in der ersten Jahreshälfte 2017 schriftliche Befragungen der kreisangehörigen Kommunen und eine kürzere Befragung von Ortsgemeinden durchgeführt und ausgewertet. Zudem fanden in allen acht kreisangehörigen Kommunen sogenannte Planungskonferenzen statt, zu denen Akteure aus den Bereichen der Behindertenhilfe, Psychiatrie und Pflege eingeladen und gebeten waren, Problemanzeigen und Handlungsvorschläge einzubringen. Die Ergebnisse dieser Erhebungen wurden in kommunalen ‚Portraits‘ zusammengefasst. Des Weiteren erfolgte eine breit angelegte Online-Befragung aller Dienste, Einrichtungen, Selbsthilfeinitiativen und Beratungsstellen im Landkreis, deren Ergebnisse zusammen mit vertiefenden Leitfadeninterviews in den Zwischenbericht eingingen.

Nachfolgend werden zunächst einige wesentliche Ergebnisse und Einschätzungen des Berichts zusammengefasst. Abschließend werden in einem Ausblick die Aufgaben der zweiten Planungsphase skizziert:

### Wesentliche Ergebnisse und Einschätzungen

Der **Landkreis Ahrweiler** ist ein relativer großer Flächenkreis, der sowohl durch städtische Regionen („Rheinschiene“) und durch ländliche Regionen („Eifelregion“) gekennzeichnet ist. Die Bevölkerungsentwicklung ist durch einen vergleichsweise hohen Altersquotienten und einen vergleichsweise niedrigen Jugendquotienten geprägt, wobei in jüngster Zeit wiederum ein leichter Anstieg der Kinderzahlen festgestellt werden kann. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen ist etwas höher als im Bundesdurchschnitt, wobei vergleichsweise viele Menschen die Leistungen der Pflegeversicherung nur in Form der Geldleistung in Anspruch nehmen. Die sozioökonomische

Lage der Bevölkerung ist im rheinland-pfälzischen Landesvergleich günstig. Sozialplanerisch besteht die Herausforderung, bei Überlegungen zu Hilfesystemen sowohl den typischen Bedingungen des ländlichen Raums als auch des städtischen Raums gerecht zu werden.

Seit 2005 hat die Sozialverwaltung des Landkreises Ahrweiler ihre **Steuerungsaufgaben** bei der Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe weiterentwickelt. Zur Anwendung von Individueller Teilhabeplanung wurden im Sozialamt personelle Erweiterungen vorgenommen, die es ermöglichen, die Bedarfsermittlung und die Formulierung des Teilhabeplans durch die Verwaltung selbst vorzunehmen. Ansätze der Aushandlung und Abstimmung mit den Leistungsberechtigten und den Leistungsanbietern im Rahmen der Hilfeplankonferenzen wurden modifiziert. Dies kann vor dem Hintergrund der sehr stark partizipativ ausgerichteten Vorgaben zur Individuellen Teilhabeplanung bzw. zur Gesamtplanung nach § 117 SGB IX (neu) als veränderungsbedürftig angesehen werden.

Auch im Bereich der Pflege gibt es auf Verwaltungsseite ein gestiegenes Steuerungsinteresse im Einzelfall. Dies kann derzeit aber nur deutlich eingeschränkter als in der EGH verwirklicht werden.

Im Landkreis Ahrweiler gibt es zahlreiche **fachpolitische Gremien** in den für die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung relevanten Feldern. Es ist aber z. T. unklar, welche Aufgabenstellung diese haben und wie diese auf Entscheidungsprozesse in der Kreispolitik bezogen sind. Dadurch wird die Thematisierung und Politisierung (Agenda Setting) von Entwicklungsbedarfen im Bereich sozialer Infrastruktur erschwert. Vor dem Hintergrund des starken Steuerungsanspruchs des Kreises auf Einzelfallebene und der Aushandlung von Leistungsverträgen mit einzelnen Anbietern wirken die kooperativen Strukturen zur Entwicklung einer Teilhabepolitik und zur Angebotsentwicklung schwach entwickelt. Es ist zu überlegen, ob bzw. wie die integrierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung Impulse zu einer Neustrukturierung der Gremienarbeit (z. B. Kreispflegebeirat, Kreispflegekonferenz) geben kann.

Im Landkreis Ahrweiler gibt es im **Feld der rechtlichen Betreuungen** eine ausdifferenzierte Struktur. Die Betreuungsvereine weisen eine langjährige Kontinuität in ihrer Arbeit auf und sind stark in das Netzwerk der professionellen Hilfen eingebunden. Durch ihre Arbeit haben die Mitarbeiter/innen der Betreuungsvereine einen guten Überblick über die Möglichkeiten und Probleme der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die Arbeit der Betreuungsbehörde ist durch personelle Veränderungen und Veränderungen der Arbeitsstrukturen gekennzeichnet. Sie nimmt ihren Beratungsauftrag nach § 4 Abs. 2 des Betreuungsbehördengesetzes nachrangig wahr. Dies gilt in gleicher Weise für die Aufgabe der Vermittlung anderer Hilfen.

