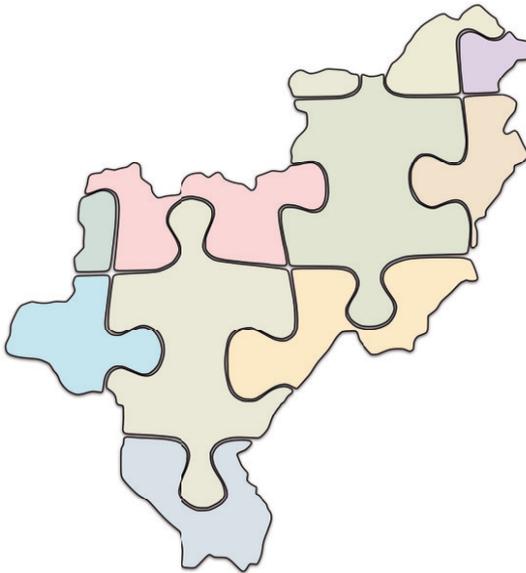




Johannes Schädler, Martin F. Reichstein (Hrsg.)

## **Sektoralisierung als Planungsherausforderung im inklusiven Gemeinwesen**



Johannes Schädler, Martin F. Reichstein (Hrsg.)

**Sektoralisierung als Planungsherausforderung  
im inklusiven Gemeinwesen**

*Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (Hrsg.)*

ZPE-Schriftenreihe 51

Johannes Schädler, Martin F. Reichstein (Hrsg.)

**Sektoralisierung als Planungsherausforderung  
im inklusiven Gemeinwesen**

**universi**  
UNIVERSITÄTSVERLAG SIEGEN  
**Siegen 2018**

An der Erstellung des Bandes haben Heike Becker, Janna Litzenberger und Tanja Serapinas mitgewirkt.

## Impressum

### Herausgeber

Prof. Dr. Johannes Schädler, Martin F. Reichstein, M.A.  
Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste / ZPE

### Redaktionsadresse:

ZPE – Universität Siegen  
Hölderlinstraße 3, 57076 Siegen  
Telefon +49 271 740-2706  
Telefax +49 271 740-2228  
E-Mail: [sekretariat@zpe.uni-siegen.de](mailto:sekretariat@zpe.uni-siegen.de)

### Rechte:

beim Herausgeber

### Satz und Titelgrafik:

S. Hofschlaeger / [pixelio.de](http://pixelio.de) (Puzzlestruktur)  
ZPE — Martin F. Reichstein, M.A.

### Umschlag

*universi* – Markus Bauer, M.A.

### Druck und Bindung:

UniPrint, Universität Siegen

Siegen 2018: *universi* – Universitätsverlag Siegen  
[www.uni-siegen.de/universi](http://www.uni-siegen.de/universi)

**ISBN 978-3-934963-50-4**

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Johannes Schädler und Martin F. Reichstein Probleme feldübergreifender Planung Sozialer Dienste – Eine Einführung	9
Sabine Schäper Planungskulturen und -traditionen – Potentiale und Hindernisse auf dem Weg zu einer inklusiven Sozialplanung	27
Uwe Hellwig Herausforderungen integrierter kommunaler Sozialplanung	41
Martin F. Reichstein, Janna Litzenberger und Tanja Serapinas (Mehr als) die Summe der Teile. Netzwerktheoretische Überlegungen im Kontext feldübergreifender Kooperation im kommunalen Raum	53
Wolfgang Kopyczinski Fünf Perspektiven zur Überwindung negativer Folgen der Sektoralisierung des sozialen Feldes	69
Peter Wüllner Inklusive Psychiatrie - Psychiatrie inklusive? Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Siegen-Wittgenstein im Spannungsfeld zwischen Behindertenhilfe und Psychiatrie	87

Christian Dohmen und Paul Oswald Zum Aufbau einer integrierten Pflege- und Teilhabeplanung aus der Sicht eines Leistungsanbieters	107
Carolin Herrmann Planung und Fallbearbeitung: Zentrale Elemente einer kommunalen Teilhabepolitik	125
Lena Bertelmann und Eva Konieczny Sozialraumerkundung als partizipative und sektorübergreifende Datenerhebungsmethode!?	133
Luzie Gilde Vertrauen in Teilhabeplanungsprozessen	147
Wolfgang Wiederer Potentiale informeller Ressourcen im Gemeinwesen identifizieren - Eine Veränderungschance für das System der Behindertenhilfe	165
Miriam Düber Quelle: Hoffnung! Das Recovery-Konzept und seine Bedeutung für eine gemeindenah psychiatrische Versorgung	185
Antje Fischle Kooperation in fallbezogenen Netzwerken. Bildungsteilhabe von Schüler*innen im autistischen Spektrum durch schulische Assistenz	211
Über die Autor*innen	235

## Vorwort

Von 2016 bis 2018 führte das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen das Forschungsprojekt „Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie“ (KoKoP) durch. Das Projekt wurde im Programm „Vorbeugende Sozialpolitik“ des Forschungsinstituts für Gesellschaftliche Weiterentwicklung e. V. Nordrhein-Westfalen (FGW-NRW) finanziell gefördert. Ziel des Projektes war es, anhand empirischer Untersuchungen Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob und ggf. welche Möglichkeiten für Kommunen bestehen, die Wirksamkeit von Teilhabeleistungen in den Hilfesystemen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie durch verbesserte Planung und Koordination zu erhöhen. Zudem wurde danach gefragt, wie professionelle Hilfen mit informellen Ressourcen von Ratsuchenden und Klient\*innen im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens im Alltag produktiv verknüpft werden können. Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurden quantitative und qualitative Untersuchungen im Kreis Siegen-Wittgenstein als einem vergleichsweise typischen nordrhein-westfälischen Flächenkreis durchgeführt, die teilweise durch eine explorativ angelegte Studie in Köln als Beispiel für einen urbanen Raum kontrastiert wurden.

Im Rahmen des Projekts kamen Wissenschaftler\*innen und Praxisvertreter\*innen aus den Bereichen Sozialplanung und Sozialpolitik, der Pflege, Behindertenhilfe und Psychiatrie am 14. November 2017 an der Universität Siegen zu einem dialogorientierten Fachworkshop zusammen, um zentrale Fragestellungen und Zwischenergebnisse des Forschungsprojekts zu diskutieren. In der vorliegenden Publikation werden im Wesentlichen Beiträge und Diskussionsergebnisse der Tagung dokumentiert. Ergänzend finden sich weitere themenrelevante Beiträge, die im Rahmen des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) in letzter Zeit entstanden sind.

An dieser Stelle möchten wir bereits auf den Abschlussbericht zum Projekt hinweisen, der demnächst im Rahmen der FGW-Publikationsreihe veröffentlicht werden wird. Wir möchten allen Autorinnen und Autoren ganz herzlich dafür danken, dass sie bereitwillig ihre Texte zur Veröffentlichung in diesem Rahmen zur Verfügung gestellt haben.

Siegen, im Dezember 2018

Johannes Schädler, Martin F. Reichstein

## Probleme feldübergreifender Planung Sozialer Dienste – Eine Einführung

### 1 Vorbemerkungen

Das Projekt „Koordinationspotentiale kommunaler Teilhabepolitik“ (KoKoP) versteht sich als anwendungsbezogene Forschung, die zur Modernisierung örtlicher Angebotsstrukturen der „Pflege“, „Behindertenhilfe“ und „Sozialpsychiatrie“ beitragen will. Modernisierung kann dabei verstanden werden als ein Prozess zur Überwindung von Spannungen, die sich aus Diskrepanzen zwischen verfügbarem Wissen über wirksame Technologien und gegebenen Handlungspraktiken ergeben. Für den hier gegebenen Zusammenhang bedeutet dies, dass moderne Unterstützungskonzepte mit vielen neuen Chancen für Menschen mit Behinderungen, psychischer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit verfügbar sind, aber das vorhandene Hilfesystem diese offensichtlich nicht oder nur teilweise umsetzen kann (vgl. Schädler 2018, S. 151).

Das KoKoP-Projekt will jedoch auch einen Beitrag zur Theoriebildung im Bereich der Implementationsforschung im Kontext Sozialer Dienste leisten. Es wird generell davon ausgegangen, dass die Umsetzung (sozial-)politischer Programme oder gesetzlicher Reformen nicht als „Vollzug“ verstanden werden kann, sondern als i.d.R. ‚politischer‘ Innovationsprozess in „crowded fields“, d.h. bereits länger bestehenden, hochstrukturierten, durch Interessengeflechte geprägten Akteurskonstellationen. Zu diesem Zweck wird vorgeschlagen, insbesondere neuere Ansätze öffentlicher Planung heranzuziehen und für örtliche Implementationsprozesse nutzbar zu machen. Die theoretische Fundierung insbesondere leistungsbereichsübergreifender sozialplanerischer Konzepte steckt noch in den Kinderschuhen. Dies ist ein durchaus komplexes Unterfangen, da mehrere Leistungsbereiche verstanden werden müssen, aber bereits das Verständnis der örtlichen

Ausprägung eines Bereichs sich bei genauerer Betrachtung als höchst anspruchsvoll erweist.

Hier setzen die Forschungsaktivitäten des KoKoP-Projektes an, in dem sie nach den Voraussetzungen und Bedingungen gelingender kommunaler Koordination im Reformprozess bezogen auf die ausgewählten Bereiche fragen. Dazu wird versucht, u.a. neo-institutionalistische Annahmen über die Bedeutung „organisationaler Felder“ für Veränderungsprozesse nutzbar zu machen und weiterzuentwickeln. Demzufolge können örtliche Ausprägungen der Behindertenhilfe, (Sozial-)Psychiatrie und Pflege jeweils als „organisationale Felder“ (DiMaggio & Powell 1991, S. 64; Schädl er 2003, S. 27 ff.) verstanden werden, die aus verschiedenen Diensten, Einrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisa tionen, Sozialverwaltungen etc. bestehen und meist schon über lange Jahre gemeinsam agieren.

Die Akteure in einer Region haben so gesehen im Laufe ihrer Ge schichte für ihr Feld bestimmte Vorstellungen der Zugehörigkeit, Machtstrukturen, Kooperationsroutinen, Kommunikationsfor men und fachliche Annahmen über professionelles Handeln aus gebildet. Dieser Referenzrahmen beinhaltet bestimmte Handlungserwartungen an einzelne Organisationen, welche diese an ihre Mitarbeiter/inne/n weitergeben und deren Einhaltung in Form von Routinen erwarten. Diese Handlungserwartungen be ziehen sich auch auf die Kooperationsstrukturen im jeweiligen Feld und mit Organisationen anderer Felder. Vor diesem Hinter grund ist es eine leitende These im KoKoP-Projekt, dass die drei in Rede stehenden organisationalen Felder Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in einer konkreten Kommunalen Gebiets körperchaft anhand von vier Kriterien empirisch voneinander abgegrenzt werden können: leistungsrechtliche Grundlagen der Angebote (1), deren Zielgruppen (2), das Qualifikationsprofil be schäftigter Berufsgruppen (3) und praktizierte Routinen (4), die auf für selbstverständlich gehaltenen Annahmen beruhen, wel che im Feld organisationsübergreifend geteilt werden.

Im Folgenden sollen zunächst Grundannahmen des KoKoP-Pro jekts skizziert werden, die sich auf die ausgewählten Felder der

„Pflege“, „Behindertenhilfe“ und „Sozialpsychiatrie“ beziehen. Anschließend werden ausgewählte Fragestellungen vorgestellt, die im Rahmen des hier dokumentierten Expert\*innen-Workshops diskutiert wurden. Damit verbunden ist ein kurzer Überblick über die weiteren Beiträge dieser Publikation. Der Zusammenstellung liegt die Bemühung zugrunde, die programmatische Leitformel der "vorbeugenden Sozialpolitik" des FGW NRW inhaltlich weiter zu präzisieren.

## 2 Grundannahmen des KoKoP-Projektes

Im Folgenden werden einige zentrale Grundannahmen des KoKoP-Projekts vorgestellt, an den sich die Forschungsarbeiten orientieren.

- **Sektoralisierung und Koordinationsbedarf**  
Das Leistungsgeschehen in den drei für das KoKoP-Projekt relevanten Felder der „Pflege“, „Behindertenhilfe“ und „Sozialpsychiatrie“ ist durch problematische Sektoralisierungen gekennzeichnet. Dies gilt für die Akteursstrukturen, für die leistungsrechtlichen Grundlagen, für die Annahmen über den Organisationszweck, für Arbeitsroutinen und Qualifikationsprofile, aber auch für Gremienstrukturen und Planungsroutinen. Eine für inklusionsorientierte Konzepte erforderliche Kooperation zwischen den Feldern ist nur schwach ausgebildet. Kenntnisse über sozialräumliche Strukturen sind unterschiedlich ausgeprägt und werden in unterschiedlichem Maße genutzt. Dies wird für ratsuchende bzw. leistungsberechtigte Personen v. a. dann zum Problem, wenn sich ihre individuellen Anfragen nicht ohne Weiteres eindeutig einem der Felder zuordnen lassen. Das kann dazu führen, dass Hilfen nicht geleistet werden, es zu vorschneller Klientifizierung kommt oder unpassende Hilfeformen zum Zuge kommen. Neben fachlichen Problemen wird die Entstehung von Parallelstrukturen begünstigt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer übergreifenden örtlichen Koordination und Steuerung des Leistungsgeschehens in den genannten Bereichen.

- Leistungsrechtliche Verschränkung und Mehr-Ebenen-Koordination

Die drei für das KoKoP-Projekt relevanten Felder der „Pflege“, „Behindertenhilfe“ und „Sozialpsychiatrie“ sind jeweils durch anhaltende Reformbestrebungen und aktuelle gesetzliche Änderungen gekennzeichnet, die die handelnden Akteure im kommunalen Raum vor Herausforderungen stellen und z. T. auch erhebliche Handlungsunsicherheiten bewirken. Die Felder verfügen über spezifische leistungsrechtliche Rahmen, welche Rechtsansprüche für Leistungsberechtigte regeln, Zuständigkeiten der örtlichen und überörtlichen Sozialverwaltungsebene festlegen und über vertragliche Regelungen die Aufgaben der Anbieter im Leistungsgeschehen formulieren. Gleichzeitig sind die leistungsrechtlichen Grundlagen derzeit und künftig noch mehr zwischen den Sektoren in hohem Maße verschränkt. Im Feld der Eingliederungshilfe liegt in Hinblick auf die überörtliche Zuständigkeit eine besondere Herausforderung in der Kooperation zwischen kommunaler Ebene und Landschaftsverband. Allerdings kommt in der Sozialpsychiatrie der Verknüpfung zwischen psychiatrischen Behandlungsleistungen nach SGB V und Leistungen der Eingliederungshilfe eine besondere Bedeutung zu, wobei durch die BTHG-Reform und die Pflegestärkungsgesetze zukünftig auch Pflegeleistungen für die psychiatrische Versorgung eine größere Rolle spielen werden.

- Planungstraditionen und Planwerke

Auf kommunaler Ebene, v. a. auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, bestehen in allen drei Feldern unterschiedlich ausgeprägte Planungstraditionen, Planungslogiken, Planungsstrukturen und Planwerke. Diese spiegeln auch unterschiedliche gesetzliche Vorgaben zur kommunalen Planungsverantwortung wider. Die unterschiedlichen Planungslogiken beinhalten traditionell Formen der ‚vertikalen‘ Planung des überörtlichen Sozialhilfeträgers, die sich im Bereich der Behindertenhilfe einrichtungs- und trägergebunden auswirken. Andererseits ist z.B. in der Schaffung von Beratungs- und Informationsstruk-

turen eine ‚horizontale‘ Planungslogik zu erkennen, mit der Kommunen in den Bereichen der Pflege und Sozialpsychiatrie versuchen, sozialräumliche Hilfestrukturen in ihren Territorien zu entwickeln. Gerade im Bereich der Pflege sind in vielen Kommunen seit vielen Jahren systematische Aktivitäten für eine Planung und Steuerung des Angebots in Richtung häuslicher Versorgung zu erkennen, wobei z.B. in Nordrhein-Westfalen der Planungsauftrag gesetzlich in § 7 APG NRW festgelegt ist und Planwerke in fast allen Kommunen vorliegen. Eine vergleichbar systematische Psychiatrieplanung findet auf kommunaler Ebene nicht statt. Auch eine bewusste feldübergreifende Planung oder Kooperation von Akteuren ist bisher auf kommunaler Ebene kaum zu finden.

- **Individuelle Teilhabeplanung und Kooperationsbedarf**  
Der Zugang für Leistungsberechtigte zu den Hilfesystemen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie erfolgt über unterschiedliche Verfahren. Der Zugang zum Hilfesystem Wohnen im Bereich der Eingliederungshilfe sowohl für sog. geistig behinderte Menschen als auch für seelisch behinderte Menschen erfolgte z.B. in Westfalen bis vor kurzem über das Clearing-Verfahren des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Im Zuge der BTHG-Umsetzung wurde die Gesamtplanung nach §§ 117 ff. SGB IX zu einer gesetzlichen Vorgabe für Leistungen der Eingliederungshilfe, für die in Nordrhein-Westfalen das Instrument BEI - NRW konzipiert wurde. Die Landschaftsverbände als überörtliche Sozialhilfeträger sind damit in der Rolle der ‚fallführenden Stelle‘ und qua Gesetz mit der Erstellung der Gesamtpläne befasst. Wenn bei der Ermittlung von Hilfebedarfen im Sinne der Eingliederungshilfe bei Leistungsberechtigten Anhaltspunkte für Pflegebedürftigkeit vorliegen, sieht das Gesetz weitreichende Kooperationsverpflichtungen mit den Pflegekassen oder dem örtlichen Sozialhilfeträger vor. Auch soll der sogenannte Fachausschuss zur Steuerung des Zugangs zur WfbM ebenfalls durch das überörtlich verantwortete Gesamtplanverfahren abgelöst werden.

Für das Feld der Pflege sieht das SGB XI keine explizites Verfahren zur individuellen Zugangssteuerung vor. In einigen Kommunen werden Überleitungsverfahren praktiziert, bei denen z.B. die Sozialdienste der Krankenhäuser ratsuchende Personen an die Pflegeberatungstellen der Kommunen und der Pflegekassen weiterverweisen. Dieses Vorgehen wird nicht durchgängig praktiziert, sondern beruht allerdings meist auf unverbindlichen Vereinbarungen.

Es kann angenommen werden, dass in allen untersuchten Feldern Bedarfe für eine träger- und feldübergreifende individuelle Teilhabe- bzw. Pflegeplanung, z. T. auch gesetzliche Vorgaben, vorliegen. Davon ausgehend, dass entsprechende Kooperationsformen in der Praxis kaum entwickelt sind, bietet eine wirksame Koordination in kommunaler Federführung auch die Möglichkeit, sozialräumliche Ressourcen stärker in individuellen Unterstützungsarrangements und Einzelfallberatungen aufzunehmen.

- Personal und Profession

In den Einrichtungen und Diensten der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie dominieren jeweils unterschiedliche Berufsgruppen. Für den Bereich der Pflege sind dies Personen mit pflegerischer und hauswirtschaftlicher Qualifikation bzw. Orientierung, im Bereich der Behindertenhilfe Personen mit sozialpädagogischer bzw. heilpädagogischer Qualifikation bzw. Orientierung und im Bereich der Sozialpsychiatrie Personen mit sozialpädagogischer, sozialtherapeutischer bzw. rehabilitativer Qualifikation bzw. Orientierung. In allen drei Feldern werden Überlegungen zu feldübergreifender und zu einem gewissen Grad entspezialisierter Aus- und Weiterbildung von Professionellen formuliert. Bei aller gegebenen Unterschiedlichkeit weisen Ausbildungsziele durch Leitbegriffe wie Selbstbestimmung, Inklusion, Sozialraumorientierung, Personenzentrierung etc. eine hohe Ähnlichkeit auf (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Heilerziehungspflege 2018). Gleichzeitig wird das Interesse an Abgrenzung der Berufsbilder erkennbar. Sämtliche Felder sind von einem Fach-

kräftemangel betroffen, der sich in den kommenden Jahren verstärken wird.

- Verknüpfung informeller und formeller Ressourcen

Es ist anzunehmen, dass die Nutzung informeller Ressourcen im Vor- und Umfeld professioneller Hilfen besonders im Bereich der Pflege bereits jetzt eine große Rolle spielt und in organisierten Hilfearrangements von Fachleuten mehr oder weniger bewusst einbezogen wird. Dies ist im Bereich der Sozialpsychiatrie etwas weniger und aufgrund einer ausgeprägten stationären Logik im Bereich der Behindertenhilfe deutlich weniger der Fall. Der Bereich der Pflege weist eine große Vielzahl an Initiativen, Vereinen, Selbsthilfegruppen und öffentlichkeitswirksamen Kampagnen auf. Die vergleichsweise hohen Häuslichkeitsquoten im Bereich der Pflege vor allem in ländlichen Regionen deute auf recht zahlreiche Hilfe-Mix-Arrangements mit informellen und professionellen Unterstützungsleistungen hin. Unklar ist, ob sich diesbezüglich bereits feldübergreifend Kooperationen entwickelt haben.

- Träger- und Angebotsstruktur

Die örtliche Trägerstruktur der drei Felder unterscheidet sich sowohl in ihrer Pluralität, den vorhandenen Rechtsformen, der regionalen Ausrichtung, dem Angebotsspektrum, der geografischen Verteilung im Kreisgebiet und der feldübergreifenden Orientierung. Das Feld der Pflege tendiert dazu, sich mit seinen Planungsaktivitäten und Angeboten im herkömmlichen Sinne als Altenpflege zu verstehen und sich sowohl gegenüber pflegebedürftigen jüngeren Personen, als auch gegenüber pflegebedürftigen Personen mit Behinderung oder chronischer psychischer Erkrankung abzugrenzen. In der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie sind vergleichsweise wenige, aber größere und breiter aufgestellte Träger aktiv, während in der Pflege im Vergleich zu den vorgenannten Feldern die bis zu dreifach höhere Anzahl größerer, mittlerer und kleinerer Anbieter kennzeichnend erscheint. Im Bereich der Pflege ist ein hoher Anteil privatgewerblicher An-

bieter typisch. Das Feld der Sozialpsychiatrie ist häufig eher von einer regionalen Verbundenheit der Trägerlandschaft geprägt, die sich aus Fach- und Selbsthilfeinitiativen heraus entwickelt hat.

- **Beratung, Information und Zugang zum Hilfesystem**  
Es bestehen in der Pflege und Sozialpsychiatrie häufiger dezentrale Beratungsstrukturen. Manche kommunalen Pflegeberatungsstellen sind auch aufsuchend tätig und bieten Hausbesuche an. Es finden sich in allen drei Feldern auch Beratungsangebote freier Träger, die sich räumlich stark auf die städtischen Gebiete konzentrieren. Bei diesen Beratungsstellen zeigen sich Tendenzen, Beratung mit engem Blick auf das eigene Leistungsangebot und weniger trägerübergreifend durchzuführen. Generell ist zu vermuten, dass die zunehmende Verschränkung der leistungsrechtlichen Grundlagen in den einzelnen Feldern sich auf die Entwicklung der Angebotsformen auswirkt. Dies zieht aber auch veränderte Beratungs- und Informationsbedarfe auf Seiten von ratsuchenden Personen nach sich, die mehr als bisher feldübergreifend zu beantworten sind.

Beratungsstrukturen mit sozialräumlicher Anbindung sind im Bereich der Pflege dezentral, im Bereich der Sozialpsychiatrie ansatzweise dezentral und im Bereich der Behindertenhilfe eher nicht dezentral vorhanden. Dies kann dazu führen, dass sozialräumliche Ressourcen nicht hinreichend beachtet werden und eine Unterversorgung mit spezielleren Angeboten in ländlichen Regionen nicht auszuschließen ist. Vor diesem Hintergrund besteht konzeptioneller Entwicklungsbedarf dahingehend, ob und wie dezentrale feldübergreifende Beratungsstrukturen gestärkt werden könnten.

- **Sozialräumlicher Bezug und fehlende Verbindlichkeit**  
Die drei im KoKoP-Projekt vorrangig betrachteten Bereiche „Pflege“, „Behindertenhilfe“ und „Sozialpsychiatrie“ sind durch intensive Reformdiskussionen und gesetzliche Veränderungen mit z.T. ambitionierten Zielsetzungen gekennzeichnet. Es kann gleichzeitig festgestellt werden, dass die Zielsetzungen und die damit ver-

bundenen fachlichen und fachpolitischen Diskurse sowohl in der Problemdefinition als auch in den Lösungsperspektiven erhebliche Parallelen aufweisen. Dies soll im Folgenden kurz ausgeführt werden:

So drückt das Bundesteilhabegesetz (BTHG) für den Rehabilitationbereich das Vorhaben des Gesetzgebers aus, die Rechtsgrundlagen und Strukturen der Hilfen für Menschen mit Behinderungen (Behindertenhilfe) „im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention“ zu modernisieren. Auf dem Weg zu einem eigenen Leistungsgesetz und um mit der Tradition der Armenfürsorge zu brechen, wurde dabei aber die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in das SGB IX überführt. Es soll damit eine bessere Verknüpfung mit anderen Bereichen des Rehabilitationssystems und der Pflege erreicht werden, die individuelle Teilhabeplanung bzw. die Gesamtplanung soll zugunsten der Leistungsberechtigten gestärkt, das Wohnen in der eigenen Wohnung gefördert, Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtert und überhaupt inklusionsorientierte Ansätze (Schule, Beschäftigung, Alltag) vorangebracht werden. Folgerichtig wird an vielen Stellen des BTHG auf die Bedeutung des Sozialraums für inklusionsorientierte Rehabilitationsleistungen hingewiesen: So sollen Fachkräfte nach § 97 Abs. 2 SGB IX künftig umfassende Kenntnisse über den regionalen Sozialraum und seine Möglichkeiten zur Durchführung von Leistungen der Eingliederungshilfe haben. Nach § 104 SGB IX sollen sich die Leistungen der Eingliederungshilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles bestimmen, insbesondere (...) nach dem Sozialraum. Die Beratungsangebote nach § 106 SGB IX neu sollen auch Hinweise „auf Leistungsanbieter und andere Hilfemöglichkeiten im Sozialraum“ und „auf andere Beratungsangebote im Sozialraum“ geben. Eine genauere Bestimmung des Begriffs Sozialraum wird dabei aber nicht vorgenommen. Man ahnt was gemeint ist oder auch nicht, praktische Ausdeutungen sind erforderlich.

Die psychiatrische Versorgung ist in Bezug auf gemeindepsychiatrische Angebote mit von den Neuregelungen des BTHG erfasst. Der Ansatz einer vor Ort koordinierten „kommunalen Psychia-

trie“ hat im Kontext der Implementation des „personenzentrierten Ansatzes“ allerdings bereits eine längere Tradition. Dazu gehören die Forderungen und Vorschläge hinsichtlich einer einrichtungsübergreifenden sowie die leistungsträgerübergreifende Kooperation und Koordination (vgl. Aktion psychisch Kranke APK 2009). Die Unverbindlichkeit bei der Festlegung der Koordinationsaufgaben sowie der unklare bzw. unregelmäßige territoriale Bezug und das mangelhafte Schnittstellenmanagement zum Gesundheitssystem haben die Implementation des personenzentrierten Ansatzes erschwert bzw. in Teilen verhindert. In den Reformgesetzen der Pflege (v. a. Pflegestärkungsgesetz III, PSG III) wird dagegen ein vergleichsweise eindeutiger Raumbezug vorgenommen, nämlich auf den politisch definierten kommunalen Raum. Die Kommunen sollen künftig verstärkt planerische, steuernde und koordinierende Funktionen in der pflegerischen Versorgung wahrnehmen, um ihren Auftrag der „kommunalen Daseinsvorsorge“ nach Art 28 Abs. 2 GG zu erfüllen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach geeigneten Strategien, um Veränderungen einzuleiten. In diesem Zusammenhang bieten sozialplanerische Ansätze geeignete Strategien, um Veränderungen einzuleiten. Diese sind aber, gerade bei leistungsbereichsübergreifenden Planungsstrategien, sehr voraussetzungsintensiv. Im Weiteren werden nun die Themenbereiche und Fragestellungen aufgeführt, die im Rahmen der Tagung in den Arbeitsgruppen diskutiert wurden. Dies wird verbunden mit einer kurzen Vorstellung der Beiträge, die in den weiteren Kapiteln folgen.

### 3 Ausgewählte Herausforderungen bereichsübergreifender Planung

#### 3.1 Herausforderungen netzwerkorientierter kommunaler Sozialplanung

Aufgrund der zunehmenden Komplexität moderner Problemlagen und damit verbundener Hilfebedarfe wird wiederholt die Forderung nach einer stärkeren Kooperation unterschiedlicher sozialer Dienstleistungsbereiche erhoben. Zugleich wird eine in-

klusive Öffnung sowie eine Entspezialisierung bestehender Angebote angemahnt. Kommunale Planungsaktivitäten können hierzu einen Beitrag leisten.

Für kommunale Sozialplanung erscheint es sinnvoll, konzeptionelle Überlegungen auf die Erkenntnisse der Netzwerkforschung zu beziehen. Davon ausgehend können in kommunalen Gebietskörperschaften „aufgabenbezogene Netzwerke“ (van Aalst 2003) etabliert werden, in denen die unterschiedlichen Akteure vorhandenes Wissen einbringen und abrufen sowie miteinander Lösungen hinsichtlich bestehender Praxisprobleme entwickeln können. Die dezentrale und eher lose Verbindung in Form eines Netzwerks ermöglicht die Einbindung unterschiedlicher Akteure, wie beispielsweise Kommunen, Selbsthilfeorganisationen, professionelle Einrichtungen und Dienste, etc. in den aufgabenbezogenen Netzwerken können bestehende Beziehungskontakte zwischen den Akteuren umso mehr unmittelbar nutzbar gemacht werden, je mehr sich die Akteure die Netzwerkidee bewußt machen.

Entsprechende leistungsbereichsübergreifende Aktivitäten sind in der Praxis mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Unterschieden werden können u.a.:

a) Herausforderungen für Einrichtungen und Dienste  
Diskussionen über sozialraumorientierte Hilfen werden bislang vor allem innerhalb separater organisationaler Felder geführt. Zugleich bestehen jedoch Hilfebedarfe, die Leistungen von Diensten mehrerer Felder anfragen. Entspezialisierte und sektorübergreifende Konzepte sind eine mögliche Antwort auf komplexe Hilfebedarfe. Was ist für solche Unterstützungsarrangements erforderlich? Wie können Lern- und Veränderungsprozesse in den betroffenen Hilfesystemen aussehen bzw. unterstützt werden?

b) Herausforderungen der unklaren Zuständigkeit der kommunalen Ebene für Planung und Steuerung  
Einrichtungen und Dienste sind zentrale Akteure für die Gestaltung der kommunalen Helfelandschaft. In einzelnen organisationalen Feldern liegt der Auftrag für Planung und Steuerung nicht

bei der kommunalen Ebene, sondern überregional. Einrichtungen und Dienste müssen in kommunalen Planungsaktivitäten berücksichtigt werden.

Gefragt werden kann: Wie können Einrichtungen und Dienste motiviert werden, sich an Planungsaktivitäten zu beteiligen? Können netzwerkorientierte Ansätze für eine Einbindung von Einrichtungen und Diensten nutzbar gemacht werden? Wie können Einrichtungen und Dienste bei einer Orientierung an sozialräumlichen Strukturen unterstützt werden?

c) Herausforderungen, die sich aus speziellen Zielgruppen und deren Interessen ergeben.

Für Einrichtungen und Dienste mit unterschiedlichen Zielgruppen besteht das Risiko, dass zwischen diesen Gruppen Vorbehalte und Konflikte auftreten. Vereinzelt wird die Gefahr gesehen, dass spezialisierte Angebote ihren Nutzer/inn/en nicht ausreichend gerecht werden.

Gefragt werden kann: Was ist erforderlich, damit Angebote mit diverseren Zielgruppen weiterhin bedarfsgerechte Unterstützung im individuellen Einzelfall anbieten können? Welche Schwierigkeiten können bei der Konzeption und Umsetzung entsprechender Angebote auftreten? Wie können Einrichtungen und Dienste beim Umgang mit Blick auf mögliche Konfliktsituationen unterstützt werden?

d) Herausforderungen, die aus der spezifischen Ausgangssituation vor Ort und damit verbundenen lokalen Identitäten entstehen

Innerhalb von kommunalen Gebietskörperschaften haben sich mitunter lokale Identitäten herausgebildet bzw. erhalten. Diese wirken sich auf die Einstellungen handelnder Akteure sowie auf die Organisation der Helfelandschaft im Sozialraum aus.

Gefragt werden kann: Welche Chancen und Risiken beinhalten lokale Identitäten für kommunale Planungsaktivitäten? Können lokale Identitäten für die Bildung von dezentralen Planungsräumen und -gruppen nutzbar gemacht werden? Können netzwerk-

orientierte Ansätze für eine Einbindung lokaler Akteure nutzbar gemacht werden?

Diesen unter 3.1 genannten Fragestellungen kann der Beitrag von *Uwe Hellwig* zugeordnet werden, der sich mit grundsätzlichen Fragen integrierter kommunaler Sozialplanung befasst. Darauf bezogen sind auch die Texte von *Sabine Schäper* zur Bedeutung von örtlichen Planungskulturen und –traditionen sowie die netzwerktheoretischen Überlegungen zu Planungsprozessen von *Martin Reichstein*, *Janna Litzenberger* und *Tanja Serapinas*. U.a. auf die materiellen Voraussetzungen der Beteiligung von Einrichtungen und Diensten an Planungsprozessen weist *Wolfgang Kopyczinski* hin.

### 3.2 Von Daten zu sozialräumlichen Informationen – Methoden und Akteure in feldübergreifenden Planungsprozessen

Planung ist nicht interessenneutral, sondern im besten Sinne wertegerichtet. Kommunale Planungsprozesse folgen einer Grundstruktur, die aus Planungsauftrag, Ist-Analyse, Zielbestimmung und Handlungsplan zur Zielerreichung besteht. Geht man davon aus, dass (Sozial)planung immer einer politischer Prozess ist, dann sind die genannten Schritte auch jeweils für sich politisch zu verstehen. Dies gilt auch für die Analysephase in Planungsprozessen, die auf der systematischen Erhebung und Auswertung bisher nicht vorhandener Daten bzw. auf der Zusammenstellung vorhandener Daten beruht. Bei der Reflexion der Analysephase eines Planungsprozesses können u.a. drei Dimensionen unterschieden werden:

a) eine technische Dimension,

Die Auswahl der interessierenden Daten und die Wahl der Methoden bei der Erhebung, Zusammenstellung und Auswertung von Daten hängt in hohem Maße vom Planungsauftrag ab, aber auch vom Selbstverständnis der Planungsverantwortlichen. Bei feldübergreifenden Planungsprozessen etwa für Pflege, Behindertenhilfe und psychiatrischer Versorgung, die sich gleichzeitig

auch auf territorial definierte Sozialräume beziehen, besteht die Gefahr, dass große Datenmengen angehäuft werden. Diese kann die Folge einer sektoralisierten Datenerhebung sein, die dann zu einer Kumulierung von Datenbeständen führt. Eine zweckgerichtete Bearbeitung der dann sehr großen Datenmengen ist oft nicht bzw. nicht ohne aufwändige Auswertungsarbeiten möglich, auch stellen sich neue Fragen des Datenschutzes.

Gefragt werden kann: Wie kann daher eine feldübergreifende Datenerhebung aussehen?

b) eine fachliche Dimension

Aus gewonnenen Daten sinnvolle und handhabbare Informationen zu machen, ist eine ‚Kunst‘, die datentechnische Kompetenz und fachliches Deutungswissen voraussetzt sowie Vorinformationen über das analysierte Feld und seine Verflechtungen mit anderen Feldern.

Bei feldübergreifenden Planungsprozessen besteht die Gefahr, dass bei der Auswertung der Datenmengen selektive Informationen produziert werden, die entweder für einzelne Planungsfelder oder für einzelne Sozialräume nicht zutreffend oder irrelevant sind.

Gefragt werden kann: Wie kann eine sinnvolle feldübergreifende Datenauswertung inhaltlich aussehen?

c) eine politische Dimension.

Ob bzw. in welcher Form die bei der Analyse erarbeiteten Informationen zu Empfehlungen führen, die in einem Handlungsplan den politischen Gremien einer Kommune zur Beschlussfassung vorgelegt werden, ist nicht zuletzt Ergebnis eines Aushandlungsprozesses, der am Planungsprozess beteiligten Akteure.

Bei feldübergreifenden Planungsprozessen, besteht die Gefahr, dass bei der Bewertung der erarbeiteten Informationen hinsichtlich eines sich daraus evtl. ergebenden Handlungsbedarfs, Konflikte vermieden werden, sich ‚starke‘ Interessen gegen ‚schwache‘ Interessen durchsetzen und nur ‚leicht anschlussfähige‘ Empfehlungen in Handlungspläne aufgenommen werden.

Gefragt werden kann: Wie kann die Erarbeitung von Empfehlungen partizipativ gestaltet werden?

Den unter 3.2 gelisteten Fragestellungen zu integrierten Pflege- und Teilhabeplanungen widmet sich der Text von *Christian Dohmen* und *Paul Oswald* unter der Interessenperspektive der Arbeitswohlfahrt als Leistungsanbieter. Die Verwaltungssicht auf Teilhabeplanung bringt *Carolin Herrmann* mit ihrem Beitrag ein. Die Zielgruppenperspektive von Planungsprozessen beleuchtet aus sozialpsychiatrischer Sicht *Peter Wüllner* während *Lena Bertelmann* und *Eva Konieczny* sich mit den methodischen Herausforderungen einer sektorübergreifenden Sozialraumanalyse als Datenerhebungsmethode stellen. Mit der Kategorie des Vertrauens in Kooperationsbeziehungen, die unter Bedingungen von Konkurrenz bestehen, wie dies in integrierten Planungsprozessen der Fall ist, befasst sich *Luzie Gilde*.

### 3.3 Profession, Organisation und Hilfe-Mix im Kontext von Sektoralisierung

Die professionellen Hilfesysteme der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie befinden sich – so die Annahme des Forschungsprojekts KoKoP – in einem „sektoralisierten“ Zustand. Sie verhalten sich demzufolgend selbstreferentiell, weisen sowohl spezifische als auch parallele Strukturen auf. Im Sinne neo-institutionalistischer Überlegungen sind in „organisationalen Feldern“ angeordnet und verfestigt, die sich aus feldeigenen „Pfadern“ entwickelt haben. Insbesondere entlang der jeweiligen Feldgrenzen und Schnittflächen kommt es hierbei zu Problemlagen, sobald die jeweils wahrgenommenen Zuständigkeiten nicht kongruent sind, oder Ressourcen aus mehreren Feldern gleichzeitig abgerufen und koordiniert werden müssen. Als Beispiel hierfür kann die Bildung umfassender Unterstützungsarrangements für Menschen mit komplexen Bedarfen herangezogen werden, die, sobald ein feldübergreifendes Vorgehen fehlschlägt, kompromisshaft über feldspezifische Lösungen oder die Platzierung in entsprechenden Einrichtungen erfolgt. Diese Problemlagen bieten jedoch auch

Potenziale, sobald Synergien erschlossen und versorgungspraktisch nutzbar gemacht werden können.

Im Hinblick auf Profession, Organisation und Hilfe-Mix im Kontext von Sektoralisierung richtet sich der Blick auf folgende Aspekte:

a) auf das Leistungsgeschehen und die beteiligten Dienste und Einrichtungen

Die organisationale Struktur in den drei betrachteten Hilfebereichen steht in direktem Verhältnis zu professionellen Anforderungen und dem professionellen Selbstverständnis einzelner Berufsgruppen. Für jeden der Bereiche sind spezifische dominante Berufsgruppen bzw. Qualifikationen zu beobachten, die sowohl durch das jeweilige Feld spezialisiert werden, als auch wechselwirkend zur Reproduktion der organisationalen Struktur beitragen.

Gefragt werden kann: Inwieweit ist die Entspezialisierung professioneller Tätigkeiten innerhalb der betrachteten Hilfebereiche möglich und inwieweit kann sie ggf. zu einer höheren Qualität von Unterstützung führen?

b) auf das Planungsgeschehen auf Ebene von Kreisen und der kreisangehörigen Kommunen

Die Felder der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie werden zunehmend, in unterschiedlichem Ausmaß, von Kommunen in Deutschland als Politikbereiche kommunaler Steuerungs- und Ausgestaltungsverantwortung wahrgenommen und entsprechend adressiert. Hierbei entstehen sowohl innerhalb des kommunalen Raums als auch überregional neue Akteurskonstellationen und organisationale Interaktionen.

Gefragt werden kann: Welche Funktionen kommen dem kommunalen Planungsgeschehen bei der Ausgestaltung bereichsübergreifender Unterstützungsarrangements zu? Welche Konsequenzen ergeben sich zusätzlich aus den laufenden leistungsrechtlichen Veränderungen in den betrachteten drei Hilfebereichen sowohl für die betroffenen Organisationen, als auch

für das Planungsgeschehen auf Gemeinden- und Kreisebene?

c) auf das Selbsthilfegeschehen und informelle Unterstützungskonstellationen im Vor- und Umfeld der Leistungen  
Während leistungsbereichsübergreifende Ansätze die Frage nach den Möglichkeiten und Konsequenzen einer Entspezialisierung der einzelnen Felder aufwerfen, tritt die Relevanz informeller Ressourcen und sozialräumlicher Anbindung von Hilfen in Abgrenzung zu spezialisierter Platzierung verstärkt hervor.  
Gefragt werden kann: Welche Anforderungen an die organisationale Struktur von Einrichtungen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie stellen sich bei der Bildung von Hilfe-Mix-Arrangements aus professionellen und informellen Ressourcen?

Den unter 3.3 genannten Fragestellungen lassen sich die Beiträge von *Wolfgang Wiederer* zur Identifizierung informeller Ressourcen im Gemeinwesen sowie der konzeptionelle Beitrag von *Miriam Düber* zur Bedeutung des Recovery-Konzepts für eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung. Die Selbstreferentialität und Sektoralität von Unterstützungsleistungen wird am Text von *Antje Fischle* zur schulischen Assistenz für Schüler\*innen mit autistischen Störungen deutlich, der den Band abschließt.

## Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft Heilerziehungspflege (2018). Qualifikationsprofil Heilerziehungspflege. Walsburg: Eigenverlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2016). Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. BT Drucksache 18/10210.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.

- Landsberg, G. (2016). Kommunale Senioren- und Pflegepolitik. In: Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB), Position, Statement zur Pflegepolitik vom 08.03.2016
- Schmidt-Zadel, R., & Kruckenberg, P. (2009). Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. (Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.). Bonn: Aktion Psychisch Kranke.
- Schädler, J. (2003). Stagnation oder Entwicklung in der Behindertenhilfe. Chancen eines Paradigmenwechsels unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit. Hamburg: Kovac.
- van Aalst, H. F. (2003). Networking in Society, Organisations and Education. In *Networks of innovation: towards new models for managing schools and systems* (S. 33–40). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Sabine Schäper

## Planungskulturen und -traditionen – Potentiale und Hindernisse auf dem Weg zu einer inklusiven Sozialplanung

In sozialplanerischen Prozessen und Projekten an Schnittstellen verschiedener Handlungsfelder spielen nicht nur bestehende institutionelle Strukturen eine Rolle, sondern auch Planungskulturen und gewachsene Planungstraditionen in den verschiedenen Feldern sowie individuelle Rollenbilder und Selbstverständnisse von Sozialplaner\*innen. Diese Elemente der beteiligten „organisationalen Felder“ werden in ihrer Bedeutung oftmals unterschätzt oder überhaupt nicht als handlungsrelevanter Faktor wahrgenommen. Ähnlich wie Organisationskulturen sind Elemente der Planungskultur oft unsichtbar (vgl. Schein 2010), wirken aber dennoch in der Interaktion der Akteure deutlich mit. Unter Planungskulturen werden hier mit Fürst (2007, S. 2) die „Einstellungen, Deutungsmuster und Werthaltungen [verstanden], die Angehörige eines Handlungskollektivs teilen, das sie einem Kollektiv oder Institutionen entgegenbringen und dass durch das Kollektiv und die Institution verstärkt, aber auch konserviert wird.“ Dieser Beitrag geht, ausgehend von Erfahrungen in einem Forschungsprojekt zur inklusiven Sozialplanung an der Schnittstelle von Altenhilfe und Behindertenhilfe (vgl. Schäper et al. 2018), planungskulturellen Phänomenen und deren Relevanz für inklusive Planungsvorhaben nach. Aus der Analyse werden handlungsleitende Hinweise für eine inklusive Sozialplanung abgeleitet, die sich in Planungsprozessen als inklusionsförderlich erweisen können.

### 1 Planungskulturen: unsichtbare Anteile des organisationalen Feldes

In inklusiven Planungsprozessen an sozialrechtlichen Schnittstellen kommen verschiedene Planungskulturen auf unterschiedlichen Ebenen zusammen: Unterschiedliche Planungskulturen und

-traditionen in den Handlungsfeldern sind von generellen Veränderungen in der Planungskultur betroffen, die wiederum auf verschiedenen Planungsebenen (kommunal, regional, auf Landes- und Bundesebene) unterschiedlich ausgestaltet sind. Zudem bringen alle Planungsverantwortlichen und Beteiligten jeweils ein eigenes individuelles Planungsverständnis und jeweils eigene Interessen mit. Dadurch ergibt sich eine komplexe Gemengelage, wenn Planungspraxen inklusiv miteinander verknüpft werden.

### 1.1 Generelle Trends in der kommunalen Planungspraxis

In den letzten Jahrzehnten lässt sich eine Entwicklung von eher hierarchisch organisierten hin zu kooperativen Planungsansätzen beobachten (vgl. Keim et al. 2002). Dabei vermischen sich Elemente einer traditionellen Planungs- und Handlungslogik, die durch Top-Down-Steuerung, Ordnungsrecht und Expertenwissen gekennzeichnet war, mit einer neuen, prozessorientierten und dynamischen Handlungslogik zu einer veränderten Planungskultur mit einem neuen „Repertoire an Planungselementen“ (ebd.). Nach dem „communicative turn“ der Planungsansätze (vgl. Wiechmann 2008, S. 79; Keim et al. 2002; Selle 1999) erfolgt Planung eher in interaktiven Prozessen der Formulierung politischer Planungsziele und deren Implementierung unter Berücksichtigung der sozialen Milieus und der ansässigen bürgerschaftlichen Gruppen. Kommunale Planungsverantwortliche verstehen sich im Sinne „verhandelnder Planungsverwaltung“ als Initiator\*innen, Moderator\*innen, aber auch als Prioritäten vorgebend (Keim et al. 2002). Planung wird in diesem Zusammenhang als epistemische Kultur verstanden, insofern eine bestimmte Planungskultur (neues) Wissen generieren bzw. Wissensgrundlagen verändern kann: Während traditionell die Situationsdefinitionen der kommunalen Vertreter\*innen (z.B. des Planungsdezernates oder -amtes) bestimmend waren, wird durch die Beteiligung von Akteuren im Gemeinwesen eine andere Wissensgrundlage geschaffen bzw. zugänglich und als Grundlage für Planungsentscheidungen nutzbar gemacht. Die Zahl der Orte, an denen planungsrelevantes Wissen generiert wird, multipliziert

sich. Der Ort der Planung wandert zudem weg von der Schnittstelle von öffentlicher Behörde, der Planungsverantwortlichen und späteren privaten Nutzer\*innen „in eine maßstabserweiterte Zone, in der sich im diffusen Interessengeflecht vor allem heterogene private Akteure tummeln, die durch die (partiell kooperierende) planende Verwaltung und eine in ihrer Kompetenz geschwächte Planerprofession kaum mehr an die Leine der öffentlichen Planung genommen werden können" (Keim et al. 2002).