Im Landkreis Ahrweiler gibt es an unterschiedlichen Stellen Initiativen und Maßnahmen zur Verbesserung der **Barrierefreiheit**. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist eine steigende Aufmerksamkeit für das Thema zu erwarten. Eine systematische Erfassung von Barrieren ist jedoch aufgrund der Komplexität des Themas schwierig. Es stellt sich daher die Herausforderung für die Herstellung von Barrierefreiheit eine höhere Sensibilität zu entwickeln

und Expert/inn/en in eigener Sache in die Identifizierung und Überwindung von Barrieren einzu-beziehen.

Im Bereich der Mobilität schafft die Verpflichtung zur barrierefreien Ausgestaltung des Öffentli-chen Personennahverkehrs bis 2022 eine Verbindlichkeit für die Nahverkehrsplanung, die durch den aktuell vorliegenden Plan noch nicht eingelöst werden kann. Die vom Land aufgelegten För-derprogramme, die die Bereitstellung von barrierefreiem Wohnraum zumeist in den Kontext der Stadt- und Dorfentwicklung stellen und mit der Entwicklung alternativer Wohnformen verbindet, werden bislang von den Kommunen und anderen Akteuren noch zögerlich genutzt.

In den kreisangehörigen Kommunen gibt es zahlreiche und beeindruckende Ansätze zur **Interes-senvertretung und zur Selbstorganisation** von Senioren. Die Entwicklung scheint jedoch sehr stark abhängig zu sein von entsprechenden Initiativen aus der Bevölkerung oder von professionel-len Leistungsanbietern. Teilweise sind die Vertretungen und Initiativen auf überregionaler Ebene vernetzt, während die Zusammenarbeit auf der Ebene des Kreises weniger entwickelt ist. Dem Behindertenbeirat auf der Ebene des Kreises stehen keine entsprechenden Strukturen auf der Ebene der kreisangehörigen Kommunen gegenüber. Die Selbsthilfe ist nur am Rande in die Pla-nung und Entwicklung von Angeboten eingebunden.

Bereits im Teilhabeplan von 2005 wurden Empfehlungen für Maßnahmen zur **Verbesserung des Gesundheitssystems** insbesondere für Kinder mit Behinderungen formuliert, die in mancher Hin-sicht nichts an Aktualität verloren haben. Die betreffenden Vorschläge beziehen sich insbesondere auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen bei Kin-der, die in Kooperation mit dem Jugendamt zu konzipieren wären. Da der Landkreis nur begrenzt über direkte Einflussmöglichkeiten auf das örtliche Gesundheitssystem verfügt, wäre zu überle-gen, ob nicht in stärkerem Maße als bisher das Gesundheitsamt des Landkreises Aktivitäten zur kommunalen Gesundheitsplanung initiieren könnte. Auf diesem Wege könnten Weiterentwick-lungen auch für die Zielgruppe von Menschen mit Behinderungen erreicht werden können. Zu überlegen wäre zudem, in welchen Gremien im Landkreis Themen der kommunalen Gesundheits-förderungplanung beraten werden können. Dies erscheint gegenwärtig unklar.

Durch die Beratungsführer, die auch online zur Verfügung stehen, wird die Übersicht über die **Beratungsangebote im Kreis Ahrweiler** verbessert. Beratungsangebote stehen -im Gegensatz zum Jahr 2005- nun auch in der Eifelregion zur Verfügung. Das grundlegende Problem der Un-übersichtlichkeit der verschiedenen Beratungsangebote hinsichtlich der Verfügbarkeit und Spezialisierung ist auch für die Beratungslandschaft im Kreis Ahrweiler prägend. Die Beratungs-angebote haben alle einen klaren Fokus auf das Feld, dem sie sich zugehörig fühlen und beraten in Hinsicht auf die feldspezifischen Fragen und Problemlagen. Eine übergreifende Orientierung auf unterschiedliche Dimensionen der Teilhabe ist wenig ausgeprägt.

Der mit dem Teilhabezentrum in Adenau verbundene Ansatz der Zusammenführung möglichst vieler Beratungsangebote unter einem Dach ist vielversprechend. Er müsste sich zum einen mit einer intensiven Kooperation der Beteiligten und zum anderen mit einer gemeinsamen Öffentlich-keit verbinden.

Im Bereich der **Frühförderung** hat sich seit 2005 die Angebotsstruktur wenig verändert. Nach wie vor spielt das HTZ in Neuwied eine zentrale Rolle im Versorgungssystem. Das ausgeprägte medizinisch-therapeutische Profil des Angebots wird durch das Kinderneurologische Zentrum (KNZ) in Bonn und andere pädiatrische Einrichtungen noch verstärkt. Die Lebenshilfe AW konnte auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages mit dem HTZ ihr heilpädagogisches Frühförderangebot stabilisieren und ausbauen. Allerdings sind nicht-therapeutische Angebote wie z.B. Elterngruppenarbeit nur schwer zu finanzieren. Die Empfehlungen zur Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten des Kreises und zur Weiterentwicklung der Frühen Hilfen zu einer interdisziplinären Frühförderung aus dem Plan von 2005 bleiben aktuell.

Im Bereich der **Kindertageseinrichtungen** hat seit 2005 insbesondere der Ausbau der U3-Angebote und die Ausweitung der Betreuungszeiten neue Impulse für die Einrichtungen gegeben. Aufgrund der größeren Altersunterschiede und Unterstützungsbedarfe wurde die Zusammensetzung der Gruppen vielfältiger. Der 2005 empfohlene breite Ausbau inklusiver Kita-Angebote in Verbindung mit der Entwicklung von Unterstützungsdiensten hat ansatzweise verknüpft mit der Kindertagesstättenbedarfsplanung nach § 9 KitaG stattgefunden. Die Wahlmöglichkeiten der Eltern sind eher begrenzt.