Diese allgemeinen Trends sind nun in verschiedenen Kommunen und auf verschiedenen Handlungsebenen nicht gleich weit entwickelt, vielmehr sind Veränderungsprozesse in Planungskulturen von einer gewissen Ungleichzeitigkeit auf verschiedenen Ebenen bis hin zu unterschiedlichen Entwicklungsdynamiken innerhalb eines Amtes oder bei direkten Kolleg\*innen in der kommunalen Sozialplanung geprägt. So sind Planungskulturen nicht eindeutig und überall gleich kommunikativ-prozessorientiert ausgerichtet, sondern enthalten hier und da auch noch Anteile einer traditionell-paternalistischen Planungskultur – oder fallen situativ wieder in alte Muster zurück, weil sie mehr Handlungssicherheit und politischen Einfluss suggerieren.

## 1.2 Planungstraditionen in verschiedenen Feldern der Sozialplanung

Die beschriebenen Prozesse der Abgabe von Planungsverantwortung an private Akteure lassen sich vor allem in der Pflegeplanung der letzten Jahrzehnte identifizieren: Private Investoren haben sich auf dem Altenhilfe- und Pflegemarkt deutlicher etabliert, nachdem das Pflegeversicherungsgesetz sie mit gemeinnützigen und öffentlichen Trägern gleichgestellt und den Pflegekassen mit §69 SGB XI den Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte pflegerische Infrastruktur zugeordnet hat (vgl. Rohleder & Dieckmann 2018). Inzwischen werden über Landespflegegesetze die Planungsaufgaben wieder an die Kommunen zurückübertragen, weil die Pflegekassen als überörtliche Akteure nur unzureichend regionale und örtliche Belange im Blick haben.

Einen zweiten Strang in der Versorgungsplanung für Senior\*innen stellt die kommunale Altenhilfeplanung dar, die sich allerdings auf die „Kann-Leistungen“ der sozialen Altenarbeit in der Kommune bezieht (§71 SGB XII). Diese Leistungen haben eine hohe Bedeutung im Sinne einer vorpflegerischen und damit präventiven Infrastrukturplanung auf kommunaler Ebene, sind aber „gesetzlich weiterhin zu schwach verankert“ (Rohleder & Dieckmann 2018) und damit oft in hohem Maße von der Haushaltslage und konkurrierenden lokalen Bedarfen in den Kommunen abhängig. Im Zuge des demografischen Wandels wird im Bereich der Altenhilfe- und Pflegeplanung schon seit Jahrzehnten die Bedeutung des informellen Sektors besonders betont, da den Zukunftsaufgaben der Gesellschaft nur mit Hilfe-Mix-Lösungen erfolgreich begegnet werden kann. Daher spielt die Beteiligung von Nutzer\*innen und zivilgesellschaftlichen Akteuren in der Altenhilfe- und Pflegeplanung bereits eine nicht mehr wegzudiskutierende Rolle, auch wenn diese umstritten ist: Partizipation kann auch instrumentalisiert werden im Sinne der Idee eines aktivierenden Sozialstaats, daher stellt sich jeweils die Frage, inwieweit die Adressat\*innen mit ihren Anliegen tatsächlich gehört werden und ihnen politischer Einfluss eingeräumt wird (vgl. Kollewe 2015).

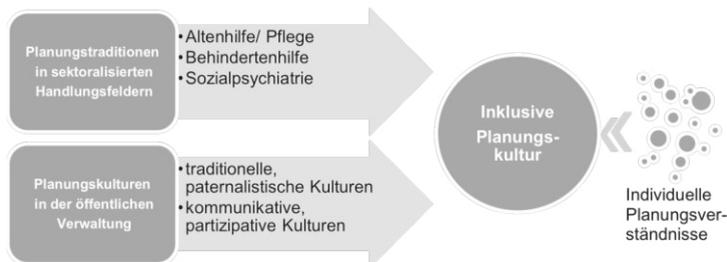
Die Praxis der kommunalen Teilhabeplanung in der Behindertenhilfe ist von solchen partizipativen Ansätzen allerdings in vielen Regionen noch weit entfernt, zudem ist sie in verschiedenen Bundesländern auf unterschiedlichen Ebenen (Bundesland, überörtlicher Sozialhilfeträger bzw. Bezirke, Kommunen) angesiedelt. Menschen mit Behinderungen wird offenbar weniger zugetraut, sich kompetent an Planungsprozessen zu beteiligen und sie sind in kommunalen Gremien und Planungsprozessen deutlich unterrepräsentiert (vgl. LAG Selbsthilfe 2015). Die Planung erfolgt bis heute in vielen Bereichen eher kennzahlenorientiert (z.B. im Blick auf das Verhältnis der Leistungserbringung in ambulanten und stationären Kontexten) und von bilateralen Abstimmungsprozessen zwischen Leistungsträgern und Leistungsanbietern bestimmt (vgl. Schäper 2016, S. 92). Erst allmählich verändert sich die Kul-

tur in Richtung kooperationsorientierter, vernetzter Planung von Unterstützungsarrangements in kleinräumigeren Strukturen (vgl. Rohleder & Dieckmann 2018), und erst allmählich werden Planungsverfahren auch partizipativer angelegt. Hier besteht noch deutlicher Entwicklungsbedarf.

In der Sozialpsychiatrie besteht seit der gemeindepsychiatrischen Wende schon seit längerer Zeit ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer starken Beteiligung der Betroffenen an Planungsvorhaben der Kommunen und einer ressortübergreifenden Planung, weil gelingende Hilfearrangements für psychisch kranke und psychisch behinderte Menschen auf das Zusammenspiel von Angeboten des Gesundheitswesens, sozialräumlich angesiedelter psychosozialer Kontakt- und Beratungsangebote, gemeindenaher Wohnmöglichkeiten und Formen der Beschäftigung und niederschwelliger Verdienstmöglichkeiten angewiesen sind. Die kommunale Psychiatriekoordination arbeitet in der Planung in den etablierten Gremien in den meisten Regionen sehr selbstverständlich mit Psychiatrieerfahrenen, Selbstvertretungs- und Angehörigenorganisationen zusammen, etwa in den weit verbreiteten Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften.

In inklusiven Planungsverfahren an der Schnittstelle Behindertenhilfe, Altenhilfe und Sozialpsychiatrie kommen so äußerst unterschiedliche Planungskulturen zusammen, die sich in den sektoralisierten sozialpolitischen Handlungsfeldern als feste Planungstraditionen ausdifferenziert haben. Schon diese kurze Skizzierung der Planungstraditionen macht deutlich, wie komplex die Zusammenführung verschiedener Planungsprozesse sein kann.

Abbildung 1: Zusammenführung verschiedener Planungskulturen in der inklusiven Sozialplanung (Eigene Darstellung)



## 2 Funktionen und Wirkweisen von Planungskulturen

Was genau ist aber mit dem Begriff „Planungskultur“ gemeint? Er verweist auf jenseits der sichtbaren Struktur liegende Aspekte der kulturellen Prägung, die Einfluss auf Planungsprozesse haben und eine gewisse Dauerhaftigkeit bzw. Veränderungsresistenz besitzen. Für die Sozialplanung sind folgende Begriffsverständnisse relevant (vgl. Fürst 2007, S. 2-3):

- In den 1990er Jahren wurde herausgestellt, wie sich im Wandel von Planungsinhalten gesellschaftliche Wandlungsprozesse spiegeln.
- Keller et al. (2006, S. 279f.) beschreiben als Elemente von Planungskultur vor allem die Werthaltungen, Rollenverständnisse und Aufgabeninterpretationen der Planer\*innen. Diese beinhalten auch ethische und paradigmatische Prädispositionen der Planer\*innen in Auseinandersetzung mit bzw. Abgrenzung zu Interessen von Staat, Markt und zivilgesellschaftlichen Akteuren.
- Bei anderen Autor\*innen steht der Begriff der Planungskultur vor allem für die Interaktionsprozesse und das Interaktionsverhalten der beteiligten Akteure. So wird etwa in Konzepten der Bauleitplanung Planungskultur als Frage nach der Betroffenenbeteiligung thematisiert (Sandner 1998, zit. n. Fürst 2007, S. 3).
- In den USA ist eher von „planning styles“ die Rede (z.B. dem „Oregon Planning Style“ mit einem hohen Stellenwert der Beteiligung der Zivilgesellschaft). Fürst (2007, S. 3) resümiert als Bedeutung des Begriffs Planungskultur „Werthaltungen und Einstellungen, die von den Beteiligten eines Planungsprozesses geteilt werden und ihr Interaktionsverhalten bezogen auf (wahrgenommene) Planungs-Aufgaben, Verhalten in der Gemeinschaft oder Gruppe und Durchsetzung von

Eigeninteressen bestimmen.“ Die Planungskultur wird dabei zum einen von Variablen im Bereich der Interaktion beeinflusst, nämlich:

- von Einstellungen, Werthaltungen, Überzeugungen, Interessen und Fähigkeiten als Aspekte der individuellen Handlungsorientierung,
- von interaktionsbezogenen Normen, Einstellungen und Stilen (kompetitiv vs. kooperativ; personen- vs. sachbezogen; konsens- vs. ergebnisorientiert),
- von den Akteurskonstellationen, d.h. Machtverhältnissen und Machtungleichgewichten zwischen den Akteuren und den ihnen jeweils zugestandenem Handlungsspielräumen.  
Zudem haben externe Faktoren Einfluss auf die Ausgestaltung und Aufrechterhaltung oder Veränderung von Planungskulturen:
- der institutionelle Handlungsrahmen mit seinen Vorgaben und formalen Regelungen (rechtlich, organisatorisch, ökonomisch) und
- die konkrete Handlungssituation, die in einem Handlungsfeld / Problemfeld angesiedelt ist.

Aus diesen Bedingungsfaktoren erwachsen Planungskulturen als Set aus den Planungsauffassungen der beteiligten Akteure, der Planungshistorie mit ihren Bildern und Leitideen, den in einem Planungsfeld etablierten Formen der Interaktion und Konsensbildung und nicht zuletzt dem verfügbaren und eingesetzten Wissen der Beteiligten (Keim et al. 2002).

Keller et al. (2006) haben in einer Langzeitstudie im Diskurs mit Planungsverantwortlichen einen Wandel von Planungskulturen ausgemacht, insofern

- Planungsprozesse deutlicher kooperativ gestaltet sind,

- sie stärker als in der Vergangenheit informelle Instrumente nutzen,
- die Prozesse zunehmend entstandardisiert verlaufen,
- eher projektorientiert angelegt sind,
- und Prozesse der Deregulierung zur Stärkung privatwirtschaftlicher Raumgestaltung führen.

Damit ist zum einen mit der Einbuße von Einfluss auf Seiten der Planer\*innen zu rechnen, wie sich dies in der Pflegeplanung zeigt: „Durch die selektive Aneignung der Planungsziele seitens der Adressaten gehen Steuerungsverluste für die flächendeckende Planung einher“ (ebd.). Andererseits zeigte die Studie von Keller et al. auch, dass kooperative Planungsansätze hierarchische Planungsstrukturen nicht ersetzen, „sondern lediglich komplementär ergänzen“ können, da z. B. Schutz- und Vorsorgeverpflichtungen der öffentlichen Akteure nicht an andere abgetreten werden können. Analog lässt sich dies für die Sozialplanung konstatieren: Die kommunale Aufgabe der Daseinsvorsorge im sozialen Bereich ist nicht delegierbar, so dass die Kommune sich nicht gänzlich aus der Steuerung von Planungsprozessen zurückziehen kann. Die Erfahrungen mit kooperativen Planungsansätzen bringen insgesamt große Vorteile gegenüber traditionell-hierarchischen Formen mit sich, obwohl sie mit höheren Transaktionskosten verbunden sind: Das Agieren in Netzwerken wird den komplexen Sachfragen (und Interessenlagen) besser gerecht, Ressourcen werden flexibler eingesetzt, die Beteiligungsverfahren bringen eine „spürbare Erweiterung des verfügbaren Wissens, umfangreichere Kommunikationen und tendenziell eine Vergesellschaftung der Planungsprozesse“ mit sich (Keim et al. 2002). Bei einer Veränderung oder Weiterentwicklung von Planungskulturen in Richtung von mehr Partizipation wird von Beteiligten vielfach auf die höheren Transaktionskosten durch vernetzte Strukturen hingewiesen und

es bedarf bisweilen besonderer Überzeugungsarbeit, damit die oft langfristig erst spürbaren positiven Effekte wahrgenommen werden.

### 3 Planungskulturen in der inklusiven Sozialplanung

In der Sozialplanungspraxis werden die als Planungskultur beschriebenen Annahmen und Interaktionsgewohnheiten selten sichtbar und explizit benannt. Sie wirken vielmehr oft unsichtbar und unausgesprochen unterhalb der Oberfläche der sichtbaren Phänomene. Darin sind sie Organisationskulturen ähnlich, die Edgar Schein (2010) in der Organisationskulturtheorie beschrieben hat: Sie sind selbstverständlich und unbewusst, d.h. sie werden in der Regel nicht reflektiert. Sie transportieren Orientierungen und Werte und machen so das Handeln in der Organisation einheitlich und kohärent. Dabei erfüllen sie für die Organisation bestimmte Funktionen: Sie ermöglichen Identifikation, die Integration neuer Organisationsmitglieder in die Organisation, sie koordinieren organisationales Handeln, motivieren die Organisationsmitglieder, im Interesse der Organisation zu handeln und fördern Lern- und Entwicklungsprozesse in Organisationen (vgl. Ulrich 1996). Schreyögg (2003) identifiziert neben positiven auch mögliche negative Wirkungen von Organisationskulturen: Eine fest geprägte Organisationskultur kann zur Abschließung nach außen hin und zur Abwertung neuer Orientierungen führen und somit Innovationen erschweren.

Planungskulturen haben ähnliche Wirkungen: Sie integrieren nach innen und grenzen nach außen hin ab. Diese Wirkungsmechanismen werden bei der Zusammenführung von Planungspraxen aus unterschiedlichen Feldern spürbar, oft eher diffus in Widerständen von Planungsbeteiligten, im Beharren auf traditionellen Planungswegen oder in Form der Inszenierung von eigener Ohnmacht. In einem Projekt zur inklusiven Sozialplanung an der Schnittstelle Altenhilfe/ Pflege und Behindertenhilfe hat es sich als gewinnbringend erwiesen, die Planungskulturen analytisch in den Blick zu nehmen (vgl. Katzer et al. 2016). Zunächst unausgesprochene Basisannahmen und Spielregeln, Selbstverständnisse

der beteiligten Akteure und Planungsverantwortlichen konnten im weiteren Prozess der offenen Kommunikation zugänglich gemacht werden. Die Resistenz einzelner Akteure wurde so nachvollziehbar als Festhalten an identitätsstiftenden und Sicherheit bietenden bisherigen „Wahrheiten“. Der Veränderungs- und Annäherungsprozess brauchte vor allem Zeit und Raum für Kommunikation, um diffuse Ängste sichtbar zu machen und gemeinsam zu überwinden.

Zudem zeigten sich unterschiedliche Haltungen der kommunalen Verantwortlichen in der kleinen ländlichen Gemeinde und dem Stadtteil einer größeren Kommune: Herrschte im ländlichen Raum ein eher fürsorgendes und reaktives Verständnis von Daseinsvorsorge (Zitat: „Meine Bürger können mich jederzeit anrufen, wenn sie in Not sind.“), gepaart mit einer konservativ geprägten Wahrnehmung sozialer Probleme, profitierte der Stadtteil von einer Planungskultur auf kommunaler Ebene, die schon viel deutlicher partizipativ und moderierend ausgerichtet war. Zudem zeigte sich im ländlichen Raum eine Differenz zwischen der einerseits Ansprüche formulierenden, andererseits Einmischung abwehrenden Haltung der Gemeinde und der Vertreter des Landkreises, die bisherige Strukturen und Prozesse der Planung (z.B. Gremienstrukturen) infrage stellten auf der Suche nach effektiveren Planungsverfahren – eine typische Figur politischer Kommunikation in der Zusammenarbeit zwischen kleinen kreisangehörigen Gemeinden und den Verwaltungen auf Kreisebene (vgl. Katzer et al. 2016).

Auch die an den Planungsprozessen beteiligten Vertreter\*innen der Anbieter von Leistungen aus der Alten- und Behindertenhilfe brachten – unausgesprochen – ihr jeweiliges Selbstverständnis in den Prozess ein und wehrten typische Zuschreibungen ab: So wies der Vertreter einer stationären Altenhilfeeinrichtung die Befürchtung von Bürger\*innen, die Inanspruchnahme von offenen Beratungsangeboten des Anbieters würde mit der Zuweisung eines Heimplatzes enden, in aller Deutlichkeit zurück – die in dieser Vorannahme zum Ausdruck kommenden Ängste von Ratsuchenden wurden damit auch abgewehrt. Erst durch die Bewusstma-

chung solcher Abwehrmechanismen auf beiden Seiten in der Arbeitsgruppe gelang es, konstruktiv gemeinsam zu überlegen, wie Beratungsangebote ausgestaltet sein sollten. Schließlich wurde mit dem Vertreter der Kreisverwaltung vereinbart, dass die im nächst größeren Ort angesiedelte, von Kreis und Pflegekasse gemeinsam getragene Pflege- und Wohnberatungsstelle künftig einmal wöchentlich mit einem Beratungsangebot in der kleinen Gemeinde präsent sein würde, um eine von ortsansässigen Leistungsanbietern unabhängige und damit in der Wahrnehmung der Betroffenen niedrigschwelligere Beratung vor Ort anbieten zu können.

#### 4 Handlungsleitende Hinweise für eine inklusive Planungskultur

Je inklusiver Planungsprozesse angelegt sind, umso weniger ist davon auszugehen, dass Einstellungen und Deutungsmuster sowie die dahinterliegenden Werthaltungen tatsächlich gemeinsam geteilte sind. Zur Vorfeldarbeit in inklusiven Planungsprozessen gehört daher nicht nur eine Analyse von Infrastruktur- und Sozialdaten der jeweiligen Kommune bzw. des jeweiligen Sozialraums, sondern auch eine Erkundung und Analyse der vorfindlichen Planungstraditionen. Im Rahmen des ‚cultural turn‘ ist in der Planungstheorie ein Bewusstsein dafür entstanden, dass das Verhalten von Planenden und anderen beteiligten Akteuren nicht mehr nur sachbezogen-rational, sondern auch durch Organisations- und Planungskulturen geprägt ist (vgl. Helmholz 2013, S. 51). Je besser es auch in der Praxis gelingt, neue Planungsforderungen und -interessen anschlussfähig zu machen an die bestehende Planungskultur und Planungstradition, umso eher gelingt es, miteinander sprachfähig und damit auch planungsfähig zu werden.

Konflikte in inklusiven Planungsverfahren können – neben der Unterschiedlichkeit von Planungskulturen und -traditionen – aus der Ungleichzeitigkeit eines (schnellen, eher von außen induzierten) institutionellen Wandels einerseits und der (langsamen, weil mit einer Veränderung der eigenen Identität, des eigenen Selbst-

verständnis einhergehenden) Veränderung der Planungskultur andererseits resultieren. Inklusive Planungsprozesse müssen mit dieser Ungleichzeitigkeit rechnen und sind daher – paradoxerweise – selbst nicht planbar. In der Kooperation geht es nicht nur darum, gemeinsame neue Wege zu beschreiten, sondern darin unter Umständen auch „feldeigene Pfade“ in ihrer Bedeutung für die Interessen der Adressat\*innen zu erhalten. Insofern wird nicht nur das „Getrennte“ vom „Gemeinsamen“ abgelöst, vielmehr gilt es, Gemeinsamkeit und Unterschiedlichkeit gleichzeitig wahrzunehmen, beidem Raum zu geben und sich in Unterschiedenheit (Identität) und Freiheit gemeinsam auf den Weg zu machen. Die von Schädler in der Behindertenhilfe ausgemachte „institutionelle Beharrlichkeit“ (Schädler 2003) verhindert oft Veränderungsprozesse in Richtung innovativer Lösungen. Erfahrungen auf europäischer Ebene zufolge werden „Veränderungen von Systemen nur aufgenommen, wenn der Veränderungsdruck sehr hoch oder Nicht-Anpassung mit Sanktionen verbunden ist“ (Fürst 2007, S. 9). Die Veränderungsresistenz weist aber auch auf die Notwendigkeit hin, in Veränderungsprozessen Sorge zu tragen, dass bisherige Traditionen „in Würde verabschiedet werden“ und die Akteure auch in neuen Planungs- und Organisationsstrukturen die eigene Identität wahren bzw. weiterentwickeln können. Daher käme es darauf an, die Identität nicht an tradierten Strukturen der Planung festzumachen, sondern an (gemeinsamen) Optionen. Dass Interessenlagen beteiligter Akteure in Planungsprozessen zunächst sehr unterschiedlich sind, sollte ohne Wertung zur Kenntnis genommen werden. So haben etwa Politiker\*innen und Parteien den Machterhalt und Wahlerfolge im Blick, während die Verwaltung um Stetigkeit und Selbsterhalt bemüht ist, Betroffene bringen etwa in Bürgerbeteiligungsverfahren ihre individuellen Interessen nach Sicherung ihrer Lebensqualität ein, während Anbieter sozialer Dienstleistungen um Aufträge und Klient\*innen konkurrieren und um materielle und immaterielle Wertschöpfung bemüht sind (vgl. Wiechmann 2008, S. 117). Konvergierende Optionen, die in gemeinsam verabredeten adressatenorientierten Leitzielen (vgl.

Dieckmann et al. 2018) ausformuliert werden, können die Basis für eine Kooperation schaffen, auf die sich die Akteure ohne Angst um die eigene Identität einlassen. Dazu bedarf es der wechselseitigen Wertschätzung in der Unterschiedlichkeit und der Sicherheit, dass die Interessen der verschiedenen Akteure im Prozess immer wieder als Korrektiv eingeholt werden. Inklusive Planung ist ein konflikthafter, offener Lernprozess, in dem die notwendigen Kompetenzen bei den beteiligten Akteuren oftmals im Prozess erst entstehen.

## Literatur

- Dieckmann, Friedrich et al. (2018): Strategische Elemente auf dem Weg zu einer inklusiven Sozial-planung für die Lebensphase Alter. In: Schäper et al. 2018 (i.E.).
- Fürst, Dietrich (2007): Planungskultur. Auf dem Weg zu einem besseren Verständnis von Planungsprozessen? In: PNDonline III|2007, online verfügbar: [http://www.planung-neudenken.de/content/view/80/41\(12.10.2017\)](http://www.planung-neudenken.de/content/view/80/41(12.10.2017)).
- Helmholz, Anouk (2013): Raumplanung und Planungskultur in Deutschland und Österreich (Universität Tübingen, Global Studies Working Papers 11/2013), Tübingen.
- Katzer, Michael et al. (2016): Inklusive Sozialplanung für Menschen mit und ohne Behinderung im Alter: Regionalbericht Wettringen (Zwischenbericht im Rahmen des Forschungsprojektes „Sozialraumorientierte Planung von Hilfe- und Unterstützungsarrangements für Menschen mit und ohne lebensbegleitende Behinderung im Alter“ SoPHiA), Münster, online verfügbar: [https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Teilhabeforschung/Projekt\\_SoPHiA\\_Regionalbericht\\_Gemeinde\\_Wettringen.pdf](https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Teilhabeforschung/Projekt_SoPHiA_Regionalbericht_Gemeinde_Wettringen.pdf) (30.10.2017).
- Keim, Karl-Dieter; Jähnke, Petra; Kühn, Manfred & Liebmann, Heike (2002): Transformation der Planungskultur? Ein Untersuchungsansatz im Spiegel stadt- und regionalplanerischer Praxisbeispiele in Berlin-Brandenburg. In: Planungsgrundschau - Zeitschrift für Planungstheorie und

- Planungspolitik 6, S. 126-152. Online verfügbar unter <http://opus4.kobv.de/opus4-UBICO/frontdoor/index/index/docId/944> (26.07.2017).
- Keller, Donald A./ Koch, Michael/ Selle, Klaus (2006): Verständigungsversuche zum Wandel der Planungskulturen. Ein Langzeit-Projekt, in: Selle, Klaus (Hg.): Zur räumlichen Entwicklung beitragen. Konzepte, Theorien, Impulse, Dortmund: Rohn-Verlag, 279-291.
- Kollewe, Carolin (2015): »Nothing about us without us«? – Partizipative Forschung und Beteiligungsformen alter Menschen am Beispiel Großbritannien. In: Journal für Psychologie 23:1, 193-215.
- LAG Selbsthilfe NRW e. V. (Hg.) (2015): Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen in den Kommunen stärken! Abschlussbericht zum Projekt. Münster.
- Rohleder, Christiane/ Dieckmann, Friedrich (2018): Inklusive Sozialplanung als kommunale Gestaltungsaufgabe. In: Schäper et al. 2018 (i.E.).
- Schäper, Sabine et al. (erscheint 2018): Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter: Ein Manual für die Planungspraxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schein, Edgar (2010): Organisationskultur. 3. Aufl. Bergisch-Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Selle, Klaus (1999): Neue Planungskultur – Raumplanung auf dem Weg zum kooperativen Handeln? In: Schmals, K. M. (Hg.): Was ist Raumplanung? Dortmund, 210-226.
- Ulrich, Peter (1996): Symbolisches Management. Ethisch-kritische Anmerkungen zur gegenwärtigen Diskussion über Unternehmenskultur. St. Gallen.
- Wiechmann, Thorsten (2008): Planung und Adaption. Strategieentwicklung in Regionen, Organisationen und Netzwerken. Verlag Dorothea Rohn. Detmold.

Uwe Hellwig

## Herausforderungen integrierter kommunaler Sozialplanung

Der demografische, soziale und digitale Wandel sowie steigende Sozialausgaben der Kommunen zwingen uns zum Umdenken. Komplexe und umfassende Problemlagen sowie eine steigende Nachfrage nach Hilfen kennzeichnen die Situation sozialer Arbeit und sozialer Dienstleistungen. Die Entwicklungen führen die Kommunen in den unterschiedlichen Helfefeldern an ihre Leistungsgrenzen. Stichworte sind: Inklusion vor Ort ermöglichen, steigende Nachfrage nach Betreuungs- und Pflegeleistungen für ältere Menschen, Rückgang des familiären Pflegepotenzials und nicht ausreichende Arbeitskräfte am Markt bei mangelndem Interesse an sozialen/pflegerischen Berufen und einer zunehmenden Digitalisierung der Arbeitsstrukturen.

Die daraus entstehenden Herausforderungen sind zu komplex, um von einzelnen Hilfesystemen oder Akteuren allein bewältigt zu werden. Der Wandel erfordert eine ressort- und fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Verwaltungen und Organisationen (Kinder, Jugend, Soziales, Kita, Pflege, Psychiatrie, Gesundheit, Wohnen, Verkehr, etc.). Strategische Entwicklungsprozesse müssen über Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten und teilweise über regionale Grenzen hinweg implementiert werden. Infolgedessen steigen bei den Akteuren der Bedarf an Planungs- und Koordinationsunterstützung sowie die Bereitschaft zur Kooperation. Die zentrale Herausforderung kommunaler Sozialpolitik ist folglich nicht die Frage, ob und wie Sozialleistungen finanziert werden können.

Im Mittelpunkt steht vielmehr die Frage nach den sozialen Herausforderungen selbst und der Erschließung entsprechender Ressourcen. Positiv gewendet bedeutet dies, den demografischen, sozialen und digitalen Wandel als Ausgangspunkte und Chance für innovative Konzepte zu begreifen. Was bedeutet das für die kommunale Sozialpolitik? Die kommunale Sozialpolitik bedarf

einer Neuausrichtung. Sie ist in ihrer traditionellen, defizitorientierten und fürsorgerischen Ausprägung reformbedürftig und muss konzeptionell neu angelegt werden. Was wir brauchen ist eine inklusive, sektorenübergreifende, soziale Infrastruktur sichernde und vernetzende – kurz: eine zukunftsorientierte kommunale Sozialpolitik. Eine Neuausrichtung der kommunalen Sozialpolitik bezieht alle Lebenslagen mit Blick auf alle Generationen und Lebensalter ein. Ein solcher generationenpolitischer Ansatz kann neue Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen, indem altersgruppenspezifische Angebote durch generationenverbindende Ansätze ergänzt und „versäulte“ Hilfesysteme vernetzt werden. Es stellt sich daher nicht die Frage, ob sich kommunale Hilfen und Dienstleistungen an neue Bedarfe anpassen müssen, sondern wie sich diese mit der Bevölkerungsstruktur verändern müssen. Bestehende Segmentierungen in den Hilfesystemen können nur mit Hilfe von ressort- oder sektorenübergreifenden Planungen und Netzwerken überwunden werden. Sämtliche Methoden und Prozesse – und das gilt ebenso für die Leistungen wie für die Infrastruktur der Kommunen – müssen auch auf inklusionsfördernde und hemmende Aspekte überprüft werden. Der Deutsche Verein hat die Nutzung bzw. den Aufbau kommunaler Netzwerkstrukturen unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Gegebenheiten in seinem ersten Diskussionspapier zu inklusiver Bildung eine inklusive kommunale Planung angeregt. Kommunale Planung kann die Zugänge und Voraussetzungen für Teilhabe an sozialen Systemen verbessern und so Inklusion fördern. Eine entsprechende Perspektiverweiterung vollzieht sich bereits in einigen Kommunen.

Eine ressort- und fachübergreifende sowie interdisziplinäre Planung und Zusammenarbeit erfordert einen integrierten Planungsansatz, der quer zu den herkömmlichen Verwaltungseinheiten und Hierarchien liegt. Er verknüpft alle Planungsbereiche, beispielsweise Sozial- und Stadtplanung bzw. Kreisentwicklungsplanung, zur Gestaltung inklusiver Sozialräume und ermöglicht so eine effiziente und effektive Steuerung der Sozialpolitik. Um dies zu ermöglichen, muss eine ressort- und fach-

übergreifende Abstimmung im Verwaltungshandeln institutionalisiert werden. Es reicht also nicht aus, von den Kommunen die Umsetzung inklusiver Strukturen und Prozesse zu fordern. Die Implementierung der erforderlichen inklusiven Strukturen kostet Zeit und Geld. Wer integrierte Planung und Inklusion will, der muss letztlich auch Geld in die Hand nehmen. Eine entsprechende Perspektiverweiterung vollzieht sich bereits in einigen Kommunen. Damit gehen für die kommunale Sozialpolitik neue thematisch-inhaltliche Aspekte, neue Zielgruppen und neue Akteure einher. Erforderlich sind eine Flexibilisierung und Öffnung der Leistungssysteme, um den Bedürfnissen der Bürger/innen entsprechen zu können. Es braucht möglichst wohnortnahe offene, gut bekannte und leicht zu findende Angebote mit Leistungen entsprechend der persönlichen Situation und über einen bestimmten Zeitraum hinweg. Technisch setzt die Identifizierung von Handlungsbedarfen auf kommunaler Ebene eine gezielte Beobachtung, Analyse und Prognose der sozialen und demografischen Entwicklung auf regionaler Ebene und die Einbindung in regionale Planungsprozesse, Strategien und Netzwerke voraus. Tatsächlich liegt der weitaus überwiegende Teil der Datenbasis der laufenden Raumbesichtigung in Deutschland auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vor. Für eine langfristige Beobachtung (Monitoring) auf Ebene der Gemeinden sind Umfang und Tiefe der verfügbaren räumlichen Indikatoren nicht geeignet. Bund und Länder sollten die schon bestehenden Möglichkeiten nutzen und die Entwicklung eines Indikatorensystems vorantreiben, das das langfristige Monitoring auf kleinräumiger Ebene von Gemeinden bzw. Gemeindeteilen ermöglicht.

Der grundlegende Strukturwandel einer verändernden Gesellschaft kann jedoch nicht mit Modellprojekten bewältigt werden: Stichwort „Projektitis“. Erfolgreiche Modelle müssen in Regelleistungen und -finanzierungen überführt werden. Nur so kann die soziale Infrastruktur zukunftsfest gestaltet werden. Der Deutsche Verein hat in seinen Eckpunkten für einen inklusiven Sozialraum gefordert, kommunale Verwaltungsstrukturen inklusiv auszurichten. Bislang werden die Diskussionen über sozialrau-

orientierte Hilfen vorwiegend ressortbezogen geführt. Zugleich bestehen jedoch Hilfebedarfe, die Leistungen von Diensten mehrerer Hilfesysteme anfragen. Entspezialisierte und sektorübergreifende Konzepte sind eine mögliche Antwort auf komplexe Hilfebedarfe.

Ich werde mich im Folgenden aus vier Richtungen dem Thema nähern:

1. Vor welchen Herausforderungen stehen die Einrichtungen und Dienste?
2. Welche Zuständigkeiten bestehen auf der kommunalen Ebene für Planung und Steuerung?
3. Die Zielgruppen und die Nutzung bestehender Angebote.
4. Die spezifischen Ausgangssituationen vor Ort und die damit verbundenen lokalen Identitäten.

1 Herausforderungen für Einrichtungen und Dienste  
Einrichtungen und Dienste sind zentrale Akteure für die Gestaltung der kommunalen Helfelandschaft. Begonnen werden sollte mit einer Recherche der Ressourcen (fachlich, räumlich sowie Beziehungen und Lage) bestehender Einrichtungen und Dienste. Im zweiten Schritt müssen die Entwicklungsmöglichkeiten der Organisationen unter den genannten Anforderungen aufbereitet werden. Schließlich sollten die Einrichtungen und Dienste entsprechend ihren Ressourcen bei kommunalen Planungsaktivitäten berücksichtigt werden. Der Deutsche Verein hat in seinen Empfehlungen zur örtlichen Teilhabeplanung Vorschläge gemacht, wie inklusive Sozialräume vor Ort geschaffen und weiterentwickelt werden können. Inklusive Angebote schaffen Synergien und steigern damit die Effizienz der Angebote. Dadurch werden zumindest einige spezialisierte Angebote entbehrlich. Die Entwicklung zu einer stärkeren Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe wird in der Planung zu beachten sein,

aber auch neue Möglichkeiten schaffen. Ambulante Wohnformen werden eine stärkere Rolle spielen und erleichtern die Inklusion von Menschen mit Behinderungen im Sozialraum. Stationäre Einrichtungen werden sich durch die Trennung der Fach- von den existenzsichernden Leistungen neu ausrichten. Sie werden ihr Leistungsangebot auch für eine ambulante Inanspruchnahme öffnen. Stationäre Pflegeeinrichtungen könnten z. B. zu Quartierszentren ausgebaut werden. Die Öffnung in den Sozialraum ermöglicht den Trägern die Chance für eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren. Gemeinsam könnten sie eine bedarfsgerechte Versorgung im Quartier sicherstellen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist es, die Erwartungen an die Organisation klar und deutlich zu kommunizieren und mit einer smarten Zielperspektive zu verbinden. Die Akteure vor Ort und auch die Kommune müssen akzeptieren, dass Leistungen und Wirkungen sozialer Arbeit nur in wechselseitiger Abhängigkeit gestaltet werden können. Dazu gehört es auch, Transparenz über die Hintergründe von Entscheidungen und über Planungsabsichten herzustellen.

## 2 Die Zuständigkeit der kommunalen Ebene für Planung und Steuerung

Die versäulten Leistungssysteme werden übergreifenden Problemlagen nicht mehr gerecht und sind überfordert. Fachbereichsgrenzen sind zu überwinden und gruppenbereichs-, kultur- und generationenübergreifende Organisations- und Arbeitsansätze sind zu entwickeln und auszubauen. Die Kommunen sind kaum in der Lage, die bestehende Versäulung allein zu überwinden. Sie sollten dafür neue Kooperationsformen erschließen und die Netzwerkarbeit mit den Akteuren vor Ort fördern. Um das zu erreichen, müssten sie ihre Managementlogik und ihr Steuerungsverhalten überdenken. Die Verwaltung muss weniger eine Kontrollfunktion wahrnehmen als vielmehr eine moderierende Prozesssteuerung anstreben. Die Kommunen können Netzwerkentwicklungen zielgerichtet anregen, indem sie bestehende Interessenlagen aufgreifen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Netzwerke nur begrenzt durch die Verwaltung steuerbar sind. Sie

folgen den Interessen der an der Netzwerkarbeit beteiligten Gruppen und Stakeholder.

Inklusionskompetenz muss jeweils vor Ort entwickelt werden. Das Verständnis von kommunaler Unterstützung für Teilhabe hat sich mit der Erstellung kommunaler Aktionspläne erweitert und vertieft. Neben der eigenen Leistungserbringung erwächst den Kommunen zunehmend die Aufgabe, die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Handlungsfeldern einer umfassend verstandenen Sozialpolitik zu gestalten. Sozialräumliche Arbeitsformen und damit verbundene Netzwerke entstehen nicht von selbst. Die Kommune muss auch hier bereit sein, ihre eigenen Strukturen entsprechend zu verändern. Zur Umsetzung kommunaler Sozialpolitik sind Vorkehrungen in der kommunalen Verwaltung nötig, was Ziele, Abläufe und Organisation betrifft. Die Kommune sollte sich ein Leitbild geben, das die Bürger/innen anspricht und deren gesellschaftliche Teilhabe fördert. Die Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes ist Ausgangspunkt für die Kooperation zwischen den Akteuren in der Kommune. Es bildet die Grundlage für eine Orientierung und Gestaltung der Zusammenarbeit. Es legt Prinzipien fest, wie Ziel- und Ergebnisorientierung der Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse sowie die Verpflichtung aller Beteiligten gemeinsam kostengünstige und qualitativ vertretbare Lösungen zu finden und Dienstleistungen zu erbringen. Dabei ist das Erbringen der Einzelleistungen in Bezug auf den gemeinsamen Systemauftrag besonders zu berücksichtigen. Mindestens genauso wichtig ist: Sozialpolitik muss Chefsache sein. Sie muss die Unterstützung der Leitung haben und darf nicht als Appendix vermeintlich prioritärer Verwaltungseinheiten behandelt werden. Deshalb muss Sozialpolitik ressortübergreifend verstanden werden. Die beteiligten Verwaltungseinheiten und Stakeholder müssen zusammenarbeiten. In entsprechenden Förderrichtlinien sollte ressortübergreifendes und integriertes kommunales Handeln noch stärker zur Bedingung von Förderungen verankert werden. Anlauf- und Koordinierungsstellen können als Ansprechpartner für die Schaffung von Kooperationsstrukturen und von Netzwerken zwischen den verschiedenen Einrichtun-

gen und Akteuren in der Kommune agieren. Mit der Einführung sozialräumlicher Ansätze müssen auch die Mitarbeitenden in den Kommunen entsprechend qualifiziert werden. Die Kommunen bzw. die Leistungsträger sollten eine Sockelfinanzierung für Engagement fördernde Strukturen bereitstellen. Dazu gehören auch finanzielle Mittel für sozialräumliches Arbeiten, ebenso wie Budgets für „fallunspezifische Arbeit“ und „sozialräumliche Arbeit“.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Kommunen, integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte zu erstellen und damit zu arbeiten. Sie beinhalten innovative kommunale Planungsstrukturen, die es ermöglichen auf die gestiegene Komplexität der Herausforderungen vor denen Kommunen stehen sowie auf sich verändernde Situationen und Bedarfsstrukturen angemessen zu reagieren. Eine kommunale Gesamtplanung tritt an die Stelle von Fachplanungen bzw. fügt sie integrierend – nicht additiv – zusammen. Die Beteiligung von Bürger/innen und zivilgesellschaftlichen Akteursgruppen am Strategieprozess ist wesentlicher Erfolgsfaktor zur Erschließung von Ressourcen zukunftsfähiger Sozialleistungen. Sozialplanung, Stadtplanung/Kreisentwicklungsplanung und Fachplanungen sollten in einem gesamtplanerischen Prozess integriert werden. Integrierte Konzepte zu erstellen ist sehr arbeitsintensiv. Der Nutzen ergibt sich dann, wenn die verschiedenen zuständigen Ressorts und Fachbereiche der Verwaltung aktiv gemeinsam Entwicklungs- und Handlungskonzepte erarbeiten und dabei die Akteure vor Ort beteiligt werden. Dann ist das ein Lernprozess und das fertige Konzept ist ein „Masterplan“, mit dem sich wirklich etwas bewegen lässt. Dies gilt ganz besonders für soziale Aufgaben und soziale Dienstleistungen. Dafür gibt es keinen Markt wie für Socken oder für Computerspiele. Soziale Aufgaben und soziale Dienstleistungen müssen geplant werden, damit das stattfindet, was der Deutsche Verein zum grundsätzlichen Ziel sozialräumlichen Handelns erklärt hat: nämlich die Vernetzung von Akteuren und verschiedenen Planungsbereichen. Der Deutsche Verein hat sich bereits 2011 in seinen Eckpunkten für einen inklusiven Sozialraum darauf verständigt, dass dieser ein barrierefreies Leben-

sumfeld ist, das alle Menschen mit und ohne Behinderungen, alte und junge Menschen, Menschen mit und ohne Migrationshintergrund selbstbestimmt gemeinsam nutzen und mitgestalten können. Zur Schaffung inklusiver Sozialräume braucht es eine gemeinsame Strategie aller Akteure vor Ort. Sozialräumliches Handeln in den Kommunen braucht Netzwerke vor Ort. Das ist eine der Kernbotschaften der oben genannten Eckpunkte: Sozialräumliches Handeln braucht starke Netzwerke im Quartier. Dafür müssen die verschiedenen Akteure gewonnen werden. Beispielsweise können Kommunen durch Kooperationen mit Rehabilitationsträgern einen inklusiven Sozialraum fördern. Die Teilhabe- und Gesamtplanung, in der die Bedarfe der Menschen mit Behinderungen festgestellt werden, erfolgt auch unter Beachtung von Sozialraumorientierung. In diesen Verfahren können Erkenntnisse über Lücken und Möglichkeiten des Sozialraums gewonnen werden, von denen auch z. B. die Stadtplanung profitieren und die sie inklusionsfördernd umsetzen kann.

### 3 Zielgruppen und Nutzung bestehender Angebote

Für Einrichtungen und Dienste mit unterschiedlichen Zielgruppen besteht das Risiko, dass zwischen diesen Gruppen Vorbehalte und Konflikte auftreten. Vereinzelt besteht die Gefahr, dass spezialisierte Angebote ihren Nutzer/innen nicht ausreichend gerecht werden. Um die Bedürfnisse der Bürger/innen zu identifizieren, sollten Befragungen durchgeführt werden. Da Quartiere sehr unterschiedlich strukturiert sind, muss die Planung kleinräumig erfolgen. Grundsätzlich sollte die Planung mit einem partizipativen Ansatz vollzogen werden.

Inklusive Angebote vermindern Doppelarbeit, schaffen Synergien und steigern damit die Effizienz der Angebote. In inklusiven Lebensräumen sind nicht alle, aber einige spezialisierte Angebote entbehrlich. Die Zusammenführung unterschiedlicher Leistungsbereiche und die ressort- und fachübergreifende Bearbeitung sozialer Problemlagen können die Leistungserbringung aus einer Hand und eine integrierte Beratung erleichtern. Es wäre aber fatal, bei der Einführung inklusiver Angebote allzu reflexartig auf

die knappen kommunalen Kassen zu verweisen. Schließlich sind auch die volkswirtschaftlichen Kosten von Sondersystemen ziemlich hoch. Das derzeitige segregierende Leistungssystem steht zudem konträr zum Inklusionsgedanken. Was wir brauchen sind kleinschrittige und kreative Überlegungen und Lösungen, welche zum Teil ohne oder mit nur geringem finanziellem Aufwand umgesetzt werden können. Daseinsvorsorge ist Aufgabe der Kommunen – aber nicht nur der Kommunen. Die Kommunen müssen nicht alle Leistungen selbst anbieten. In vielen Bereichen genügt es, wenn die Kommune entsprechende Vorstellungen oder Planungen entwickelt und Dritte dazu anregt, in einem vorgegebenen Rahmen tätig zu werden. Informelle Hilfenetzwerke (Familie, Freunde, Nachbarn, Vereinsmitglieder und bürgerschaftlich Engagierte) bilden eine wichtige Säule des Gemeinwesens und müssen gestärkt werden. Durch die Förderung von Selbsthilfegruppen oder Vereinen können Kommunen erreichen, dass sich Menschen produktiv in die Gesellschaft einbringen und dadurch zugleich ihre Lebensqualität und ihre Gesundheit fördern. Indem Kommunen die Bewohner/innen an ihren Planungen beteiligen, können sie deren Bedarfe und Bedürfnisse bei ressort- und fachbereichsübergreifenden Problemlagen besser erfassen. Die Beteiligung von Bürger/innen und zivilgesellschaftlichen Akteursgruppen am Strategieprozess ist wesentlicher Erfolgsfaktor zur Erschließung von Ressourcen zukunftsfähiger Sozialleistungen. Eine der Voraussetzungen für die Einbindung von ehrenamtlichem Engagement in ein Hilfenetz, ist die Einbindung in das Quartier bzw. in die Nachbarschaft. Es ist leichter möglich, Unterstützungsbedarfe zu erkennen und einander zu helfen, wenn man sich bereits kennt. Auch digitale Medien können die Teilhabe fördern, wenn sie allen Interessierten offenstehen und die barrierefreie Gestaltung sozialer Beziehungen ermöglichen. Die Arbeit mit und in komplexen sozialräumlichen Netzwerken ist ohne digitale Medien kaum mehr möglich. Kommunen stehen deshalb vor der Aufgabe, Organisationsentwicklungen mit sozialräumlicher und digitaler Perspektive umzusetzen.

#### 4 Spezifische Ausgangssituationen vor Ort und damit verbundene lokale Identitäten

Innerhalb von kommunalen Gebietskörperschaften haben sich mitunter lokale Identitäten herausgebildet bzw. erhalten. Diese wirken sich auf die Einstellungen handelnder Akteure sowie auf die Organisation der Hilfelandschaft im Sozialraum aus. Ebenso hängen die jeweiligen Stärken und Defizite örtlicher Sozialplanung meist von strukturellen Rahmenbedingungen, vom Entwicklungsgrad vorhandener Konzeptionen, aber auch von eher zufälligen berufsbiografischen Zugängen der Planer/innen ab. Entsprechend unterschiedlich sind die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen und die angewandten Methoden in der Sozialplanung. Bei der Planung und Steuerung kommt es darauf an, lokale bzw. sozialräumliche Bezüge herzustellen. Die Angebote der Akteure sind nicht allein fachspezifisch zu verstehen und zu organisieren, sondern als Teil eines sozialräumlichen Angebotsnetzes. In den jeweiligen Sozialräumen müssen vorhandene Kräfte aktiviert, gebündelt und vernetzt werden. Politik, Verwaltung, Wohlfahrtspflege, (Sozial-)Wirtschaft und Zivilgesellschaft müssen eine gemeinsame Zielsetzung verfolgen und miteinander kooperieren, damit ein nachhaltiger Ausbau lokaler Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen gelingen kann. Eine aktive Beteiligung der zivilgesellschaftlichen Akteure und die direkte Ansprache von Stakeholdern wirken unterstützend und sollten von kommunaler Seite systematisch gefördert werden. Darüber hinaus gilt die Regel, dass ein Nutzen für den jeweiligen Akteur erkennbar sein muss. Das Denken in Leistungsketten könnte hilfreich sein, in dem sich die Akteure als Glied wiederfinden und die Beziehung zu vorherigen oder folgenden „Kettengliedern“ erkennbar wird.

Eine integrierte wohnortnahe Sozialberatung in kommunaler Hand ermöglicht den Bürger/innen Beratung aus einer Hand und der Verwaltung die Vernetzung, Moderation und Steuerung sowie die Integration verschiedener sozialer Dienste. Nur so können Doppelberatungen vermieden werden. Gleichzeitig werden die Menschen nicht von vornherein spezifischen Leistungskategorien zugeordnet. Dies öffnet den Blick für die Vielschichtigkeit der

Menschen. Wir sind eben nicht nur Menschen mit bestimmtem kulturellem Hintergrund oder mit Behinderung oder einer bestimmten Altersgruppe, sondern tragen diese Merkmale in den verschiedensten Konstellationen mit uns und haben daraus resultierende individuelle Bedürfnisse und Bedarfe.



## (Mehr als) die Summe der Teile. Netzwerktheoretische Überlegungen im Kontext feldübergreifender Kooperation im kommunalen Raum

### 1 Einleitung

Die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland sehen sich aktuell mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. Allgemein wird im Zuge der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten von insgesamt steigenden Bedarfen ausgegangen (vgl. bspw. Hackmann, Klein, Schneidenbach, Anders & Vollmer, 2016, S. 7). Dies gilt, auf den ersten Blick, vor allem für das Feld der Pflege. Dieses sieht sich, im Zusammenhang mit einer immer älter werdenden Bevölkerung, mit insgesamt zunehmenden sowie im Einzelfall immer komplizierteren Anfragen konfrontiert.