Die Entwicklung der **Beschulung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf** des Landkreises Ahrweiler folgt statistisch gesehen dem landesweiten Trend. Demnach konnte die Förderschulbesuchsquote in den vergangenen Jahren um ungefähr ein Fünftel reduziert werden. Eine genauere Analyse der Schülerzahlenentwicklung in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf steht noch aus.

Allerdings ist der angenommene Rückgang der Kinder in Förderschulen nicht über alle Förderschwerpunkte gleich verteilt. Es besteht die Vermutung, dass die positive Inklusionsentwicklung sich hauptsächlich in Bezug auf Kinder mit Lernschwächen vollzogen hat und an den Kindern mit ausgeprägten kognitiven und/ oder motorischen Beeinträchtigungen eher vorbeigegangen ist. Problematisch erscheint insbesondere, dass die Anzahl der Kinder, die zentralisierte Förderschulen in Neuwied und Bad Neuenahr-Ahrweiler mit Schwerpunkt motorische Entwicklung besuchen, stark angestiegen ist. Der Auftrag bzw. Impuls der Landesregierung aus 2013 zur Schaffung von Förder- und Beratungszentren wurde aktuell aufgegriffen.

Im Landkreis Ahrweiler gibt es qualifizierte und zukunftsweisende Ansätze **Familienunterstützender Dienste und Offener Hilfen** für Menschen mit Behinderungen und ihre Familienangehörigen. Dabei gibt es bei den handelnden Akteuren eine ausgeprägte Sensibilität für die Bedeutung niedrigschwelliger und sozialräumlich gegliederter Angebote, die den Bedingungen des Flächenkreises Ahrweiler Rechnung tragen.

Als problematisch kann das Fehlen von **Kurzzeit- und Langzeit-Wohnplätzen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen** im Landkreis Ahrweiler gelten. Eine systematische Einbeziehung von Kindern mit Behinderungen in die Vermittlungs- und Betreuungsarbeit des

Pflegekinderdienstes des Kreisjugendamtes erfolgt derzeit kaum. Zu prüfen, wäre, ob dies im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfeplanung thematisiert werden könnte.

Die Begleitung von **jungen Menschen mit Beeinträchtigungen** ist im Kreis Ahrweiler wie an anderen Stellen auch stark auf den Übergang von der Schule in Ausbildung und Beruf konzentriert, was angesichts der Bedeutung dieser Dimension von Teilhabe auch gut begründet ist. Dennoch erscheint es sinnvoll auch die anderen Dimensionen der Teilhabe und eines selbstbestimmten Lebens stärker in den Blick zu nehmen. Ungeachtet von der Frage der Regelung der Zuständigkeit für die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, ist eine fachliche Perspektive notwendig, die die Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Mittelpunkt stellt und erst dann deren Bewältigung unter den Bedingungen einer Behinderung in den Blick nimmt. Positive Auswirkungen können von der im Mai 2017 geschaffenen Arbeitsgemeinschaft zur Jugendarbeit (§ 11 SGB VIII) nach § 78 SGB VIII erwartet werden, die ihrerseits auf die Ergebnisse einer entsprechenden Arbeitsgemeinschaft zur Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII) zurückgreifen kann. Es erscheint sinnvoll, die Unterstützung von Jugendlichen mit Behinderungen und die Entwicklung einer inklusiven Jugendhilfe und Jugendarbeit als Aufgabe der Jugendhilfeplanung wahrzunehmen, und die entsprechenden Akteure der Behindertenhilfe sowie Betroffene in diesen Planungsrahmen einzubinden.

Im Bereich der **wohnbezogenen Eingliederungshilfe** ist im Vergleich zum Stand im Jahre 2005 ein deutlicher Ausbau und auch eine starke Ausdifferenzierung der Angebote im Raum Sinzig durch die Lebenshilfe und die Caritas zu verzeichnen. Neu und insbesondere für die Entwicklung der Angebote in der Eifelregion bedeutsam sind die Angebote der Barmherzigen Brüder Saffig und die Planungen der Lebenshilfe in Antweiler. Die Verfügbarkeit ambulanter Hilfen zum selbständigen Wohnen liegt im Landkreis Ahrweiler über dem Landesdurchschnitt. Der Anteil ambulanter Unterstützungsarrangements ist mittlerweile höher als der Anteil stationärer Angebote, wobei letzter Hilfeform bei Menschen mit geistiger Behinderung noch dominiert. Die Änderungen des Bundesteilhabegesetzes mit der Orientierung an Fachleistungen und der starken Betonung der Steuerung durch das Gesamtplanverfahren geben für einen weiteren Ausbau individueller und flexibler Hilfen den fachlichen Rahmen.

Die **Angebote für pflegebedürftige Menschen** bilden die Entwicklung eines Pflegemarktes ab, der stark auf die Dienstleistung Pflege konzentriert ist. Im stationären und im ambulanten Bereich dominieren Angebote privater Träger und überregional agierender Akteure. Dies macht die Einbindung in eine kommunale Planung schwierig. Es ist davon auszugehen, dass das gegenwärtige Angebot in diesem Bereich bedarfsbedeckend ist und dem Bedarf angepasst werden kann. Durchaus ausbaufähig erscheinen die Entwicklung von Wohn-Pflege-Gemeinschaften und anderer alternativer Unterstützungsformen.

Hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung sind zwei Faktoren besonders bedeutsam. Bleibt der Anteil derjenigen Pflegebedürftigen, der keine oder nur ergänzende professionellen Hilfen in Anspruch nimmt, weiterhin überdurchschnittlich und wie können solche Pflegearrangements durch

Aktivitäten im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens gefördert werden? Gelingt es eine ausreichende Zahl von Mitarbeiter/innen für die Pflege zu gewinnen und zu qualifizieren?

Der Landkreis Ahrweiler hat nur bedingt Möglichkeiten auf das **Arbeitsmarktgeschehen**, und so die Beschäftigungschancen von Menschen mit Behinderungen, einzuwirken. Er hat eine Vorbildfunktion, was die Beschäftigung in der Verwaltung selbst angeht, und kann andere Arbeitgeber zur Beschäftigung motivieren. Die im Landesaktionsplan vorgestellten Projekte können dabei als Anregung dienen, die Aktivitäten über die Erfüllung der Beschäftigungsquote auszuweiten. Unter den Bedingungen der Arbeitsmarktstrukturen im Landkreis Ahrweiler kommt es insbesondere darauf an, kleinere Arbeitgeber zur Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen zu bewegen. Auch stellt sich die Frage, welche Rahmenbedingungen notwendig sind, weitere Integrationsfachdienste im Kreis Ahrweiler erfolgreich zu entwickeln.

Die Anzahl der in **Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)** Beschäftigten hat sich deutlich über die im Teilhabeplan von 2005 gegebenen Prognosen ausgeweitet, bleibt jedoch relativ unter dem Bundesdurchschnitt. Da die Ausweitung der Plätze trotz rückläufiger Aufnahmen junger Beschäftigter erfolgt, ist jedoch mit einer gewissen Entspannung zu rechnen. Für die Ausweitung der Plätze vor allem in der Eifelregion ist jedoch ein eindeutiger Bedarf gegeben. Die Möglichkeiten der Flexibilisierung der Werkstattbeschäftigung durch das Bundesteilhabegesetz sollten von den beteiligten Akteuren genutzt werden. Es lässt sich feststellen, dass trotz vielfältiger Maßnahmen die Möglichkeiten des Übergangs in eine reguläre Beschäftigung äußerst begrenzt bleiben. Dies zeigt sich auch an der vergleichsweise geringen Anzahl der Personen, die das Budget für Arbeit in Anspruch nehmen.

Menschen mit Beeinträchtigungen sind im **Bereich der Freizeit und der Gestaltung des Tages** starken Benachteiligungen ausgesetzt. Eine inklusive Öffnung von Angeboten für die Allgemeinheit bleibt die Ausnahme. Die spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen von Menschen mit Beeinträchtigungen sind nur selten im Blick bei der Gestaltung von Angeboten. Für bestimmte Gruppen gibt es spezielle Angebote im Freizeitbereich und zur Gestaltung des Tages. Diese folgen noch sehr stark der versäulten Logik des Unterstützungssystems für unterschiedliche Gruppen behinderter Menschen und Pflegebedürftige. Es ist schwer einzuschätzen, ob Angebote, die zielgruppenübergreifend angeboten werden, auf Akzeptanz stoßen. Chancen der Verbesserung von Teilhabemöglichkeiten verbinden sich mit Ansätzen der Quartier- und Dorfentwicklung. Durch eine inklusive Entwicklung können Gelegenheiten der Gestaltung des Tages im unmittelbaren Wohnumfeld durch Orte der Begegnung und niedrighschwellige Kontaktstellen entstehen. Durch den deutlichen Ausbau von Leistungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen konnte das grundsätzliche Problem des Verrichtungsbezugs der Pflegeleistungen nach SGB XI nur ansatzweise überwunden werden. Der neue Katalog zu **Leistungen der Altenhilfe** in §71 SGB XII beschreibt wichtige komplementäre Aufgaben für eine kommunale Pflege und Altenhilfepolitik, die vom Vorrang der Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen in ihrer eigenen Wohnung ausgeht. Die im Planungsprozess vorgenommenen Untersuchungen zeigen, dass es im Landkreis Ahrweiler zahlreiche Beispiele dafür gibt, wie geeignete Maßnahmen für

Unterstützung und Teilhabe für ältere Menschen aussehen können. Allerdings bestehen Entwicklungsbedarfe hinsichtlich der systematischen kleinräumigen Bestandsaufnahme und ggfs. Initiierung fehlender Angebote.

Der Personenkreis der älteren und alten Menschen mit wesentlichen Behinderungen im Sinne des bisherigen SGB XII wird bisher eher nicht als Zielgruppe der kommunalen Altenhilfe bzw. entsprechender Angebote und Maßnahmen, auch privater und freigemeinnütziger Organisationen, wahrgenommen.

### **Ausblick auf Aufgaben im weiteren Planungsprozess**

In der Planungsphase von November 2017 bis September 2018 soll ein Konzept für eine regionalisierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung im Landkreis Ahrweiler entwickelt werden. Damit sollen effektiver als bisher die sozialgeografischen und demografischen Bedingungen des Landkreises berücksichtigt und inklusionsorientierte fachliche Herausforderungen verwirklicht werden. In den planungsrelevanten Bereichen stellen sich aufgrund der unterschiedlichen Infrastruktur und vorhandener Angebote sowie vor allem durch den zu erwartenden demografischen Wandels in den kreisangehörigen Kommunen die Ausgangsbedingungen unterschiedlich dar. So haben etwa Beratungsstellen, Einrichtungen und Dienste in städtischen Regionen des Landkreises oft anders gelagerte Anforderungen zu bewältigen als solche im ländlichen Raum, wo beispielsweise Mobilitätsprobleme und eingeschränkte wohnortnahe Verfügbarkeit von Angeboten eher bedeutsam sind.

Bisher sind die professionellen Hilfesysteme nur ansatzweise sensibel für diese Unterschiede. Das Selbstverständnis der Pflegeeinrichtungen entspricht überwiegend dem von spezialisierten Dienstleistern für pflegebedürftige ältere Menschen. Die Bedarfe jüngerer Pflegebedürftiger, sowie die von Menschen mit Bedarf an Eingliederungshilfe und Pflege werden kaum in den Blick genommen. In ähnlicher Weise gilt eine solche ‚sektoralisierte‘ Sichtweise auch für Akteure der Behindertenhilfe und Psychiatrie.

In dem zu erarbeitenden Konzept soll versucht werden, durch verbesserte Koordination, Kooperation und Entspezialisierung zu einer stärkeren Orientierung der Angebote für behinderte und pflegebedürftige Menschen auf individuelle Bedarfslagen und sozialräumlich ausgerichtete Hilfen zu kommen. Dafür soll an vorhandene Strukturen in den vier bereits etablierten Planungsräumen des Landkreises angeknüpft und diese weiterentwickelt werden. Die Planungsräume sind a) Bad Neuenahr-Ahrweiler/Grafschaft, b) Sinzig/Remagen, c) Bad Breisig/Brohlthal und d) Adenau/Altenahr.

Die Überlegungen in den vier Kreisregionen sollen aufeinander abgestimmt werden, um ein Modell zu entwickeln, das einerseits den jeweiligen regionalen Besonderheiten Rechnung trägt und andererseits wirksame Möglichkeiten für eine - auch unter Beachtung personeller/sachlicher Ressourcen- kreisweite Steuerung insbesondere der Angebotsentwicklung bietet.

In jedem der vier Planungsräume soll eine Arbeitsgruppe gebildet werden, bestehend den Vertreter/innen der jeweiligen Gebietskörperschaften, Vertreter/innen der Pflegestützpunkte, weiterer vor Ort tätigen Dienste und Einrichtungen, der Jugendhilfe, der Schulen und der Selbsthilfe. Den Arbeitsgruppen wird die Aufgabe übertragen, ein örtlich angepasstes Konzept für eine bereichsübergreifende lokale Planungsstruktur zu entwickeln,