Die demografische Entwicklung macht jedoch auch vor den Hilfen für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung sowie den Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht halt. Analog zur gesamtgesellschaftlichen Entwicklung gilt für beide Hilfesysteme, dass sie sich mit einer insgesamt alternden Klientel konfrontiert sehen. Auch hier zeigt sich im Einzelfall eine Zunahme komplizierter oder gar komplexer Unterstützungsbedarfe<sup>1</sup>. Komplexität im Kontext sozialer Dienste bezieht sich jedoch keinesfalls nur auf individuelle Hilfebedarfe, sondern auch auf die Problemlagen in modernen Gesellschaften insgesamt (vgl. van Santen & Seckinger, 2003, S. 16).

Als Reaktion auf die beschriebene Komplexität moderner Problemlagen im Allgemeinen sowie im Zusammenhang mit komplexen, individuellen Unterstützungsbedarfen im Speziellen

---

<sup>1</sup> Zur Unterscheidung zwischen „komplizierten“ und „komplexen“ Unterstützungsbedarfen kann auf systemtheoretische Komplexitätsmodelle zurückgegriffen werden. Nach Rittmann (2014, S. 34) sind Systeme „komplex“, wenn sie über eine hohe Anzahl unterschiedlicher Elemente verfügen, zwischen denen dynamische Wechselwirkungen bestehen.

werden seit einiger Zeit Forderungen nach einer verstärkten Kooperation sozialer Dienste erhoben (vgl. van Santen & Seckinger, 2003, S. 16). Zugleich werden eine Entspezialisierung sowie eine inklusive Öffnung bestehender Angebote angemahnt (Rohrmann, Schädler, Kempf, Konieczny & Windisch, 2015, S. 132; 156).

Die oben genannten Forderungen an soziale Dienste sind keineswegs neu, sondern wurden zum Teil bereits in den 1990er-Jahren im Zuge des Fachdiskurses um Sozialraumorientierung erhoben. Ausgangspunkte der Diskussion waren, so Früchtel (2014, S. 7), nicht zuletzt sozialraumorientierte Reformprozesse in der Jugendhilfe. In der Zwischenzeit finden sich sozialräumliche Ansätze u. a. auch im Bereich der Altenhilfe bzw. Pflege (vgl. bspw. Klie, 2018, S. 35) sowie im Bereich der wohnbezogenen Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (vgl. bspw. Terfloth, Niehoff, Klauß & Buckenmaier, 2016, S. 103). Sozialraumorientierte Konzepte werden zusätzlich dort diskutiert, wo mehr als ein etabliertes Handlungsfeld angesprochen ist. Exemplarisch sei hier die ‚Schnittstelle‘ zwischen wohnbezogener Eingliederungshilfe und Altenhilfe bzw. Pflege erwähnt (vgl. bspw. Schäper, 2016, S. 91).

Die Sozialraumorientierung vertritt nicht weniger als den Anspruch einer kritischen Selbstvergewisserung sozialer Arbeit. In der Analyse richtet sie sich, auf der Systemebene, unter anderem gegen organisationale Standardisierungen. Auf der lebensweltlichen Ebene kritisiert sie Exklusions- und Entwertungsprozesse, welche sie gegen Individuen richtet (vgl. Früchtel, 2014, S. 9). In diesem Zusammenhang werden Forderungen nach einer Flexibilisierung sozialer Dienste sowie nach einer „fallunspezifischen“ (ebd., S. 10) Vernetzung von Praktikerinnen und Praktikern erhoben. Noack (2017, S. 201) weist in diesem Zusammenhang mit dem Fachkonzept Sozialraumorientierung auf die Anschlussfähigkeit netzwerkanalytischer und netzwerktheoretischer Konzepte hin.

Der vorliegende Beitrag geht vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangssituation der Frage nach, wie Erkenntnisse der

Netzwerkforschung für eine zumindest punktuelle Auflösung organisationaler Feldgrenzen und damit verbunden für eine Flexibilisierung sozialer Dienste nutzbar gemacht werden können. Der Beitrag bezieht sich in diesem Zusammenhang auf netzwerktheoretische Überlegungen sowie auf empirische Befunde aus dem Forschungsprojekt „Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik in den Feldern der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie“ (KoKoP). Die folgenden Überlegungen gehen von einem Raumverständnis aus, welche an Noacks (2017, S. 201) Überlegungen zur Unterscheidung von Planungs- und Sozialräumen anschlussfähig ist. Sozialräume sind demnach „das Ergebnis sich überlappender, individuell konstruierter Lebensräume“ und von Planungsräumen im Sinne „geografisch markierte[r] Territorien als administrative Steuerungsgroßen“ zu unterscheiden (ebenda). Wenn im Folgenden vom kommunalen Raum als Bezugsrahmen der hier vorgestellten Überlegungen gesprochen wird, so ist damit ein kommunales Territorium als Planungsraum oder als Summe mehrerer Planungsräume gemeint. Der vorliegende Beitrag schließt entsprechend mit einigen Überlegungen allgemeiner Art zu Implementationsansätzen für hilfefeldübergreifende Netzwerke und Anlaufstellen im kommunalen Raum. Diese Argumentation bedarf jedoch zunächst einiger grundlegender Überlegungen hinsichtlich der gegenwärtigen Abgrenzung organisationaler Helfefelder.

## 2 Kooperationsbedarfe in kommunalen Helfefeldern

Im Fokus des Forschungsprojekts KoKoP stehen die Felder der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein. Von diesem wird im Rahmen des Projekts angenommen, dass es sich um einen typischen Flächenkreis im ländlichen Nordrhein-Westfalen handelt. Im Zusammenhang des Projekts wurde von Juli bis September 2017 eine quantitative Befragung der Leitungskräfte aller insgesamt 200 Einrichtungen, Diensten und Stellen der drei genannten Felder in Siegen-Wittgenstein durchgeführt. Hierbei konnte eine repräsentative Betei-

ligung für alle drei Felder realisiert werden (Schädler, Wittchen, Reichstein, Litzenberger & Serapinas, 2018b, S. 3 – 4).

Im Vorfeld der hier skizzierten Untersuchung wurden die für die Untersuchung berücksichtigten Einrichtungen, Dienste und Stellen anhand ihres Angebotsprofils vorsortiert. Dabei wurden sie den drei Bereichen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie zugeordnet. Im Rahmen der theoretischen Vorüberlegungen wurde in diesem Zusammenhang das Konzept des „organisationalen Feldes“ nutzbar gemacht, welches von DiMaggio und Powell (1983) in die neoinstitutionalistische Theoriedebatte eingeführt wurde. Demnach sind organisationale Felder „those organizations that, in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products“ (DiMaggio & Powell, 1983, S. 148). Betrachtet werden also „Gruppen von Organisationen, die in ein gemeinsames Sinnsystem eingebunden sind, dass durch aufeinander bezogene[s] Handeln und geteilte Regulationsformen bestimmt wird“ (Bleicher, 2006, S. 46). Organisationale Felder setzen sich also einerseits aus Organisationen, die ähnliche Dienstleistungen und Produkte herstellen, zusammen. Andererseits gehören zum organisationalen Feld auch vor- und nachgelagerte Unternehmen (Lieferanten und Konsumenten) sowie die zuständigen Regulierungsbehörden (vgl. Bleicher, 2006, S. 46 – 47). Gemeinsam bilden sie die „relevante gesellschaftliche Umwelt und daher den Bezugsrahmen für organisationales Handeln“ (Schädler, 2002, S. 18).

Organisationale Felder existieren nicht von vornherein, sondern lassen sich lediglich empirisch in konkreten Zusammenhängen nachweisen (vgl. DiMaggio & Powell, 1983, S. 148). Wie Schädler (2002, S. 18) zeigt, ist beispielsweise die Behindertenhilfe in Deutschland ein organisationales Feld. Ungeachtet dessen bleibt die These, wonach im Kreis Siegen-Wittgenstein drei organisationale Felder der Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Sozialpsychiatrie bestehen, empirisch begründungspflichtig. Diese Begründung vermag die hier skizzierte Untersuchung zu liefern.

Im Ergebnis kann gezeigt werden, dass sich die drei Felder anhand ihrer leistungsrechtlichen Grundlagen (vgl. DiMaggio & Powell, 2009, S. 64), anhand der angenommenen Zielgruppe der eigenen Angebote sowie anhand der überwiegenden Qualifikation der beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voneinander abgrenzen lassen (vgl. Schädler u. a., 2018b, S. 6–11). Dieser Befund geht mit weiteren Aspekte einher, die sich unmittelbar in der Betreuung der Klientinnen und Klienten manifestieren.

## 2.1 Zur Funktionalität der organisationalen Felder in der Betreuungspraxis

Feldübergreifend gehen die befragten Einrichtungen, Dienste und Stellen davon aus, dass sie die Bedarfe ihrer Klientinnen und Klienten in etwa drei Viertel der Fälle vollständig decken können. Zugleich meldet jedoch etwa ein Fünftel der Einrichtungen, Dienste und Stellen zurück, dass eine unvollständige Bedarfsdeckung „eher häufig“ oder „sehr häufig“ vorkommt (Schädler u. a., 2018b, S. 13). Im Anschluss daran ist zu klären, unter welchen Bedingungen unvollständige Bedarfsdeckungen auftreten.

Wenn eine Zuordnung von Hilfebedarfen zu den Angeboten eines Feldes in der Regel eindeutig möglich ist, so bedeutet dies im Umkehrschluss, dass Probleme besonders dann auftreten, wenn zusätzliche Bedarfe entstehen, welche eigentlich durch ein anderes Feld bearbeitet werden würden. Entsprechende Einschätzungen finden sich in allen drei der hier betrachteten Feldern, wenngleich die Ausprägung des Phänomens von Feld zu Feld variiert.

Zusätzliche pflegerische Bedarfe eigener Klient\*innen führen bei 40% der befragten Einrichtungen, Dienste und Stellen der Behindertenhilfe zu Problemen. Gleiches gilt für 33% der Einrichtungen, Dienste und Stellen des sozialpsychiatrischen Feldes (ebd., S. 13–14). Umgekehrt gelingt es Einrichtungen des pflegerischen Feldes vergleichsweise gut, sich auf zusätzliche sozialpsychiatrische Bedarfe oder Bedarfe aus dem Bereich der Eingliederungshilfe und Alltagsgestaltung einzustellen. Letztere führen lediglich bei 16% der Einrichtungen, Dienste und Stellen zu Problemen

(ebd.). Mit Blick auf zusätzliche sozialpsychiatrische Bedarfe sind es immerhin 24% der Einrichtungen, Dienste und Stellen des pflegerischen Feldes. Zusätzliche sozialpsychiatrische Bedarfe werden von 30% der hier repräsentierten Einrichtungen, Dienste und Stellen der Behindertenhilfe als Herausforderung wahrgenommen (ebd.).

Die zuvor beschriebenen Befunde sind für sich genommen sicherlich aussagekräftig. Allerdings vermögen sie die Problematik zusätzlicher Bedarfe nicht gänzlich zu erklären. Zu vermuten ist in diesem Zusammenhang, dass Probleme nicht nur bei zusätzlichen Bedarfen auftreten, die den beiden jeweils anderen hier betrachteten Feldern zugeordnet werden können (z. B. Gesundheitssystem, Jugendhilfe). Denkbar ist vielmehr, dass auch Bezüge zu anderen, hier nicht betrachteten, Feldern zu ähnlichen Herausforderungen führen.

## 2.2 Kooperation als mögliche Reaktion auf unvollständige Bedarfsdeckungen

Eine mögliche Antwort auf unvollständige Bedarfsdeckungen zu reagieren, ist die Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und Stellen des eigenen oder eines anderen Feldes.

In der Praxis können, auf Grundlage einer vertiefenden qualitativen Untersuchung in den drei genannten organisationalen Feldern, zwei Modi einer möglichen Zusammenarbeit beschrieben werden. Grundsätzlich ist es möglich, dass zwei Dienste die gleiche Person betreuen, ohne direkt miteinander zusammenzuarbeiten (vgl. Schädler, Wittchen, Reichstein, Litzenberger & Serapinas, 2018a, S. 46). Daraus folgt, dass die Koordinationsverantwortung nicht bei den beteiligten Diensten liegen kann. Hier kommen vielmehr die Klientinnen und Klienten selbst, deren rechtliche Betreuerinnen bzw. Betreuer oder Dritte in Betracht. Hiervon abzugrenzen ist die Möglichkeit einer unmittelbaren Kooperation zwischen zwei Diensten (vgl. Schädler u. a., 2018a, S. 46). Dieser Fall wird von den befragten Personen sowohl hypothetisch als auch konkret anhand von Beispielen thematisiert. Voraussetzung für eine unmittelbare Kooperation mehrerer

Dienste ist, so die entsprechenden Rückmeldungen, ein Verständnis für einander sowie eine klare Aufgabenteilung (vgl. ebd.). Die unmittelbare Kooperation zwischen zwei Diensten erscheint grundsätzlich auch im Rahmen einzelfallunabhängiger Netzwerkarbeit denkbar (vgl. Früchtel, 2014, S. 10).

### 3 Netzwerktheoretische Überlegungen

Die im vorangegangenen Abschnitt des vorliegenden Beitrages dargestellten empirischen Befunde zeigen, dass zwischen den kommunalen Helfefeldern der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie ein größtenteils ungedeckter Kooperationsbedarf besteht. Voraussetzung für gelingende Kooperationen ist grundsätzlich, dass geeignete Kooperationspartner im Bedarfsfall vorhanden, bekannt und ansprechbar sind. Im Idealfall können entsprechende Ressourcen bereits zu einem Zeitpunkt erschlossen werden, zu dem sie nicht unmittelbar benötigt werden (vgl. Früchtel, 2014, S. 10). Dieser Aspekt wird zum Abschluss des vorliegenden Beitrags vertiefend betrachtet. In diesem Zusammenhang bedarf es jedoch zunächst einiger grundlegender netzwerktheoretischer Überlegungen. Zum einen muss der Netzwerk-begriff für den hier verhandelten Zusammenhang operationalisiert werden. Zum anderen bedürfen die Wirkweisen des Netzwerkansatzes einer vertiefenden Betrachtung.

#### 3.1 Zugrundeliegendes Verständnis von Netzwerken

Hinsichtlich einer begrifflichen Operationalisierung sogenannter „Netzwerkaktivitäten“ schlägt van Aalst (2003, S. 34) vor, darunter das systematische Knüpfen und Nutzen von Verbindungen zu anderen Akteuren zu verstehen. Dafür ist es zunächst unerheblich, ob die Verbindungen zwischen Einzelpersonen, Teams oder ganzen Organisationen bestehen. Folgerichtig können Verbindungen innerhalb eines Netzwerks sowohl innerhalb, als auch außerhalb einer etwaigen eigenen Organisation geknüpft werden. Verknüpfungen im Sinne von van Aalst (2003, S. 34) bestehen in Netzwerken in Form von Kommunikation, Interaktion und Koordination. Hinsichtlich der Akteure in Netzwerken spricht die

Netzwerktheorie verallgemeinernd von „nodes“ bzw. „Knoten“. Diese Terminologie wird im Folgenden übernommen (vgl. van Aalst, 2003, S. 34).

Netzwerke weisen, so van Aalst (2003, S. 37), eine Reihe von charakteristischen Merkmalen auf. Diese gelten vornehmlich für die Verbindungen zwischen einzelnen Knoten eines Netzwerkes. Hinsichtlich dieser Verbindungen ist davon auszugehen, dass sie grundsätzlich interaktiv sind. Ein Austausch von Informationen findet also immer zwischen den Knoten statt, die sich aus der Verschränkung von Netzwerkbeziehungen bilden. Für alle Teilnehmer/innen eines Netzwerks gilt gleichermaßen, dass sie durch den direkten Informationsaustausch mit anderen Akteur/innen von ihrer Partizipation in einem gegebenen Netzwerk profitieren können (van Aalst, 2003, S. 37).

Der zuvor skizzierte Netzwerkbegriff legt nahe, dass die Knoten eines Netzwerks potenziell einen sehr heterogenen Hintergrund aufweisen. Dies impliziert, dass Netzwerke einen gemeinsamen Sinn für Zusammengehörigkeit, Zusammenhalt sowie für gemeinsame Werte erst entwickeln müssen (vgl. van Aalst, 2003, S. 38). Dies wiederum führt zu einer hohen Dynamik innerhalb bestehender Netzwerke. Dem Postulat der inneren Dynamik folgend haben Netzwerke einen eigenen Lebenszyklus. Einer eingehenden Konstituierungsphase folgend, bilden sich mit zunehmender Lebensdauer konkretere und kleinere Cluster, welche sich der Bearbeitung konkreterer Themenstellungen zuwenden (vgl. Diller, Gareis, Kohl & Schmidholz, 2014, S. 272).

Netzwerke kommen und gehen als solche, aber auch mit Blick auf einzelne Knoten und Verbindungen. Schlussendlich können sich Netzwerke nach einiger Zeit auflösen oder in neue Netzwerkbeziehungen übergehen. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die innere Dynamik eines gegebenen Netzwerkes auch zu Verschiebungen innerhalb der Zielsetzung führt. Diese können ein Netzwerk zu einem gewissen Zeitpunkt in seinem Lebenszyklus für einzelne Knoten unattraktiv machen (vgl. van Aalst, 2003, S. 39).

### 3.2 Typen von Netzwerken

In seinen Überlegungen zu Netzwerken differenziert van Aalst, ausgehend von Überlegungen grundsätzlicher Art, drei Formen von Netzwerken für die Praxis. Unterschieden werden das aufgabenbezogene Netzwerk („community of practice“), die vernetzte Organisation („networked organisation“) sowie virtuelle Gemeinschaften („virtual communities“). Unter aufgabenbezogenen Netzwerken werden dabei Netzwerke von Praktikerinnen und Praktikern verstanden, die vor allem Lösungen für Probleme finden, die in der Praxis vorkommen (ebd., S. 36). Empirisch findet sich bei Netzwerken dieses Typs eine Kombination aus gut organisierten Wissensbeständen und schneller interaktiver Kommunikation. Konkret ist damit die Kombination aus „know-what, know-how“ und „know-who, know-where“ gemeint (ebd.).

Vernetzte Organisationen bezeichnen die implizite oder explizite Kooperation zwischen an sich autonomen Organisationen. Die Kooperation entsteht dadurch, dass jeder Akteur im Rahmen seiner Selbstständigkeit und Kernkompetenz seine Aufgaben erfüllt, zugleich aber ein besseres Produkt für eigene Kundinnen und Kunden bereitstellt, indem er auf die Kernkompetenz anderer Organisationen zugreift sowie diese für seine eigenen Ideen nutzt (vgl. hierzu bspw. Schädler u. a., 2018a, S. 46). Im Falle vernetzter Organisationen ist grundsätzlich zunächst von einer egalitären Beziehung zwischen den Akteuren auszugehen.

Unter virtuellen Gemeinschaften fasst van Aalst (2003, S. 36) abschließend eine breite Vielfalt von Netzwerken zusammen, welche vor allem digitale Medien zum Austausch von Informationen, zum Aufbau öffentlichen Einflusses und zum Erreichen von spezifischen Zielen nutzen (vgl. van Aalst, 2003, S. 36.). Es kann sich bei Netzwerken dieses Typs grundsätzlich auch um Beziehungsgeflechte handeln, die dem Spaß dient. Van Aalst (2003, S. 36) geht jedoch von einer steigenden Verbreitung dieses Netzwerktyps unter Führungskräften öffentlicher Institutionen aus.

Grundsätzlich erscheinen zwischen Akteuren der sozialen Arbeit im kommunalen Raum alle drei Netzwerkformen denkbar. Die im

zweiten Abschnitt des vorliegenden Beitrags ausgeführten empirischen Befunde schränken diese Offenheit jedoch ein. Konkret gefragt sind Konzepte, die eine grundsätzliche Kommunikation feldintern und feldübergreifend ermöglichen. Hintergrund ist die Tatsache, dass Einrichtungen, Dienste und Stellen potenziell mit komplizierten bzw. komplexen Unterstützungsbedarfen konfrontiert werden. Diese bedürfen im Einzelfall einer Kooperation mehrerer Akteure. Mit der hier vorgenommenen Fokussierung auf komplizierte und komplexe Unterstützungsbedarfe ist zugleich ein gemeinsames Ziel feldübergreifender Netzwerke im kommunalen Raum formuliert worden. Der gemeinsame Gegenstand wäre die bessere Bearbeitung potenziell auftretender feldübergreifender Unterstützungsbedarfe.

Abschließend sind zwei zusätzliche Anforderungen an feldübergreifende Netzwerke im kommunalen Raum zu formulieren. Zum einen kommen mit der Zeit in den jeweiligen Feldern neue Einrichtungen, Dienste und Stellen hinzu. Diesem Aspekt muss in der Praxis durch eine grundsätzliche Anschlussfähigkeit für neue Akteure Rechnung getragen werden. Zugleich mahnt die angesprochene innere Dynamik bestehender Netzwerke an, eher koordinierte Netzwerke anzustreben. Hierdurch kann möglicherweise eine Bildung feldspezifischer Cluster vermieden und der gemeinsame Anspruch gestärkt werden. Denkbar erscheint in diesem Zusammenhang eine Einbindung als neutral anerkannte Akteure, welche von den Akteuren der adressierten Felder gleichermaßen als wertvoller Kontakt wahrgenommen werden. Diese Überlegungen führen im Rahmen des vorliegenden Beitrages zu einem besonderen Fokus auf aufgabenbezogenen Netzwerken, eher noch aber auf vernetzte Organisationen. Hinsichtlich der Koordinationsfunktion scheinen, vor dem Hintergrund der empirischen Befunde des KoKoP-Projekts, insbesondere zentrale öffentliche Akteure geeignet (vgl. hierzu bspw. Schädler u. a., 2018a, S. 59). Vor diesem Hintergrund werden im abschließenden Abschnitt des vorliegenden Beitrages weiterführende Überlegungen zu potenzieller Netzwerkarbeit im kommunalen Raum angestellt.

#### 4 Kommunale Teilhabezentren als Kristallisationspunkt für Netzwerkstrukturen im kommunalen Raum: Schlussbetrachtungen und Ausblick

Vor dem Hintergrund empirisch nachweisbarer sektoralisierter Helfefelder, hier in den Bereichen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie, sind Konzepte gefordert, die bestehende Feldgrenzen einzelfallbezogen sowie einzelfallunabhängig zu flexibilisieren vermögen. Dies erfordert nicht zuletzt komplizierte sowie komplexe Unterstützungsbedarfe, deren Zunahme in den kommenden Jahren und Jahrzehnten zu erwarten ist. Schädler (2011, S. 194) fordert folgerichtig einen „Kristallisationspunkt für die Belange behinderter und pflegebedürftiger Menschen“. Ein gemeinsames Interesse potenziell beteiligter Akteure besteht im hier betrachteten Zusammenhang vor allem darin, zukünftig besser auf Bedarfe reagieren zu können, mit denen Einrichtungen, Dienste und Stellen zwar (zusätzlich) konfrontiert werden, die traditionell aber von Akteuren aus unterschiedlichen organisationalen Feldern bearbeitet werden. Schädler (2011, S. 194 – 195) schlägt in diesem Zusammenhang die Etablierung sogenannter „Teilhabezentren“ vor. Gemeint sind damit, im Sinne des vorliegenden Beitrags, letztlich Orte formalisierter Kooperation zwischen Akteuren unterschiedlicher Helfefelder. Auf das Konzept des Teilhabezentrums wird im Fortgang der vorliegenden Argumentation Bezug genommen.