## Literatur

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016): Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatoren-gestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld. Online verfügbar unter <https://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/bildungsbericht-2016>.
- Bieräugel, Roland; Demireva, Lora; Larsen, Christa; Lauxen, Oliver; Metzenrath, Anke; Papke, Jan (2012): Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen. Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt 'Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen' im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Mainz. Online verfügbar unter [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit\\_und\\_Pflege/GP\\_Dokumente/Berichte\\_aus\\_der\\_Pflege\\_18.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_18.pdf), zuletzt geprüft am 02.10.2017.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2017): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt - Situation von schwerbehinderten Menschen. Online verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Personengruppen/generische-Publikationen/Brosch-Die-Arbeitsmarktsituation-schwerbehinderter-Menschen-2016.pdf>, zuletzt geprüft am 29.09.2017.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (Hg.) (2016): Integrationsfachdienste (IFD). Entwicklung 2011 bis 2015. Online verfügbar unter [https://www.integrationsaemter.de/files/11/IFD\\_Jahresbericht.pdf](https://www.integrationsaemter.de/files/11/IFD_Jahresbericht.pdf), zuletzt geprüft am 01.10.2017.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (Hg.) (2017): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2015. Online verfügbar unter [http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/images/berichte/2017-02-02\\_BAG%C3%BCS\\_Bericht\\_2015\\_final.pdf](http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/images/berichte/2017-02-02_BAG%C3%BCS_Bericht_2015_final.pdf), zuletzt geprüft am 19.09.2017.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Online verfügbar unter <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a740-aktionsplan-bundesregierung.html>, zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg.) (2017): Berufsbildungsbericht 2017. Online verfügbar unter [https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht\\_2017.pdf](https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht_2017.pdf), zuletzt geprüft am 03.10.2017.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Altersbilder in der Gesellschaft, Online verfügbar unter: [http://www.bptk.de/uploads/media/20101124\\_sechster-altenbericht.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20101124_sechster-altenbericht.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016a): Zweiter Bericht über die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements in der Bundesrepublik Deutschland. Schwerpunktthema: „Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung“. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/115658/ca3a68dcaa19a6d811d27f5befbecf51/zweiter-engagementbericht---bundestagsdrucksache-data.pdf>, zuletzt geprüft am 17.09.2017.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016b): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. BT DS 18/10210. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx\\_naw-securedl&u=0&g=0&t=1480075365&hash=5f7c056c13b049e73beaa5bc9fda286228d8aa0c&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der\\_Siebte\\_Altenbericht.pdf](https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_naw-securedl&u=0&g=0&t=1480075365&hash=5f7c056c13b049e73beaa5bc9fda286228d8aa0c&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf), zuletzt geprüft am 24.11.2016.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2017): 15. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BT-Drucksache 18/11050. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/115438/d7ed644e1b7fac4f9266191459903c62/15-kinder-und-jugendbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>, zuletzt geprüft am 03.10.2017.
- Castello, Melanie; Dalichau, Dirk; Lauxen, Oliver, Schäfer, Lisa (2017): Gutachten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Mainz. Online verfügbar unter [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit\\_und\\_Pflege/GP\\_Dokumente/BadP31\\_Gutachten\\_Prognose\\_2017.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/BadP31_Gutachten_Prognose_2017.pdf), zuletzt geprüft am 02.10.2017.
- Diehl, Harald (2017): Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in Rheinland-Pfalz, in In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), 97.Jg. Heft 8, S. 347 - 351
- Engels, Dietrich; Engel, Heike; Schmitz, Alina (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Online verfügbar unter [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7), zuletzt geprüft am 21.03.2017.
- Fazekas, Réka; Kroworsch, Susann (2017): Risiko 18 - Junge Volljährige an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Betreuungsrecht. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins 57 (4), S. 151–154.
- Hackmann, Tobias; Klein, Ronny; Schneidenbach, Tina; Anders, Markus; Vollmer, Janko: Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich. Hg. v. Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_FCG\\_Pflegeinfrastruktur.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Pflegeinfrastruktur.pdf), zuletzt geprüft am 02.10.2017.
- Hirschberg, Marianne (2010): Partizipation - ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenkonvention. Hg. v. Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx\\_commerce/Positionen\\_nr\\_3\\_Partizipation\\_ein\\_Querschnittsanliegen\\_der\\_UN\\_Behindertenrechtskonvention.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Positionen_nr_3_Partizipation_ein_Querschnittsanliegen_der_UN_Behindertenrechtskonvention.pdf), zuletzt geprüft am 16.09.2017.
- Huber, Ellis (2008): Gesundheitsförderung und kommunale Gesundheitspolitik. Online verfügbar unter: [http://www.praeventologe.de/images/stories/Aktuelles/kommunale\\_gesundpolitik\\_kurz.pdf](http://www.praeventologe.de/images/stories/Aktuelles/kommunale_gesundpolitik_kurz.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2017.

- Huppert, Christian (2015): Inklusion und Teilhabe. Herausforderung zur Weiterentwicklung der Offenen Hilfen für behinderte Menschen. Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Kaas, Susanne (2002): Persönliche Budgets für behinderte Menschen. Evaluation des Modellprojekts "Selbst bestimmen - Hilfe nach Maß für behinderte Menschen", Baden-Baden, Nomos-Verlag.
- Karl, Ute; Kolland, Franz (2010): Freizeitorientierte Soziale Arbeit mit älteren und alten Menschen. In: Kirsten Aner und Ute Karl (Hg.): Handbuch soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., S. 77–86.
- Landesregierung Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017): Barrierefrei Bauen. Leitfaden für die Planung. Online verfügbar unter [https://inklusion.rlp.de/fileadmin/inklusion/Inklusion\\_Dokumente/Planungsleitfaden\\_Barrierefrei\\_Bauen\\_2017.pdf](https://inklusion.rlp.de/fileadmin/inklusion/Inklusion_Dokumente/Planungsleitfaden_Barrierefrei_Bauen_2017.pdf), zuletzt geprüft am 16.09.2017.
- Landkreis Ahrweiler (Hg.) (2003): Konzeption – „Selbstbestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen im Landkreis Ahrweiler“, Bad Neuenahr-Ahrweiler.
- Landkreis Ahrweiler (Hg.) (2005): Teilhabeplan für den Landkreis Ahrweiler. Zielgerichtete und bedarfsorientierte Hilfen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen - Analysen, Einschätzung und Empfehlungen der Planungsgruppen. Online verfügbar unter <http://www.kreis.aw-online.de/dateien/teilhabeplan.pdf>, zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Landkreis Ahrweiler (Hg.) (2016): Nahverkehrsplan Landkreis Ahrweiler 2016. Unter Mitarbeit von IG Dreieich Bahn GmbH (Alex Müller Max Klöppinger). Online verfügbar unter <https://www.kreis-ahrweiler.de/pdf/nahverkehrsplan.pdf>, zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur Rheinland-Pfalz (MBWWK RLP) (Hg.) (2013): Landeskonzept zur schulischen Inklusion. Online verfügbar unter: [https://bm.rlp.de/fileadmin/mbwwk/1\\_Bildung/Inklusion/Landeskonzept\\_Inklusion.pdf](https://bm.rlp.de/fileadmin/mbwwk/1_Bildung/Inklusion/Landeskonzept_Inklusion.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD RLP) (Hg.) (2015a): Landesaktionsplan Rheinland-Pfalz. Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Online verfügbar unter [https://inklusion.rlp.de/fileadmin/msagd/Inklusion/Inklusion\\_Dokumente/LANDESAKTIONSPLAN\\_RLP\\_2015\\_HS.pdf](https://inklusion.rlp.de/fileadmin/msagd/Inklusion/Inklusion_Dokumente/LANDESAKTIONSPLAN_RLP_2015_HS.pdf), zuletzt geprüft am 18.09.2017.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD RLP) (Hg.) (2015b): Sechster Bericht zur Lage von Menschen mit Behinderungen und über die Umsetzung des Landesgesetzes zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen in Rheinland-Pfalz gemäß § 13 des Landesgesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (LGGBehM). Drucksache 16/6022. Online verfügbar unter <http://www.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/6022-16.pdf>, zuletzt geprüft am 26.09.2017.
- Niklas-Faust, Jeanne (2013): Besonderheiten der medizinischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Online verfügbar unter: <https://www.lebenshilfe.de/de/thend/Therapeut/inn/enmen-recht/artikel/artikel-ohne-navigation/Problem-medizinische-Versorgung.php>, zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Planungsgemeinschaft Mittelrhein-Westerwald (Hg.) (2006): Regionaler Raumordnungsplan Mittelrhein-Westerwald. Online verfügbar unter [http://www.mittelrhein-westerwald.de/upload/Reg.\\_ROP\\_Mittelrh-WW\\_opt\\_891.pdf](http://www.mittelrhein-westerwald.de/upload/Reg._ROP_Mittelrh-WW_opt_891.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2017.