Im vorangegangenen Abschnitt ist darauf hingewiesen worden, dass eine zentrale Koordination von Netzwerken zwischen Akteuren unterschiedlicher kommunaler Helfefelder einer, vor allem feldbezogenen, Clusterbildung entgegenwirken könnte. Zugleich ist auf die feldübergreifende Bedeutung und Anerkennung von Akteuren hingewiesen worden, die im Wettbewerb der unterschiedlichen Leistungsanbieter und -systeme als kompetent wahrgenommen werden, sowie zugleich eine neutrale Position einnehmen (vgl. Schädler u. a., 2018a, S. 59). Dies spricht, auf die Hintergründe ist bereits hingewiesen worden, für eine Koordination feldübergreifender Netzwerke auf kommunaler Ebene durch öffentliche Akteure. Letztlich kann dieser Gedanke nahtlos auf

die Initiierung entsprechender Netzwerke erweitert werden. Schädler (2011, S. 194) sieht in kommunalen Teilhabezentren unter anderem das Potenzial, die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Akteuren zu stärken, die vielfältigen Dienstleistungsangebote untereinander in Kontakt zu bringen sowie eine Verbesserung der Information und Beratung von Leistungsberechtigten und ihrer Angehörigen zu erreichen. Der Ansatz trägt darüber hinaus den hier skizzierten Anforderungen an eine Formalisierung zu etablierender Netzwerkstrukturen Rechnung.

Unabhängig davon, ob feldübergreifende kommunale Netzwerke zukünftig im Rahmen von Teilhabezentren formalisierter vernetzter Organisationen realisiert werden oder eher aufgabenbezogene Netzwerke bleiben, gelten, hier auf den Bereich Sozialer Dienste übertragen, die folgenden von van Aalst (2003, S. 37) formulierten Charakteristika:

1. Netzwerke bedingen nicht nur Verbindungen zwischen den Leistungsanbietern, sondern auch zu und zwischen ihren Klientinnen und Klienten. Im Vordergrund sollen, im Sinne des Netzwerkgedankens, vor allem die Interessen der Klientinnen und Klienten stehen.
2. Verbindungen sind interaktiv, was bedeutet, dass Netzwerkkontakte für die beteiligten Akteure gleichermaßen von Interesse sind.
3. Netzwerke organisieren sich in gewisser Hinsicht selbst, was bedeutet, dass mitunter Personen auf unterschiedlichen Hierarchieebenen sowie unterschiedlicher Organisationen interagieren.
4. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Netzwerkes halten an einem gemeinsamen Ziel fest: Die Teilnehmer bleiben im Netzwerk aktiv, solange die Teilnahme ihnen einen Nutzen bietet.

5. Netzwerke kommen und gehen, weil sie von dynamischen Strukturen geprägt sind, die sich (ver)ändern und nach einer gewissen Zeit zu einem Ende kommen (können).

6. Digitale Medien erleichtern und verbessern die Vernetzung, aber Netzwerke sind grundsätzlich menschlich. Netzwerke können sich nur etablieren, wenn die daran teilnehmenden Personen in einer guten Atmosphäre zusammenarbeiten, sich gemeinsamen Kommunikationswegen bedienen können und wenn auf Augenhöhe zusammengearbeitet wird.

Teilhabezentren als Kristallisationspunkt kommunaler Netzwerkstrukturen bieten, dies haben die vorangegangenen Überlegungen gezeigt, unabhängig vom Intensitätsgrad, für soziale Dienste die Chance, das eigene Dienstleistungsangebot zu verbessern. Die vielfältigen Möglichkeiten Netzwerke in der Praxis zu strukturieren, aber auch die ihnen innewohnende Eigendynamik, ermöglichen den dabei teilnehmenden Organisationen, sich auf vielfältige Weise in derartige Verbindungen einzubringen. Vor diesem Hintergrund erscheint ein öffentlich koordiniertes kommunales Teilhabezentrum, welches die von der Netzwerkforschung formulierten Ansprüche an Flexibilität berücksichtigt, geeignet, um einzelfallunabhängig Ressourcen zu entwickeln, die im Bedarfsfall für bzw. von konkrete(n) Klientinnen und Klienten nutzbar gemacht werden können.

#### Literatur

- Bleicher, A. (2006). Die Institutionalisierung eines organisationalen Feldes – das Beispiel der Elektrizitätswirtschaft (Dissertation). Cottbus, Universität, Cottbus.
- Diller, C., Gareis, P., Kohl, M. & Schmidholz, I. (2014). Die formale Netzwerkanalyse als Element von Evaluationen - theoretisch-methodische Überlegungen und das Beispiel einer Panel-Netzwerkanalyse einer regionalen Kooperation. Zeitschrift für Evaluation, 13(2), 271–286.

- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (2009). Das „stahlharte Gehäuse“ neu betrachtet: Institutionelle Isomorphie und kollektive Rationalität in organisationalen Feldern. In S. Koch & M. Schemmann (Hrsg.), *Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft. Grundlegende Texte und empirische Studien* (1. Auflage, S. 57–84). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Früchtel, F. (2014). „Raum ist Beziehung“: Sozialraumorientierung und Unterstützte Beschäftigung. Hamburg: Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V. Abgerufen von [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation\\_und\\_teilhabe/Internationale\\_Themen/infopool-bag-ub/materialien/Themenheft\\_3\\_FUB\\_Raum\\_ist\\_Beziehung\\_-\\_SRO.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Internationale_Themen/infopool-bag-ub/materialien/Themenheft_3_FUB_Raum_ist_Beziehung_-_SRO.pdf)
- Hackmann, T., Klein, R., Schneidenbach, T., Anders, M. & Vollmer, J. (2016). *Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Klie, T. (2018). *Sorge und Pflege in Sozialräumen – Stärkung der kommunalen Verantwortung. Strukturreform Pflege und Teilhabe und die Differenzierung zwischen Care und Cure*. In C. Bleck, A. van Rießen & R. Knopp (Hrsg.), *Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen* (S. 35–51). Wiesbaden: Springer VS.
- Noack, M. (2017). *Inseln und Territorien – Interterritoriale Hilfen als Brücken zwischen individuellen Lebensräumen und administrativen Planungsräumen*. In M. Noack (Hrsg.), *Empirie der Sozialraumorientierung* (1. Auflage, S. 201–291). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Rittmann, G. (2014). *Der Umgang mit Komplexität. Soziologische, politische, ökonomische und ingenieurwissenschaft-*

- liche Vorgehensweisen in vergleichender systemtheoretischer Analyse. Baden-Baden: Nomos.
- Rohrmann, A., Schädler, J., Kempf, M., Konieczny, E. & Windisch, M. (2015). Inklusive Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe (2. veränderte Auflage). Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Abgerufen von <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/inklgemeinplan-15-internet-pdf/von/inklusive-gemeinwesen-planen/vom/staatskanzlei/2120>
- Schädler, J. (2002). Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit: Strukturelle Voraussetzungen der Implementation Offener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung (Dissertation). Siegen, Universität, Siegen.
- Schädler, J. (2011). Örtliche Teilhabeplanung im ländlichen Raum. In D. Lampke, A. Rohrmann, & J. Schädler (Hrsg.), Örtliche Teilhabeplanung mit und für Menschen mit Behinderungen: Theorie und Praxis (1. Auflage, S. 183–197). Wiesbaden: VS Verlag.
- Schädler, J., Wittchen, J. F., Reichstein, M. F., Litzenberger, J. & Serapinas, T. (2018a). Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Einrichtungen, Diensten und Stellen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein (Unveröffentlichtes Projektpapier im Rahmen des Forschungsprojekts „Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie“ Nr. 6). Siegen: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.
- Schädler, J., Wittchen, J. F., Reichstein, M. F., Litzenberger, J. & Serapinas, T. (2018b). Ergebnisse einer quantitativen Befragung von Einrichtungen, Diensten und Stellen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein (Unveröffentlichtes Projektpapier im Rahmen des Forschungsprojekts „Koordinationspotenziale

kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie“ Nr. 4). Siegen: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

- Schäper, S. (2016). Quartiersentwicklung und/oder Sozialraumorientierung? Lernprozesse an der Schnittstelle von Behindertenhilfe und Altenhilfe. In K. Terfloth, U. Niehoff, T. Klauß, S. Buckenmaier & Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), *Inklusion - Wohnen - Sozialraum: Grundlagen des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde* (S. 91–102). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Terfloth, K., Niehoff, U., Klauß, T. & Buckenmaier, S. (Hrsg.). (2016). Kriterien inklusiver Wohnquartiere. In *Inklusion - Wohnen - Sozialraum: Grundlagen des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde* (S. 103–110). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- van Aalst, H. F. (2003). Networking in Society, Organisations and Education. In *Networks of innovation: towards new models for managing schools and systems* (S. 33–40). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- van Santen, E. & Seckinger, M. (2003). *Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis: eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe*. München: Verlag, Deutsches Jugendinstitut.

## Fünf Perspektiven zur Überwindung negativer Folgen der Sektoralisierung des sozialen Feldes

### 1 Einleitung

Dem Ausgangspunkt der Untersuchungen des KoKoP-Projektes, dass das soziale Feld sektoralisiert ist und gleichzeitig in allen Bereichen ähnliche Probleme bestehen, kann ich bekräftigend zustimmen. Nach meinen Erfahrungen besteht eine starke Sektoralisierung und mit ihr sind einige sehr gravierende Probleme verbunden.

Meine Einschätzungen resultieren aus Erfahrungen in der Behindertenhilfe und den Schwierigkeiten, mit anderen Bereichen wie Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe sowie Pflege zusammenzuwirken.

Gegenstand meines Beitrages sollen weniger die Vorteile der Sektoralisierung und der Spezialisierung sein, als vielmehr einige daraus resultierende Probleme auf struktureller Ebene und auf der Handlungsebene der Akteure.

Eine grundlegende triviale (aber bislang zumeist übersehene) Folge von Spezialisierung/Sektoralität ist zunächst die aus ihr resultierende Notwendigkeit von Kooperation und Koordination. Aus dieser Notwendigkeit erwachsen wesentliche Anforderungen auf sehr unterschiedlichen Ebenen, (für die Kommune, die Kostenträger, die Einrichtungen und Dienste, die Professionellen und natürlich auch für die Klient\*innen), von denen ich im Folgenden einige beschreiben werde.

Ausgangspunkt meiner Kritik ist die Feststellung, dass diese beiden, aus der Sektoralisierung resultierenden Notwendigkeiten, die der Kooperation und auch die der Koordination, in der Regel nur unzureichend im sozialen Feld und in leistungsrechtlichen Verträgen und Konzeptionen verankert sind.

Ein Grund dafür liegt möglicherweise darin, dass die mit Kooperation und Koordination verbundenen Aufgaben und Anforderungen eine starke und anspruchsvolle Herausforderung für die

Finanzierung und auch für die fachliche Konzeption sozialer Arbeit und von Beratung bilden. Dass beide Aspekte zu fachlich anspruchsvollen und komplexen Aufgaben führen – und somit konzeptionell-fachlich und entsprechend auch finanzierungsrechtlich, von hoher Relevanz sind, führt paradoxer Weise dazu, sie geradezu systematisch zu vernachlässigen.

Daher betrifft die vom KoKoP-Projektes behandelte Fragestellung m. E. wesentliche, notwendige und überfällige fachliche Weiterentwicklungen im Feld der Sozialen Arbeit und ihrer kommunalen Verankerung.

Zum Einstieg ein kleiner Problem-Bilderbogen, gleichsam mit dem Blick von unten:

- Behinderte Menschen bekommen kaum unabhängige und sich an ihren Interessen und Lebensbedürfnissen orientierende Beratung; stattdessen nach Sektoren und nach Leistungsbereichen dieser Sektoren geordnete Informationen und Angebote.
- Die Unterstützungsleistungen, die sie suchen und die sie bekommen orientieren sich im besten Fall zumindest überwiegend an ihren Interessen und Vorstellungen. Und im schlechtesten Falle eben nicht überwiegend.
- Persönlich engagierte und menschenrechtlich orientierte Professionelle kooperieren für die nötige Unterstützung und Beratung mit anderen Organisationen und koordinieren unterschiedliche Beteiligte, ohne dass diese Arbeitsleistungen auch finanziert werden. Unterstützernetze, Angehörigenberatung, Kooperation und Vernetzung im Hilfesystem, usw. sind vielfach vernachlässigte Handlungsfelder. Behinderte Menschen sind vollständig abhängig vom persönlichen Engagement Professioneller oder vom Selbstverständnis und Anspruch der leistungserbringenden Organisationen, ob diese auch im erweiterten Feld agieren oder auf den engen konventionellen Fokus reduziert handeln. Bei einer Durchführung derartiger vordefinierter Leistungen kann allerdings von personenzentrierter Eingliederungshilfe keine

Rede mehr sein, ein solches Leistungsgeschehen wird also dem gesetzlichen Rechtsanspruch nicht gerecht.

- An Hilfe-Mixen beteiligte Organisationen sichern fachliche Reflexion, Austausch und Hilfeplanung zwischen Organisationen, Sektoren und zivilgesellschaftlichem Sozialraum, ohne entsprechende Finanzierung dieser Arbeitsleistungen.
- Suchen Menschen mit Behinderungen und ihre sie unterstützenden Angehörigen oder Assistent\*innen individuell passende Angebote, so sind sie abhängig davon, Organisationen/Dienste zu finden, die bereit sind zur Zusammenarbeit, ohne dass der Aufwand für Kooperation und Koordination angemessen finanziert wird. Oder sie finden eben auch keine.

## 2 Perspektive: Sektoralität und Leistungsdefinitionen

Die Untersuchung von „Sektoralität als Herausforderung für leistungsbereichsübergreifende Teilhabeplanung in inklusiven Gemeinwesen“ muss selbstverständlich auch der Frage nachgehen, wie abhängig die Akteure von den Organisationen sind.

Diese Fragestellung verführt m. E. allerdings dazu, in den Schemata von Kostenträger versus Leistungserbringer veraltete Zuschreibungen zu reproduzieren.

Aufschlussreich erscheint mir demgegenüber, eine genauere Betrachtung der Leistungsdefinitionen, Aufgabendefinitionen und der Grundfinanzierung des Leistungsgeschehens und welche Verankerung sektorübergreifendes Handeln, Koordinationsarbeit, Netzwerken und Sozialraumorientierung darin haben.

Kritisch ist allerdings anzumerken, dass Kooperations- und Vernetzungsarbeit, Koordinationsarbeiten und trägerübergreifende Selbstreflexion im Hilfe-Mix in der Regel nicht als eigene Aufgaben mit entsprechenden Stundenvolumen eingeplant sind und nicht finanziert werden. Sie bilden in den Auftragsgrundlagen, den Finanzierungsbedingungen und Leistungsdefinitionen gleichsam Leerstellen. Aufgaben und Aufträge sind häufig zu eng ge-

fasst, um übergreifend agieren zu können (vgl. individuelle Hilfepläne). Durch die mangelhafte Berücksichtigung von Kooperation, Koordination und sozialraumbezogenen Aufgabendefinitionen und das Fehlen ihrer leistungsvertraglichen Verankerung werden die Akteure noch stärker abhängig bzw. beschränkt. Insofern sind es weniger die Organisationen, die das ‚Drehbuch‘ bestimmen, als vielmehr die unzureichenden Leistungsdefinitionen, die die Angebote und die Handlungspraxis vorgeben.

Die Zielrichtung einer ernsthaften Teilhabeassistenz ist es, „[...] personenzentriert einen Abbau von Barrieren zu bewerkstelligen. Eine auf Teilhabe abzielende, an den Capabilities ansetzende und sozialräumlich ausgerichtete psychosoziale Arbeit zielt entsprechend darauf ab, die gesellschaftlichen Kontextbedingungen (im Sozialraum) so zu gestalten, dass Chancenräume eröffnet werden, die durch die Individuen aktiv wahrgenommen werden können“ (Reumschüssel-Wienert, 2017: 19).

Manchmal werden Koordination/Kooperation in Form von ungefüllten Floskeln in Präambeln in Leistungsvereinbarungen angeführt. Wenn aber Leistungsvereinbarungen diesen Teil der Sozialen Arbeit nicht vorsehen, kann er entsprechend auch in den Hilfeplanungen kaum berücksichtigt werden. Koordinationen und Kooperationen brauchen aber über entsprechende fachliche Konzepte und Kompetenzen hinausgehend im Wesentlichen eine in den Leistungsgrundlagen verankerte Finanzierung.

Da eine solche Verankerung fehlt, könnte womöglich eine höhere Flexibilität von Kostenträgern die stärkere und vor allem systematische Kooperation/Koordination von Diensten (schon innerhalb etwa der Behindertenhilfe, noch mehr aber zwischen Feldern, wie bspw. Psychiatrie oder Suchthilfe und Behindertenhilfe) ermöglichen. Real besteht solche Flexibilität (gleichsam im Dienste individuell passender guter Unterstützungsleistungen) aber nicht, oder findet sich nur in außergewöhnlichen Versorgungssituationen (wie etwa der doppelten personellen Vollversorgung von Personen mit hochproblematischem Verhalten, die in keiner Einrichtung versorgt werden können) wieder.

Durch die mangelnde Verankerung in den Leistungsgrundlagen und fehlende Flexibilität der Kostenträger sind Kooperation und Koordination eng begrenzt auf nicht refinanzierte Ressourcen von Leistungserbringern, zufällige Bereitschaft der beteiligten Organisationen oder das privat persönliche Engagement von einzelnen Fachkräften.

### Exkurs: Selbstvertretung / Partizipation

Es gibt noch eine zweite Schlüsselstelle, an der Rahmenverträge und Leistungsbeschreibungen lückenhaft sind. Sie betrifft die Selbstvertretung. Es geht damit um einen Aspekt, der unter der Überschrift Partizipation auch für die Fragestellungen um Sektoralität von Bedeutung ist, daher möchte ich diese zweite Leerstelle kurz umreißen.

Eine Grundvoraussetzung der Leistungsbeantragung und Leistungsgewährung ist die Fähigkeit der Selbstvertretung, also die eigenen Interessen, Lebensvorstellungen und Bedarfe geltend machen zu können. Aktiv in den Verfahrensprozessen mitzuwirken, ist allerdings an wesentliche Voraussetzungen gebunden. Für viele Personenkreise der Anspruchsberechtigten von Eingliederungshilfe werden die Anforderungen zur Selbstvertretung in den komplizierten Verfahren entgegen ihrer fundamentalen Bedeutung allerdings nicht berücksichtigt.

Die Lebenswirklichkeit vieler Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist auch dadurch charakterisiert, dass sie auf Unterstützung in ihrer Selbstvertretung und in ihrer Regiekompetenz angewiesen sind. Dem entgegen wird Selbstvertretung fataler Weise immer schon vorausgesetzt, obgleich sie doch i. d. R. eine zu bildende ist: Die Fähigkeit der Selbstvertretung, genauso wie überhaupt eigene Vorstellungen zu entwickeln und sich über die eigenen Interessen klar zu werden, muss bei vielen Personen erst herausgebildet werden; Selbstvertretung muss häufig dauerhaft unterstützt werden; eine stellvertretende Interessensvertretung dürfte nur im gut begründeten Ausnahmefall erfolgen und wenn, muss diese gegen Bevormundung abgesi-

chert werden. All diese Sachverhalte werden in den Verfahren bisher nicht berücksichtigt.

Die starke Formalisierung und Rationalisierung der Verfahren und die idealtypische Setzung führen sogar zu einem immanenten Zwang zur stellvertretenden Interessensbekundung. Und es wird verkannt, dass gerade ein solches Stellvertreterhandeln gegen Dominanz, Fehlinterpretationen, Machtmissbrauch und wohlmeinende Bevormundung abgesichert werden muss! Mit einer schematischen Setzung von Stellvertretung kann, der in der Eingliederungshilfe zugrunde gelegte Selbstvertretungsanspruch nicht angemessen eingelöst werden.

Unzureichend ist, dass die anspruchsvollen Instrumente und Verträge bislang keine fachliche Ausformung der Selbstvertretung (sowie ihrer Finanzierung) beinhalten, obgleich diese die menschenrechtliche Grundvoraussetzung darstellt. Nur äußerst selten kommt es dementsprechend in der Praxis bspw. zur Bildung von fachlich versiert gestalteten Unterstützerkreisen, durch die es erst gelingt, eine Person im Falle von stellvertretendem Handeln gegen Fremdbestimmung und Machtmissbrauch zu schützen. Die Verfahren der Eingliederungshilfe müssten deshalb für die Befähigung zur Selbstvertretung geeignete Verfahren und Ressourcen bereitstellen. Sinnvoll wären neben Unterstützerkreisen bspw. die Finanzierung von Beratungsangeboten und Bildungsangeboten vor einer Antragstellung und die Einbindung der Personen/Organisationen, die in der Vergangenheit bereits Unterstützungsleistungen erbracht haben.

Letzteres würde zudem dafürsprechen, bisherige Leistungserbringer systematisch und maßgeblich einzubinden. Insofern ist die aktuelle Ausrichtung der Eingliederungshilfe, wie sie mit dem BT-HG weitergeführt wird, zu kritisieren, die eine ausschließlich von den Kostenträgern durchgeführte Bedarfsfeststellung und Gesamtplanung verfolgt, in denen Leistungserbringer völlig ausgeschlossen werden. Letztere sollen die am Ende fertigen Gesamtpläne als Dienstleister nurmehr umsetzen.

### 3 Perspektive: Sektoralität und Beratung

Der Sozialbereich mit seiner Sektoralität ist bislang durch das Fehlen unabhängiger Beratungsangebote gekennzeichnet<sup>1</sup>. Die vorhandenen Beratungsangebote sind meist unmittelbar an die Leistungsangebote der Dienste und Einrichtungen gekoppelt<sup>2</sup>. In begrenzter Form bestehen teilweise daneben noch Beratungsangebote von Kostenträgern. In der Regel sind diese Beratungsangebote noch stärker auf die Rechtsfiguren des jeweiligen Leistungsrechts und insbesondere durch die Logiken und Finanzinteressen des Kostenträgers beschränkt. Sie bieten für Betroffene wenig Möglichkeiten, ihre eigenen Interessen und Vorstellungen zu entwickeln und einzubringen und sie bieten keine umfassende Beratung. Gleichwohl bilden sie ein wichtiges Beratungsangebot.

In sämtlichen Sektoren gibt es nur wenige unabhängige Beratungsangebote, wenn überhaupt, dann meist von kleinen Vereinen bzw. Selbsthilfeorganisationen. Im Sektor der Behindertenhilfe sind Selbsthilfeorganisationen teilweise auch Träger von Einrichtungen und Diensten, bspw. manche Lebenshilfevereinigungen. Zwar wurden bei einigen örtlichen Lebenshilfevereinen eigenständige Beratungsabteilungen aufgebaut, dennoch sind aber bei vielen die Beratungsangebote, wie bei den übrigen Leistungserbringern auch, eng an die Leistungsangebote gekoppelt und nur bedingt unabhängige Beratungsangebote. Eine derartige Koppelung ergibt sich geradezu zwangsläufig aus dem Umstand, dass es kaum eine leistungsunabhängige Finanzierung der Beratung gibt<sup>3</sup>. Auch wenn einige derartigen Vereine eine umfassende klient\*innenorientierte und unabhängige Beratung ermöglichen, ist dennoch bei vielen Diensten die Gekop-

---

<sup>1</sup> Vgl. die konzeptionellen Überlegungen zu Unabhängiger Beratung in: Heimberg, Werner/Kopyczinski, Wolfgang (2017): Beratung für Menschen mit Behinderung. Zur Notwendigkeit und konzeptionellen Planung von unabhängiger Teilhabeberatung. Marburger Beiträge zur Inklusion 02. Marburg. Lebenshilfe Hessen.

<sup>2</sup> Z.B.: An das Betreute Wohnen, das Wohnheimangebot, den familienunterstützenden Dienst, die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

peltheit aus der Perspektive der Ratsuchenden von großem Nachteil.

Die starke Sektoralität im sozialen Feld hat wesentliche negative Folgen für Ratsuchende und auch für den Bereich von Beratung und damit für die Empfänger\*innen Sozialer Arbeit. Deshalb ist der Aufbau unabhängiger Beratungsangebote unverzichtbar.

Und es gibt noch einen zweiten fachlichen und einen dritten menschenrechtlichen Begründungszusammenhang für diesen Aufbau.

Werden der Grundauftrag der Eingliederungshilfe (SGB und BGB) und die grundlegende menschenrechtliche Begründung der BRK (Unterstützung der Selbstbestimmung und Teilhabe=Partizipation) ernst genommen, muss es in der Beratung eine strikte Parteilichkeit/ Anwaltschaftlichkeit bei den professionellen Akteuren geben.

„Aus unserer Sicht ist es im Zusammenhang der im ersten Kapitel dargelegten strukturellen Widersprüche und Interessenkonflikte für die Bewältigung des professionellen Beratungsauftrags im Zusammenhang der individuellen Hilfeplanung unabdingbar, dass sich die professionellen Beratungskräfte als anwaltschaftliche Unterstützer der Menschen verstehen, deren Position in der „Arena“ der individuellen Hilfeplanung gestärkt werden muss.

Urban-Stahl schließt ihren Fachbeitrag über „Anwaltschaft“ in der sozialen Arbeit im Handbuch Soziale Arbeit mit der Feststellung ab: „Damit in der sozialen Arbeit die Perspektive und die Rechte der Adressaten gewahrt werden, braucht es eine Selbstverpflichtung der Fachkräfte zu anwaltschaftlichem Handeln!“

---

<sup>3</sup> Mit der durch das BTHG eingeführten Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung EUTB verändert sich derzeit die Beratungslandschaft. Die reale Praxis muss zeigen, inwiefern die EUTB zukünftig den Betroffenen und den hier formulierten Ansprüchen genügen kann. Kritisch gesehen werden muss, dass die Finanzierungsbedingungen der Bundesförderung diese Beratung allerdings auf das Vorfeld der Leistungsbeantragung beschränkt und eine beratende Unterstützung in den Verfahren (Bedarfsfeststellung, Widerspruch, usw.) explizit untersagen. Siehe zur Notwendigkeit eines erweiterten Verständnisses von Beratung bei bestimmten Personenkreisen Literaturhinweis in Fußnote 1.

(ebd., 99)“<sup>4</sup>

Andreas Lob-Hüdepohl beschreibt den Sachverhalt als Primärmandatierung und sieht darin, die Notwendigkeit, „alle sozial-professionellen Interventionen [...] an eine ausdrückliche Mandatierung sogar in Gestalt eines informierten Einverständnisses [...] [zu] binden. Denn über das eigene Wohlergehen darf nicht fremdbestimmt werden“ (2013: 5). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, der subjektiven Perspektive der Betroffenen im weiteren Beratungs- und Unterstützungsgeschehen einen angemessenen Platz zu geben<sup>5</sup>. Dies wird zur zentralen und impliziten fachlichen Anforderung. Dass dieselbe grundlegende Anforderung nicht nur Beratung betrifft, sondern auch bei allen Formen der Assistenz gelten muss, sei hier an dieser Stelle nur angemerkt.

Diese menschenrechtliche Anforderung gilt selbstverständlich auch für die Beratungsangebote von Trägern, die sowohl Beratung, als auch Dienstleistungen anbieten, bei denen also eine Koppelung der Beratung an die Dienstleistungen besteht. Insofern resultieren aus Eingliederungshilfe und BRK bislang nicht eingelöste Anforderungen an die bisherigen Beratungsangebote. Aus der Perspektive der Betroffenen/Klient\*innen sehe ich noch an einer zweiten Stelle Möglichkeiten, negativen Folgen der Sektoralisierung entgegenzuwirken, die von den übrigen Akteuren (Kostenträger, Leistungserbringer, Kommune) aufzugreifen wären. Neben dem Ausbau/Aufbau der beschriebenen unabhängigen Beratung auf der Basis von Anwaltschaftlichkeit ist auch die Partizipation der Betroffenen in den Organisationen zu entwickeln. Erinnerung muss an dieser Stelle, dass das in der UN-BRK verbriefte Partizipationsrecht im Sinne eines Mitbestimmungsrechts, bislang nicht ansatzweise realisiert ist und dass also diesbezüglich bei der deutschen Umsetzung der ein brisan-

---

<sup>4</sup> Heimberg, Werner/Kopyczynski, Wolfgang (2017).

<sup>5</sup> Siehe dazu: Wolfgang Kopyczynski (2018): Die Krux mit der Selbstbestimmung: Überlegungen zur Weiterentwicklung der Praxis und der Konzepte in der Behindertenhilfe aus den Erfahrungen in dem Projekt MitLeben, in: Michael May, Angelika Ehrhardt, Michael Schmidt (Hrsg.)

tes Defizit besteht<sup>6</sup>.

Alle Organisationen sind gefordert, die Partizipation der Betroffenen in der eigenen Organisation zu stärken. Insbesondere dem Gemeinwohl verpflichtete Organisationen der sozialen Arbeit und natürlich auch die Kommunen, sind gefordert, Partizipation als Bestandteil ihrer Organisation zu gestalten und wirksam zu erhalten<sup>7</sup>.

#### 4 Perspektive: Sektoralität und Hilfe-Mixe

Das in den vorigen Perspektiven umrissene Problem mangelnder Verankerung von Kooperation und Koordination in den Leistungsgrundlagen wird noch durch folgenden Sachverhalt verschärft. Der Feststellung des ZPE, dass gute Hilfen oft Hilfe-Mixe sind, kann ich aufgrund meiner Erfahrungen bestätigen. Häufig können gerade vernetzte Leistungen oder auch kombinierte Leistungen erst den Interessen und Bedarfen der Klientinnen gerecht werden<sup>8</sup>.

Bei Hilfe-Mixen im Sinne vernetzter Leistungen oder kombinierter Leistungen wird die Notwendigkeit und die Anforderung von Kooperation und Koordination zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern noch verstärkt. Die Probleme der Separierung unterschiedlicher Leistungsangebote selbst innerhalb des Bereichs der Behindertenhilfe werden ja durch eine bloße Koppelung zu Hilfemixen nicht automatisch gelöst. Aufgaben und Aufträge sind in den Hilfeplanungen häufig zu eng gefasst, um übergreifend agieren zu können. Insbesondere da in der Hilfeplanung zu-

---

<sup>6</sup> Interessant ist in diesem Zusammenhang daher eine Neuerung durch das BTHG: Darin wird eine Erweiterung der Funktionen des Werkstatttrates in der Werkstatt für behinderte Menschen um Aspekte der Mitbestimmung vorgenommen.

<sup>7</sup> In Abschnitt 4 werde ich bezüglich der kommunalen Aufgaben noch weitere Aspekte zur Überwindung negativer Auswirkungen der Sektoralisierung beschreiben.

<sup>8</sup> Vgl. die Abschlusspublikation zu dem 5-jährigen Projekt der Lebenshilfe Hessen e.V. über Selbstbestimmtes Wohnen: Michael May, Angelika Ehrhardt, Michael Schmidt (Hrsg.): Mitleben: Sozialräumliche Dimensionen der Inklusion geistig behinderter Menschen. 2018.

meist ein sehr enger und direkter Bezug auf die Klient\*innen besteht, geraten die auf Kooperation und Koordination bezogenen Grundlagen für die fachliche Arbeit aus dem Blick.

Wesentliche fachliche Grundlagen derartiger Hilfe-Mixe, z. B. Vernetzungsarbeit, Koordinationsarbeit und Selbstreflexion sind durch die beschränkten Leistungsvereinbarungen oftmals nicht als wesentliche und eigene Aufgaben mit entsprechendem Stundenvolumen eingeplant und finanziert.

An einem kurzen Beispiel kann die fachliche und finanzielle Brisanz aufgezeigt werden:

Um Frau A. dabei zu unterstützen, mittels umfangreicher Hilfen selbstbestimmt in ihrer eigenen Wohnung zu leben, kooperiert der beauftragte ambulante Dienst (Behindertenhilfe/Eingliederungshilfe) mit einem ambulanten Pflegedienst (Leistungen der Pflegeversicherung) und koordiniert die gesamte Assistenz /Begleitung von Frau A. Kursorisch möchte ich im Folgenden einige Aspekte nennen, die in derartigen Fällen häufig nicht konzeptuell und auch nicht finanziert sind:

- Fachlicher Austausch und fachliche Selbstreflexion mit bzw. zwischen den Beschäftigten der Eingliederungshilfe und den Pflegekräften.
- Handhabung der Weisungsbefugnis zwischen beiden Trägern, wenn einzelne Beschäftigte bspw. sich unangemessen gegenüber Frau A. verhalten.
- Auch für die Überprüfung und Weiterentwicklung der mit Frau A. abgesprochenen Teilhabeplanung ist eine Kooperation der beteiligten Organisationen und Frau A. erforderlich, die nicht (angemessen) finanziert ist.

Und noch eine zweite wesentliche fachliche und leistungsrechtliche Herausforderung entsteht durch Hilfe-Mixe. Dadurch wird zugleich das Ziel, Unterstützung für Klient\*innen auf zumutbare Weise zu gestalten, also Hilfen aus einer Hand zu gewährleisten,

zu einer anspruchsvollen fachlichen Herausforderung. Auch dieses Leitziel verschärft abermals die Anforderungen an Kooperation und Koordination. Arbeitsteilige Zergliederung nach Kostenträgern bzw. Professionen verhindern oder erschweren Selbstbestimmung und Autonomie und sind häufig unproduktiv. „Assistenz muss ein ganzheitliches vertrauensvolles Angebot gewähren und darf nicht in beliebig arbeitsteilig zergliederte Einzelhandlungen zerfallen.“ „Was technokratisch denkbar ist, überschreitet schnell die Grenzen des zumutbaren für die Betroffenen.“<sup>9</sup>

Leistungsrechtlich betrachtet führt leider auch das neue BTHG in absehbarer Weise nicht dazu, die seit Jahren kritisierten Abgrenzungsprobleme zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, im Sinne der Betroffenen und der Verbesserung der Unterstützung zu regeln und derartige Hilfen aus einer Hand zu erleichtern.

Auch die Veränderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff haben auf der Grundlage der bestehenden Finanzierungsregelungen bisher nicht zu einer Verbesserung der fachlichen Kooperation zwischen Pflege und Eingliederungshilfe geführt.

## 5 Perspektive: Sektoralität – Sozialraum – Inklusion – Exklusion

Durch Sektoralität gute spezialisierte Unterstützungsangebote zu erreichen, ist für Betroffene und eine Kommune wertvoll. Zugleich ist damit aber eine heikle und negative Dynamik verbunden: Separierung und Ausschluss. Eine negative Wirkung von Sektoralität ist ihre gleichsam anti-inklusive Dynamik. Die Akteure im Feld der Sozialen Arbeit sind dadurch nicht Motor der Inklusionsentwicklung, sondern kreieren separierte und weiter separierende Lebenswelten<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Vgl.: Kopyczynski, Wolfgang (2016): Assistenz zur Selbstbestimmung. Fachliche und menschenrechtliche Grundlagen zur Assistenz von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Marburger Beiträge zur Inklusion 01. Marburg: Lebenshilfe Hessen.

Auch in dieser Perspektive der gesellschaftlichen Lebensbedingungen wirken sich die mangelnde Verankerung von Kooperation und Koordination in Verbindung mit der starken Sektoralisierung negativ aus.

Umgekehrt betrachtet wird hier deutlich, dass eine stärkere Gewichtung von Kooperation und Koordination eine entscheidende Triebkraft positiver Entwicklung zu einer inklusiven Gesellschaft sein kann. Zunächst und direkt bezogen die Verbesserung von individuellen Unterstützungsleistungen und die Verbesserung der sozialen Teilhabe, des Zugangs zu sozialen Kontakten und zu gesellschaftlichen Lebensräumen. Darüber hinaus aber auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, der fachlichen und menschenrechtlichen Weiterentwicklung der sozialen Arbeit und der inklusiven Gesellschaft.

Angesichts der starken Entwicklung der Entsolidarisierung in unserer Gesellschaft, der wachsenden sozialen Kälte, des fortgesetzten Rückbaus von Solidarstrukturen usw. erscheint eine stärkere Entfaltung dieser Triebkraft umso wichtiger und könnte eine gute Möglichkeit bilden, auf kommunaler Ebene die sozialen Bedingungen des inklusiven Zusammenlebens zu verbessern.

Bisher machen Klient\*innen und Professionelle häufig die Erfahrung: „Der Sozialraum ruft nicht freudig hier – wenn der einzelne Behinderte oder der einzelne Professionelle nach ihm sucht!“

Das macht es so immens schwer, wenn es noch keine etablierte Kultur sozialräumlichen Arbeitens in der Organisation gibt, keine differenzierten Aufgabenbeschreibungen für sozialräumliches Arbeiten in Leistungsdefinitionen und Hilfeplänen und ebenso keine etablierte Kultur des selbstverständlichen Miteinanders aller Bürger\*innen in der Kommune gibt. Unter solchen Bedingungen wird „Inklusion“ für die Akteure gleichsam zu einer belastenden zusätzlichen Anforderung von außen, statt selbstverständlicher Teil des Handelns und der professionellen Arbeit zu sein und

---

<sup>10</sup> Vgl.: Jens Steinmetz (2018) kritisiert die partielle Verinselung in der Behindertenhilfe in: MitLeben im Kontext verinselter Sozialräume/Lebenswelten – oder: Aneignung als Kampf um Raum, in: Michael May, Angelika Ehrhardt, Michael Schmidt (Hrsg.).

Quelle solidarischer Gemeinschaft zu sein. Ich erinnere hier daran, dass die BRK das Zugehörigkeitsgefühl als ein wesentliches Kriterium formuliert, ob die Menschenrechte wirklich eingelöst sind oder nicht.

Die zugespitzte Beschreibung soll auch deutlich machen, dass ein jeder Impuls im Sinne von Kooperation und Koordination dann positive und auch weiterreichende Auswirkungen haben kann, wenn er auf der jeweils anderen Ebene aufgegriffen wird. Wenn es beispielsweise in der Kommune gelingt, über Initiativen, Beiräte und Gremien Impulse zu setzen, die von Bürger\*innen, Diengruppen und Einrichtungen und den eigenen Behörden aufgegriffen werden, oder umgekehrt von sozialen Organisationen Impulse in derartigen kommunalen Initiativen und Gremien eingebracht werden können, die dann von anderen Beteiligten überhaupt bemerkt und aufgegriffen werden.

Auch auf der Ebene der Kommune als Akteur kann die BRK und insbesondere das darin formulierte Partizipationsgebot zu einer Überwindung negativer Folgen der Sektoralisierung wirksam beitragen. Schon hingewiesen habe ich darauf, dass das Partizipationsgebot der BRK einen Rechtsanspruch auf wirksame Beteiligung an Gestaltung und Entscheidung bedeuten und damit über die bisher in Deutschland praktizierte (oftmals unverbindlich bleibende) Anhörung hinausgeht. Insofern sehe ich an dieser Stelle eine entscheidende Handlungsmöglichkeit und auch die Notwendigkeit zum Handeln, auf kommunaler Ebene geeignete Verfahren dafür zu entwickeln und zu etablieren.

Es handelt sich hierbei um eine wichtige Grundlage für kommunales Handeln und ‚kommunale Planungsaktivitäten‘. Eine weitere Grundlage dafür bildet das vom ZPE vertretene (prozessuale, dynamische) Verständnis von Planungsergebnissen als etwas, das man ‚anwendet‘ und nicht als etwas, das man ‚umsetzt‘. Planungsprozesse sind in diesem Verständnis immer auch Lernprozesse und Kooperationsbildung. Dazu gehört auch, dass kommunale Planungsaktivitäten Geld erfordern und echte Spielräume. Neben qualifizierter Steuerung und geeigneten Ver-

fahren benötigen die beteiligten Akteure hinreichende Ressourcen.

Zu beachten ist m. E., dass die Entwicklung und Moderation örtlicher Netzwerke (bzw. die dadurch ermöglichte Schaffung von Sozialräumen) eine andere kommunale Aufgabe und Aktivität ist, als Anlaufstellen für Bürger\*innen bereitzustellen.

Bei einer Betrachtung der gesellschaftlichen Inklusionsentwicklung und der (kommunalen) Teilhabeplanung als verschränkte Parallelprozesse müssen die Unterschiede beider Aufgaben geschärft werden. Die Öffnung von Angeboten und die Kooperation von Akteuren zwischen Sektoren spezifischer Versorgungsleistungen muss unterschieden werden von der Entwicklung eines inklusiven Miteinanders in der Kommune, gleichsam der ‚Öffnung der normalen Welt‘, bei der es sich ja nicht um (Leistungs-)Angebote‘ handelt.

Als wirksame ‚Quellen‘ für eine Öffnung der sektoralen Beschränkungen erscheinen mir die folgenden Akteure maßgeblich: Betroffene, Bürgerbeteiligung/Partizipation, kleine ambulante Träger mit inklusionsorientierten Konzeptionen, Professionelle mit personenorientiertem und sozialraumorientiertem Selbstverständnis und entsprechender Handlungskompetenz.

## 6 Perspektive: Sektoralisierung – Professionen – Organisationen

Das professionelle Selbstverständnis kann mit den umrissenen, mit der Sektoralisierung verbundenen, Problemen an folgenden Stellen produktiv umgehen. Die hier formulierten Gesichtspunkte sind nach meinem Eindruck bereits teilweise Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses in der Behindertenhilfe. Insofern sind die Strategien und Perspektiven der Entspezialisierung und sektorübergreifenden Zusammenarbeit durchaus anschlussfähig. Allerdings sind m. E. das Paradigma des personenzentrierten Handelns und die sozialraumorientierte Arbeitsweise im professionellen Selbstverständnis und in der realen Handlungspraxis noch nicht genügend verankert und umgesetzt. Dies liegt zunächst an den bereits beschriebenen Mängeln der

Leistungsdefinitionen und der Finanzierung und den darauf fußenden Beschränkungen in den Konzeptionen der Leistungserbringer sowie an innerprofessionellen Gründen, Dilemmata und Widersprüche, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann.

Die beiden genannten Professionsstandards (Personenzentrierung und Sozialraumorientierung) stehen in engem Zusammenhang mit den menschenrechtlichen Standards der UN-BRK und dem Grundauftrag der Eingliederungshilfe. Durch die verstärkte Orientierung daran kann die noch fehlende notwendige unverrückbare Verankerung der Professionsstandards in Selbstverständnis und Handlungspraxis unterstützt werden.

Es lassen sich aus der BRK darüber hinaus noch weitere wesentliche Anforderungen an Profession und Kompetenzen in der Behindertenhilfe ableiten. Aus dem Behinderungsbegriff und den menschenrechtlichen Bestimmungen ergibt sich in der BRK die Konzeption der „Assistierten Selbstbestimmung“, die zur professionellen Grundlage im sozialen Feld wird. Dieses menschenrechtliche Verständnis impliziert die Konzeptionen von Anwaltschaftlichkeit<sup>11</sup> und Empowerment: Unterstützung von Klient\*innen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte, Rollen und bei dem Erlangen der entsprechenden Ressourcen.

„Dies bedeutet, dass Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe darauf gerichtet sein müssen, ihre Klient\*innen bei der Wahrnehmung ihrer gewünschten Rechte, Rollen und Erlangen der entsprechenden Ressourcen unterstützt werden. Die Unterstützung bei der Wahrnehmung von (sozialen) Rechten wird ein Schwerpunkt psychosozialer Assistenz werden (müssen).“ (Reumschüssel-Wienert 2017, S. 19)

Die Unterstützung von Selbstbestimmung erfordert Beschäftigte, die selbständig und professionell handeln können (Kompetenzen) und sie benötigt dementsprechend organisationale Strukturen in den Diensten und Einrichtungen<sup>12</sup>.

Damit Assistenz von Selbstbestimmung nicht nur als gleichsam persönliche professionelle Aufgabe oder Haltung beschränkt

---

<sup>11</sup> Siehe dazu 2. Perspektive und Fußnoten 4 und 5.

bleibt, müssen die damit verbundenen Aufgaben und Kompetenzen auch in den Stellenbeschreibungen, den Konzeptionen der Organisation und in den Leistungsvereinbarungen entsprechend verankert werden.

Meinen Beitrag abschließen möchte ich mit folgender These zur weiteren Diskussion:

Die Überwindung negativer Auswirkungen der Sektoralisierung mit dem Ziel einer höheren Qualität von Unterstützung kann meines Erachtens weniger durch eine Entspezialisierung von Professionen erreicht werden, als vielmehr durch eine Verankerung und Finanzierung von Kooperation und Koordination in den von mir beschriebenen Dimensionen

## Literatur

Heimberg, Werner/Kopyczinski, Wolfgang (2017): Beratung für Menschen mit Behinderung. Zur Notwendigkeit und konzeptionellen Planung von unabhängiger Teilhabeberatung. Marburger Beiträge zur Inklusion 02. Marburg: Lebenshilfe Hessen.

Kopyczinski, Wolfgang (2018): Die Krux mit der Selbstbestimmung: Überlegungen zur Weiterentwicklung der Praxis und der Konzepte in der Behindertenhilfe aus den Erfahrungen in dem Projekt MitLeben, in: Michael May, Angelika Ehrhardt, Michael Schmidt (Hrsg.)

Kopyczinski, Wolfgang (2016): Assistenz zur Selbstbestimmung. Fachliche und menschenrechtliche Grundlagen zur Assistenz von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Marburger Beiträge zur Inklusion 01. Marburg: Lebenshilfe Hessen.

---

<sup>12</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in: Kopyczinski, Wolfgang (2016); sowie: May, Michael; Schmidt, Michael, Ehrhardt, Angelika (2018): Organisationsentwicklung im Rahmen selbstgesteuerten Wohnens von Menschen mit Behinderung – Inklusion hat ihren Preis, und: May, Michael; Ehrhardt, Angelika; Heimberg, Werner (2018): Teilhabemanagement: Eine neue Aufgabe zur Verwirklichung von Selbstbestimmung und Inklusion, beide in: May, Michael; Ehrhardt, Angelika; Schmidt, Michael (Hrsg.).

- May, Michael; Ehrhardt, Angelika; Schmidt, Michael (Hrsg.): MitLeben: Sozialräumliche Dimensionen der Inklusion geistig behinderter Menschen. 2018.
- May, Michael; Ehrhardt, Angelika; Heimberg, Werner (2018): Teilhabemanagement: Eine neue Aufgabe zur Verwirklichung von Selbstbestimmung und Inklusion, in: May, Michael; Ehrhardt, Angelika; Schmidt, Michael (Hrsg.).
- May, Michael; Schmidt, Michael, Ehrhardt, Angelika (2018): Organisationsentwicklung im Rahmen selbstgesteuerten Wohnens von Menschen mit Behinderung – Inklusion hat ihren Preis, in: May, Michael; Ehrhardt, Angelika; Schmidt, Michael (Hrsg.).
- Steinmetz, Jens (2018): MitLeben im Kontext verinselter Sozialräume/Lebenswelten – oder: Aneignung als Kampf um Raum, in: Michael May, Angelika Ehrhardt, Michael Schmidt (Hrsg.).

## Inklusive Psychiatrie - Psychiatrie inklusive? Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Siegen-Wittgenstein im Spannungsfeld zwischen Behindertenhilfe und Psychiatrie

In seinem Inklusionsbericht postuliert der Kreis Siegen-Wittgenstein 2014 (S. 155) für Menschen mit Behinderung den uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Versorgungsangeboten: „Das Handlungsfeld Gesundheit, Rehabilitation, Prävention und Pflege findet seine Grundlage in den Artikeln 25 und 26 der Behindertenrechtskonvention. Artikel 25 will sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Güte und dem gleichen Standard zur Verfügung steht, wie Menschen ohne Handicap. Artikel 26 erweitert die Aussage auf Präventions- und Rehabilitationsdienste. Das erfordert ein Gesundheitssystem, was auf die Bedürfnisse dieser Menschen eingeht. Es muss ein barrierefreier Zugang zu allen Leistungsangeboten gewährleistet werden. Da sich nicht der Einzelne auf das System einstellt, sondern die Gesellschaft einen barrierefreien Zugang ermöglichen soll, ist der Fokus auf Institutionen – Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Praxen, Beratungseinrichtungen – zu richten.“ Die Umsetzung dieser Forderungen nach inklusiver medizinischer Versorgung scheint allerdings bis heute im Kreis Siegen-Wittgenstein nicht gelungen.

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen sowie Verhaltensauffälligkeiten im Kreis Siegen-Wittgenstein einen solchen barrierefreien Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen erhalten können bzw. inklusiv in/von Psychiatrie und Behindertenhilfe versorgt können. (Der Begriff „Menschen mit geistiger Behinderung“ wird hier der Einfachheit halber gleichbedeutend mit dem in der Psychiatrie gängigen „Menschen mit Intelligenzminderung“ oder dem Begriff „Men-

schen mit intellektueller Beeinträchtigung“ oder mit „Lernschwierigkeiten“ verwandt.)