- Rohrmann, Albrecht; Weinbach, Hanna (2017): Unterstützungsleistungen für Jugendliche mit Behinderungen und ihre Familien. Auswirkungen der Verfahren und Leistungen auf ihre Teilhabechancen. Expertise für den 15. Kinder- und Jugendbericht 'Zwischen Freiräumen, Familie, Ganztagschule und virtuellen Welten - Persönlichkeitsentwicklung und Bildungsanspruch im Jugendalter'. München. Online verfügbar unter [http://www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/bibs2017/15\\_KJB\\_RohrmannWeinbach\\_neu.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2017/15_KJB_RohrmannWeinbach_neu.pdf), zuletzt geprüft am 03.10.2017.
- Schädler, Johannes; Rohrmann, Albrecht; Oliva, Hans, Jaschke, Heinz (2016): Chancen personenzentrierter Hilfen durch kommunale Steuerung. Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und Pflege in Rheinland-Pfalz. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., 96.Jg. Heft 5/2016, S.223 - 229
- Schu, Martina; Krivel, Martina; Oliva, Hans (2014): Tagesgestaltung und Tagesstruktur für ältere Menschen mit Behinderungen. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MASGD). Hg. v. Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS). Köln. Online verfügbar unter [https://inklusion.rlp.de/fileadmin/inklusion/Inklusion\\_Dokumente/Abschlussbericht\\_Tagesstruktur.pdf](https://inklusion.rlp.de/fileadmin/inklusion/Inklusion_Dokumente/Abschlussbericht_Tagesstruktur.pdf), zuletzt geprüft am 16.09.2017.
- Seckinger, Mike; Pluto, Liane; Peucker, Christian; van Santen, Eric (2016): Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit. Eine empirische Bestandsaufnahme. Weinheim: Beltz Juventa.
- SPD/FDP/BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Hg.) (2016): Koalitionsvertrag. Rheinland-Pfalz 2016-2021. Online verfügbar unter [https://www.rlp.de/fileadmin/rlp-stk/pdf-Dateien/Koalitionsvertrag\\_RLP.pdf](https://www.rlp.de/fileadmin/rlp-stk/pdf-Dateien/Koalitionsvertrag_RLP.pdf), zuletzt geprüft am 16.09.2017.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2015): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020137004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020137004.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse, zuletzt aktualisiert am [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hg.) (2015): Rheinland-Pfalz 2035. Vierte kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung für die verbandsfreien Gemeinden und Verbandsgemeinden (Basisjahr 2013). Ergebnisse für den Landkreis Ahrweiler. Online verfügbar unter [https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat\\_analysen/RP\\_2060/kreis/131-VG.pdf](https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/stat_analysen/RP_2060/kreis/131-VG.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hg.) (2016a): Schwerbehinderte Menschen am 31. Dezember 2015. Online verfügbar unter [https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/K/3013/K3013\\_201501\\_2j\\_K.pdf](https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/K/3013/K3013_201501_2j_K.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hg.) (2016b): Kinder- und Jugendhilfe - Teil III.2. Sonstige Einrichtungen in der Kinder- und Jugendhilfe (ohne Tageseinrichtungen für Kinder) am 31. Dezember 2014. Mainz: Statistisches Landesamt.

- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hg.) (2016c): Sozialhilfe 2015. Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII. Online verfügbar unter [https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/K/1033/K1033\\_201500\\_1j\\_K.pdf](https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/K/1033/K1033_201500_1j_K.pdf), zuletzt geprüft am 19.09.2017.
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017a): Kommunaldatenprofil Landkreis Ahrweiler, Stand 3/2017. Online verfügbar unter [https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/kreisdatenprofil/ergebnisse/Kreise/20170410\\_KRS131\\_Ahrweiler.pdf](https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/kreisdatenprofil/ergebnisse/Kreise/20170410_KRS131_Ahrweiler.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017b): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger/-innen am 15. bzw. 31. Dezember 2015. Ergebnisse der Pflegestatistik. Online verfügbar unter [https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/K/2013/K2013\\_201501\\_2j\\_K.pdf](https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/K/2013/K2013_201501_2j_K.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2017.
- Vereinte Nationen (2015): Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands. Nicht amtliche Übersetzung durch die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention. Hg. v. Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/UN-Dokumente/CRPD\\_Abschliessende\\_Bemerkungen\\_ueber\\_den\\_ersten\\_Staatenbericht\\_Deutschlands.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/UN-Dokumente/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands.pdf), zuletzt geprüft am 20.08.2017.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zentrale Orte für den Landkreis Ahrweiler.....	20
Abbildung 2: Empfänger von Pflegeleistungen pro 1.000 Einwohner je Kommune.....	25
Abbildung 3: Pflegegeldempfänger/innen pro 1.000 Einwohner/innen je Kommune.....	26
Abbildung 4: Inanspruchnahme von Pflegediensten pro 1.000 Einwohner/innen je Kommune ..	27
Abbildung 5: Häuslichkeitsquote in Prozent der Pflegebedürftigen je Kommune .....	28
Abbildung 6: Inanspruchnahme von stationären Pflegeeinrichtungen pro 1.000 Einwohner/innen je Kommune .....	29
Abbildung 7: Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufe je Kommune .....	31
Abbildung 8: Menschen mit gültigem Schwerbehindertenausweis im Landkreis Ahrweiler zum 31.12.2016.....	32
Abbildung 9: Menschen mit einer Gehbehinderung im Kreis Ahrweiler .....	33
Abbildung 10: Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung im Kreis Ahrweiler .....	34
Abbildung 11: Menschen im Kreis Ahrweiler, die ‚hilflos‘ sind.....	34
Abbildung 12: Menschen im Kreis Ahrweiler, die auf ständige Begleitung angewiesen sind .....	35
Abbildung 13: Menschen im Kreis Ahrweiler, die ‚blind‘ sind.....	35
Abbildung 14: Menschen im Kreis Ahrweiler, die ‚gehörlos‘ sind .....	36
Abbildung 15: Stationäre Wohneinrichtungen für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen in den Kommunen des Landkreises.....	107
Abbildung 16: Stationäre Pflegeeinrichtungen in den Kommunen des Landkreises Ahrweiler.	108
Abbildung 17: Verteilung der ambulanten Pflegedienste im Kreis Ahrweiler .....	111
Abbildung 18: Wohn-Pflege-Gemeinschaften im Landkreis Ahrweiler.....	115
Abbildung 19: Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bundesweit .....	116
Abbildung 20: Lage der Einrichtungen der Tagespflege im Kreis Ahrweiler .....	132

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklauf der Online Befragung von Diensten und Einrichtungen .....	11
Tabelle 2: Einschätzung zur Realisierung der Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention im Kreis Ahrweiler .....	13
Tabelle 3: Einschätzung zur Realisierung der Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention in der eigenen Einrichtung.....	14
Tabelle 4: Einschätzung zum Prozess der Teilhabeplanung 2003 bis 2005 .....	15
Tabelle 5: Bevölkerung in den kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Ahrweiler (31.12.2015).....	19
Tabelle 6: Beschäftigung und Arbeitslosigkeit in den kreisangehörigen Kommunen im Landkreis Ahrweiler (30.06.2016) .....	21
Tabelle 7: Empfänger/-innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Wohnort im Landkreis Ahrweiler (12/2015).....	22
Tabelle 8: Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Ahrweiler zwischen 2000 und 2035 .....	23
Tabelle 9: Zusammensetzung der Bevölkerung 2013 und 2035 .....	23
Tabelle 10: Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufen.....	30

Tabelle 11: Niedergelassene (Zahn-) Mediziner sowie Apotheken im Planungsraum Adenau/Altenahr und im Landkreis Ahrweiler .....	56
Tabelle 12: Niedergelassene (Zahn-) Mediziner sowie Apotheken im Planungsraum Bad Breisig/Brohltal und im Landkreis Ahrweiler .....	57
Tabelle 13: Niedergelassene (Zahn-) Mediziner sowie Apotheken im Planungsraum Bad Neuenahr-Ahrweiler/Grafschaft und im Landkreis Ahrweiler .....	58
Tabelle 14: Niedergelassene (Zahn-) Mediziner sowie Apotheken im Planungsraum Remagen/Sinzig und im Landkreis Ahrweiler .....	59
Tabelle 15: Betreuung von Kindern mit Behinderungen im Vorschulbereich.....	85
Tabelle 16: Entwicklung der Schülerzahlen in Schulen des Landkreises Ahrweiler.....	90
Tabelle 17: Empfänger/innen von wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe im Kreis Ahrweiler .....	104
Tabelle 18: Empfänger/innen von Leistungen der Pflege im Kreis Ahrweiler.....	105
Tabelle 19: Mittlere Entfernung von den Ortsmittelpunkten zu den beiden nächstgelegenen stationären Pflegeeinrichtungen.....	111
Tabelle 20: Übersicht über die Pflegedienste mit Sitz im Kreis Ahrweiler .....	112
Tabelle 21: Mittlere Entfernung von den Ortsmittelpunkten zu den beiden nächstgelegenen ambulanten Pflegediensten .....	114
Tabelle 22: Liste der Einrichtungen der Tagespflege im Kreis Ahrweiler .....	132