Zunächst soll die Problemlage umrissen werden. Dazu werden Daten zur Prävalenz von geistiger Behinderung und psychischen Störungen sowie schließlich zur Inanspruchnahme von fachlichen Hilfen referiert. Um Gründe für ihre aktuell unzureichende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung auszumachen, wird anschließend ein kurzer Überblick über die Schritte der Exklusion geistig behinderter Menschen in Deutschland aus dem psychiatrischen Hilfesystem notwendig sein, die zur Entstehung der zu benennenden Barrieren geführt haben. Abschließend werden Möglichkeiten zu einer in diesem Sinne inklusiven Psychiatrie aufgezeigt.

## 1 Problemverortung – von wem ist hier die Rede?

Alle Menschen können psychisch krank werden, auch, und sogar besonders häufig, die mit geistiger Behinderung. Sie können psychische Störungen im engeren Sinne wie beispielsweise Psychosen, Depressionen oder Zwänge entwickeln. Die geistige Behinderung selbst wird psychiatrisch zudem relevant, wenn eine sog. „Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung erfordert“ (F7x.1 nach ICD 10) hinzutritt. Dabei handelt es sich um Problemverhalten, das kontextbedingt oder als „Verhaltensphänotyp“ imponiert. Verhalten als Ausdruck eines Symptoms einer psychischen Störung oder als Problemverhalten zu identifizieren, ist in der Praxis/in ihrem Sozialraum aus verschiedenen Gründen (s. u.) sehr schwierig und führt dazu, dass Menschen mit geistiger Behinderung sich häufiger an der Grenze zwischen den Sektoren Behindertenhilfe und Psychiatrie bewegen: Sie sind vergleichsweise oft von seelischen Erkrankungen im engeren Sinne betroffen, die psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden sollten. Sogenanntes Problemverhalten, das „rund die Hälfte der psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“ ausmacht (Cooper 2007), wird zwischen Psychiatrie und Heilpädagogik hinsichtlich der Zuständigkeit kontrovers diskutiert. Während in der Behindertenhilfe spezifische Strategien der Heil-

pädagogik (z. B. positive Verhaltensunterstützung, Theunissen 2011) verfolgt werden, kommen in der Psychiatrie -oftmals nach Scheitern der heilpädagogischen eher medikamentöse Interventionen zum Einsatz. An sektorenübergreifenden therapeutischen Konzepten fehlt es. Menschen mit geistiger Behinderung bewegen sich zwischen diesen beiden wenig miteinander kommunizierenden Sektoren und stehen frei nach der Siegerländer Redensart „Hack du, ich kah net schuffeln!“ (Hack du, ich kann nicht schaufeln!) in der Gefahr von beiden Disziplinen übersehen zu werden.

## 2 Daten

Die Datenlage bezüglich des Vorkommens geistiger Behinderung in der Bevölkerung weist – je nach Definition bzw. zugrunde gelegten Kriterien – eine relativ breite Varianz auf. Die Weltgesundheitsorganisation geht von einer Prävalenz von 1 – 3 % (Dilling u. a. 2015) aus, der Deutsche Bildungsrat (1973) von 0,6 %. In einer Metaanalyse von 52 zwischen 1980 und 2009 durchgeführten Studien (Maulik et al. 2011) (beide in: Neuhäuser u. Steinhausen 2013, S. 18f.) wird die Prävalenz von geistiger Behinderung mit 0,6 bis 1,82 % aller Menschen (mehr Männer als Frauen, mehr in ländlicher als in städtischer Umgebung, mehr in unteren sozialen Schichten) angegeben.

Der mit Abstand größte Anteil liegt bei der leichten Intelligenzminderung (ca. 80 %), gefolgt von der mittelgradigen (12 %), der schweren (7 %) und schließlich der schwersten (1 %) Intelligenzminderung (World Psychiatric Association 2013).

Ihr Risiko für die Entwicklung einer zusätzlichen psychischen Störung wird von der WHO als 3- bis 4-fach erhöht eingeschätzt (Dilling u. a. 2015). Experten gehen davon aus, dass etwa 30 – 50 % der Menschen mit Intelligenzminderung mindestens einmal im Leben eine psychische Störung entwickeln, das allerdings bereits ungefähr dem von Wittchen (2014) untersuchten Risiko der Allgemeinbevölkerung (12 Monatsprävalenz 27,7 %, Lebenszeitprävalenz 50 %) entspricht. Das Risiko für eine psychische Störung steigt mit dem Grad der intellektuellen Beeinträchtigung. Generell können Menschen mit Intelligenzminderung von

allen seelischen Erkrankungen betroffen werden, jedoch treten Demenz (5- bis 10-fach), schizophrene Psychosen (4- bis 5-fach) und affektive Störungen (4-fach erhöhte Rate) vergleichsweise häufig auf. Bei der als schwierig geltenden und viel Erfahrung voraussetzenden Diagnostik ist bei Menschen mit geistiger Behinderung von großer Bedeutung zu unterscheiden: Handelt es sich bei dem auffälligen Verhalten um den Ausdruck einer seelischen Erkrankung wie z. B. einer Psychose oder einer Zwangsstörung, um ein nur in einem spezifischen Kontext z. B. einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung auftretendes Interaktionsmuster (Kontextverhalten), oder ist sie Ausdruck eines sog. Verhaltensphänotyps (z. B. übermäßiges Essen bei Prader-Willi-Syndrom, expansives Verhalten bei Smith-Magenis-Syndrom)?

Es ist davon auszugehen, dass im Kreis Siegen-Wittgenstein mit seinen ca. 280.000 Einwohnern zwischen 1680 und 5096 Menschen mit Intelligenzminderung leben, von denen mindestens 504 und höchstens 2548 zusätzlich psychisch erkranken oder Verhaltensauffälligkeiten wie o. g. aufweisen.

Daten zur tatsächlichen fachärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung liegen hingegen nicht vor, sehr wahrscheinlich sind sie wohl hier wie andernorts in Deutschland noch unzureichender als für die Allgemeinbevölkerung. Hier nehmen – abhängig von der Diagnose – nur zwischen 10 und 40 % der Betroffenen überhaupt irgendeine Hilfe, häufig beim Hausarzt in Anspruch (ebenda). Würde man diese Zahlen zugrunde legen, hieße das für den Kreis Siegen-Wittgenstein, dass nur zwischen min. ca. 50 und max. ca. 1020 Menschen mit geistiger Behinderung derzeit tatsächlich von – nicht unbedingt fachpsychiatrischen – Hilfen erreicht werden. Anders formuliert: Etwa zwischen 450 und 1300 Menschen mit geistiger Behinderung wären gänzlich unversorgt!

### 3 Barrieren

„Die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen, insbesondere bei Mehrfachbeeinträchtigungen, sind im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention stärker zu beachten. Bar-

rieren im Zugang sind zu beseitigen. Leistungserbringer und Leistungsträger überprüfen gemeinsam mit den Verbänden der Menschen mit Beeinträchtigungen vorhandene Angebote auf ihre Eignung für Menschen mit Behinderungen.“ (Landespsychiatrieplan NRW 2017, S. 61).

Menschen mit geistiger Behinderung im Kreis Siegen-Wittgenstein sollten folglich nach dem Willen der nordrhein-westfälischen Landesregierung insbesondere auch psychiatrische Hilfen barrierefrei zur Verfügung stehen. Gleichwohl existieren offenkundig nach wie vor Barrieren, eine diesbzgl. Überprüfung der in unserer Region vorhandenen Angebote ist bisher nach Kenntnis des Autors nicht erfolgt.

Zum besseren Verständnis der mangelhaften Versorgung ist ein kurzer Blick auf die Geschichte der Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland zu werfen, der hilfreich bei der Identifizierung von Barrieren ist.

War es im Zuge der Industrialisierung bereits zu einer gewissen Ausgrenzung in Sondereinrichtungen gekommen, fielen Menschen mit geistiger Behinderung den Nationalsozialisten auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 in der sogenannten Aktion T4 zum Opfer. Sie wurden zunächst in den Heil- und Pflegeanstalten zwangssterilisiert, vergast und später mangelernährt, so dass insgesamt 70.000 von ihnen ermordet worden waren. (Eine der sechs deutschen „Tötungsanstalten“ befand sich in Hadamar, unweit von Siegen im Westerwald-Kreis.) Einige derselben deutschen Psychiater, die sich vor 1945 an den Kranken- und Behindertenmorden beteiligt hatten, setzten ihre Karriere – auch als Universitätsprofessoren und Funktionäre – nach 1945 fort. In der psychiatrischen Wissenschaft und in der Ausbildung von Ärzten dürfte damals der Wechsel vom nationalsozialistischen Paradigma „lebensunwertes Leben“ hin zu einer von humanistischen Werten und dem hippokratischen Eid geleiteten Praxis der Integration bis hin zur Behindertenrechtskonvention und Inklusion sicher schwer gefallen sein, so dass es lange Zeit bezogen auf Menschen mit geistiger Behinderung nur wenig Aktivität in der psychiatrischen Wissen-

schaft und Praxis gab. Zum anderen gab es nach den Morden nur noch wenige Menschen mit geistiger Behinderung, um die man sich hätte kümmern müssen. Geistig Behinderte waren in der Psychiatrie über viele Jahre schlichtweg kein Thema. Die öffentliche Auseinandersetzung und Aufarbeitung dieses Themas durch die Psychiatrie selbst begann erst in den 2000er Jahren, u. a. unter dem Vorsitz Frank Schneiders in der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (vgl. z. B. Roelcke 2010, Schneider 2011).

Angestoßen durch die Enquetekommission der Bundesregierung wurde ab den 1980er Jahren in der Bundesrepublik die Psychiatriereform vollzogen, deren vorrangiges Ziel die Behandlung der psychisch erkrankten Menschen in ihren Heimatkreisen war; heute würde man vielleicht sagen, sie sollten möglichst in ihren „Sozialräumen“ versorgt werden. Betten in den großen Landeskliniken (für den Kreis Siegen-Wittgenstein war die in Warstein zuständig) wurden abgebaut und in die Kreise und kreisfreien Städte verlegt. Es kam zur Errichtung neuer, vergleichsweise kleiner Kliniken, die oft angegliedert an Allgemeinkrankenhäuser die sog. psychiatrische Pflichtversorgung übernahmen (lokal am heutigen Kreisklinikum Siegen in Weidenau mit 140 Betten für 280.000 Einwohner – etwa halb so viele Betten pro Einwohner wie im Durchschnitt Deutschlands!). Notwendig dadurch wurde die zahlenmäßige Ausweitung der Sitze niedergelassener Psychiater und Nervenärzte, die ihre Patienten nun „gemeindenah“ versorgen sollten. Daneben wurden psychiatrische Übergangwohnheime – gedacht für den „Übergang“ von der umfassenden Versorgung in den Landeskliniken in die angestrebte selbständige Lebensführung – eingerichtet, die wiederum als sogenannte (zur medizinischen Versorgung) „komplementäre“ Angebote wie tagesstrukturierende Maßnahmen (Tagesstätten) und ambulant betreute Wohnformen nach sich zogen (damals lokal initiiert u. a. von der Aktionsgemeinschaft zur Förderung psychisch Behinderter e. V. und der Siegener Initiative). Allmählich bildete sich neben dem klinisch-psychiatrischen Sektor auch in unserem Kreis unter Beteiligung der verschiedenen Akteure eine recht differen-

zierte Angebotspalette aus, die weitestgehend die den von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen und ihren Angehörigen zur Bewältigung benötigten Hilfen in den Bereichen Therapie, Wohnen, Arbeit und Freizeit vorhält. Neben dem klinischen entwickelte sich nun der sozialpsychiatrische Sektor. Kukla (2007) und Häfner (2016) schildern umfangreich und eindrücklich die Fortschritte für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Psychiatriereform; implizit wird hier allerdings exemplarisch deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung bei diesen Reformen, deren Auftrag eben primär die Reformierung der als untragbar erachteten Verhältnisse in den Psychiatrien und nicht in den Einrichtungen der Geistigbehindertenhilfe war, weitgehend vergessen wurden.

Im Verlauf der Psychiatriereform wurde die zuvor gemeinsame Versorgung von Menschen mit seelischen Krankheiten und solchen mit geistigen Behinderungen aufgelöst. Die als im medizinischen Sinne nicht therapierbaren/-fähigen Menschen mit Intelligenzminderung wurden – ihre erhöhte Anfälligkeit für psychische Störungen ignorierend – in pädagogisch dominierte Versorgungsstrukturen überführt. Es entstanden analog und parallel zu den oben beschriebenen sozialpsychiatrischen gemeindenahe Angeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen solche für Menschen mit geistiger Behinderung (z. B. stationäres und ambulant betreutes Wohnen, Werkstätten). Die stationären Langzeitbereiche in den Landeskliniken wurden für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zunächst intern in Heilpädagogische Heime umgewandelt, deren Plätze im Laufe der Zeit – ähnlich wie die psychiatrischen Einrichtungen – in die Region verlagert wurden, aus der die Betroffenen stammten. Sind die Grenzen zwischen klinischem und sozialpsychiatrischem Sektor noch recht durchlässig, so gerieten Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatriereform aus dem Blickfeld der psychiatrisch Tätigen, die Barrieren für ihren Zugang zu den psychiatrischen Angeboten wurden eher noch erhöht.

Als Fundamente für die aktuellen Barrieren auf dem Weg zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfen ist die aus der histo-

rischen Entwicklung resultierende Sektoralisierung auszumachen, insbesondere die fehlende vernetzte Kooperation von Psychiatrie und Geistigbehindertenhilfe (organisatorische und institutionelle Ebene) und deren Mitarbeitenden, die zudem auf dem jeweils anderen Sektor kaum Erfahrungen und fachspezifische Kenntnisse aufweisen (personale Ebene).

Dem aus medizinischer Sicht im Hinblick auf körperliche und seelische Erkrankung erhöhten Risiko und Behandlungsbedarf von Menschen mit geistiger Behinderung wurde und wird bei weitem nicht im notwendigen Maße Rechnung getragen. Der Sektor Psychiatrie ist vom Hilfesystem für Menschen mit geistiger Behinderung weitgehend entkoppelt und umgekehrt. Im Sinne funktionaler Differenzierung bildeten beide einen jeweils spezifisch eigenen Code, eine eigene Sprache mit entsprechenden Wahrnehmungs- und Denkkategorien aus.

Die geschilderte historische Entwicklung führte zu einer Fragmentierung der verfügbaren Hilfen und zur Isolierung ihrer Akteure in den jeweiligen Systemen/Sektoren. MitarbeiterInnen der psychiatrischen Einrichtungen nehmen wahr, sprechen und handeln psychiatrisch, die der Behindertenhilfe pädagogisch. Symptome einer psychischen Störung werden vor allem in den Einrichtungen der Behindertenhilfe eher der Behinderung selbst zugeschrieben („over-shadowing“) und nicht als solche identifiziert („under-reporting“), während in psychiatrischen Institutionen oftmals die – für die Therapie bedeutsame – Intelligenzminderung nicht gesehen wird.

Zur Veranschaulichung zwei konkrete Beispiele aus der Praxis:

1. Ein in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung Beschäftigter, dem dort jahrelang geistige Behinderung zugeschrieben wurde, weist bei erstmaliger eingehender psychiatrischer Untersuchung eine chronisch schizophrene Erkrankung auf, seine Intelligenz hingegen stellt sich als durchschnittlich heraus.
2. Eine mehrfach stationär psychiatrisch behandelte Patientin, bei der eine rezidivierende depressive Störung, aber keine Intelligenzminderung diagnostiziert worden war, zeigt in späteren Untersuchungen einen Intelligenzquotienten deutlich unterhalb der

Grenze zur geistigen Behinderung, und es stellt sich heraus, dass sie in diesem Zusammenhang den Anforderungen ihrer Erwerbsarbeit nicht gerecht werden konnte, an den Folgen mehrfach depressiv dekompenzierte, was nach ihrer Berentung nicht mehr geschah.

Auch weil ihnen die zum Ausdruck der psychischen Beschwerden erforderlichen differenzierten sprachlichen Fertigkeiten fehlen (Sprache ist ein wesentliches Instrumentarium in der psychiatrischen Befunderhebung), können Menschen mit geistiger Behinderung ihr Leiden nicht an den Mann/die Frau bringen, sie den in ihrer Umgebung verfügbaren Professionellen (meist Angehörige oder MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe) nicht mitteilen. Systemisch gesprochen: Sie finden keinen Anschluss an das Hilfesystem, da sie erstens ihr Leid sprachlich kaum ausdrücken können, keinen Adressaten (psychiatrische Professionelle) für ihre Mitteilungen finden (Psychiater sind nicht erreichbar und sprechen kein „Pädagogisch“ und keine „leichte Sprache“), zweitens weil die in ihrer Nähe verfügbaren Professionellen „Pädagogisch“ und „leichte Sprache“, aber allenfalls gebrochen „Psychiatrisch“ sprechen und somit nicht als Dolmetscher fungieren können.

Besonders auch die bis zur Psychiatriereform traditionell eng mit der Medizin verbundene Heilpädagogik grenzte sich im Laufe der Psychiatriereform in ihrem Streben nach Autonomie und eigener an eher psychosozialen Ansätzen orientierter Identität und Professionalisierung von der Psychiatrie ab. Das von ihr ausgehende „Normalisierungsprinzip“ sollte auch die Normalisierung in der medizinischen Versorgung bedeuten, mit dem Manko allerdings, dass Menschen mit geistiger Behinderung in pädagogischen Einrichtungen als Hochrisikogruppe hinsichtlich psychischer Störung nicht mehr als solche wahrgenommen werden. Grenzen pädagogischer Handlungskompetenz (z. B. durch pädagogische Verhaltensmodifikation oder positive Verhaltensunterstützung) werden auch heute noch oft erst bei Krisen mit akut eigen- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen gesteckt, in denen dann – oftmals notfallmäßig – stationäre psychiatrische Behandlung aufgesucht wird. Die psychiatrischen Behandlungsangebote, insbesondere

psychopharmakologische Strategien werden ansonsten oft eher skeptisch betrachtet bis abgelehnt (keine Literatur, Praxiserfahrung des Autors).

(Apropos Psychopharmaka: Möglich wurde die Psychiatriereform und insbesondere die gemeindenahere Versorgung psychisch kranker Menschen u. a. durch Psychopharmaka, deren Entwicklung einherging mit der drastischen Verkürzung der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von ca. 230 in 1975 auf ca. 23 Tage in 2011 (vgl. Häfner 2016, Punkt 8.8). „Eine entscheidende Voraussetzung des Erfolgs der Reform war die revolutionäre Wandlung der Psychiatrie von einer nur bewahrenden zu einer therapeutischen Disziplin. Die Entdeckung und Einführung der Antidepressiva, Neuroleptika und Anxiolytika in den späten 50er- und den frühen 60er-Jahren und die Entwicklung praktikabler Psychotherapie und Rehabilitationsverfahren ermöglichten in zunehmendem Umfang Entlassungen chronisch Kranker und den Übergang auf ambulante Behandlung und bei schweren Rückfallepisoden auf stationäre Krisenintervention.“ (ebenda, Punkt 8.9). Menschen mit geistiger Behinderung gerieten auch hier weiter aus dem Fokus der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung, sind sie doch oft chronisch auf institutionelle Unterstützung – außerhalb der Psychiatrie – angewiesen.

Institutionelle Barrieren bestehen historisch gewachsen in Bezug auf spezialisierte psychiatrische Angebote: Während in Kreisen, in denen noch Landeskliniken (in NRW die LWL- oder LVR-Kliniken, z.B. in Warstein und Münster) für die stationäre psychiatrische Versorgung zuständig sind, häufig auf die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung spezialisierte Behandlungskonzepte vorgehalten werden, verfügen Abteilungspsychiatrien wie die in Siegen-Weidenau nicht über solche Möglichkeiten.

Auch die Entgeltsysteme in der Psychiatrie können als Barriere wirken: Da Diagnostik und Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung ein vergleichsweise erhöhtes Zeitkontingent erfordern, das mit den gegenwärtig gültigen Vergütungssystemen im ambulanten Bereich (Einheitlicher Bewertungsmaßstab der Kassenzentralen Bundesvereinigung) wirtschaftlich nicht auskömm-

lich finanziert werden kann, dürften sie besonders auch für niedergelassene Fachärzte nicht sonderlich attraktiv sein (belastbare lokale und nationale Daten hierzu sind dem Autor nicht bekannt). Auch die für die stationäre Psychiatrie gültigen Finanzierungsmodelle (gegenwärtig noch tagesgleiche Pflegesätze unter Berücksichtigung der Psychiatrie-Personalverordnung, angestrebt das Pauschalisierende Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik) berücksichtigen diesen besonderen personellen Aufwand nur wenig.

Weiter ist die Psychotherapie als Teil des psychiatrischen Sektors für Menschen mit geistiger Behinderung, die von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen von niedergelassenen Psychotherapeuten abgewiesen werden, kaum erreichbar.

Um von verhaltenstherapeutischen Strategien profitieren zu können, wird die sogenannte „Instruktionsfähigkeit“ vorausgesetzt, die tiefenpsychologischen Verfahren beruhen sehr viel auf der „Reflexionsfähigkeit“ ihrer Patienten. Eigenschaften, die bei intellektueller Beeinträchtigung als oft als unzureichend eingeschätzt werden (vgl. Elstner 2016). Auch in den Richtlinien zur Durchführung von Psychotherapie werden Menschen mit geistiger Behinderung in der Formulierung von Indikationen tendenziell ausgeschlossen: „Psychotherapie ist als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn: ...zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei der Patientin ... die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind.“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017, §26, Abs. 3, Satz 1).

Barrieren beim Zugang für Menschen mit geistiger Behinderung zum psychiatrischen Hilfesystem existieren folglich auf den Ebenen der unzureichenden fachspezifischen Kompetenzen in ihrem direkten Umfeld/Sozialraum, der unzureichend verfügbaren/erreichbaren psychiatrisch-institutionellen Strukturen sowie der fehlenden Voraussetzungen für deren wirtschaftlich auskömmliche Gestaltung ausmachen.

#### 4 Erfordernisse und Ausblick

Nordrhein-Westfalen hat 2017 seinen Landespsychiatrieplan, an dessen Erarbeitung der Bad Berleburger Psychiater Rüdiger Saßmannshausen beteiligt war, verabschiedet. Darin heißt es: „Die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Lernschwierigkeiten hinsichtlich ihrer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung werden häufig nicht angemessen vom Regelversorgungssystem befriedigt. Deshalb ist das Regelversorgungssystem gezielt auch durch entsprechende Fort- und Weiterbildung zu qualifizieren. Bei komplexen Bedarfslagen ist insbesondere bei Lernschwierigkeiten eine Ergänzung durch zielgruppenspezifisch ausgerichtete Angebote notwendig (z. B. spezifische Angebote psychiatrischer Kliniken, niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, entsprechend ausgestattete und ausgerichtete Sozialpädiatrische Zentren, interdisziplinäre Frühförderstellen sowie Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen). Diese Angebote können das Regelsystem beraten und, soweit geboten, im Einzelfall kurz- oder langfristig die Behandlung übernehmen. [...] Patientinnen und Patienten mit Lernschwierigkeiten benötigen eine geschulte Wahrnehmung ihrer Äußerungsformen. Eine differenzierte psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung ist für alle Lebenskontexte (Frühförderung, Kindergarten/Kindertagesstätten, Familie, Schule, Arbeit, Angebote der Behindertenhilfe, somatische Versorgung) anzubieten. [...] Diagnostische und therapeutische Prozesse bei Menschen mit Lernschwierigkeiten verlangen eine multiprofessionelle Herangehensweise, bei der das typische Methodenrepertoire der Psychiatrie um pädagogische und heilpädagogische Komponenten ergänzt werden muss.“ (S. 22f.)

Das Bundesteilhabegesetz fordert eine konsequent personenbezogene Feststellung von Hilfebedarfen und ebenso strukturierte Leistungserbringung unabhängig von den üblichen ambulanten, teil- und vollstationären Sektoren.

Der Kreis bestätigt in seinem Inklusionsbericht 2014 in Siegen-Wittgenstein bestehende Barrieren beim Zugang zu Leistungen

im Gesundheitssystem: „Durchgängig hat sich gezeigt, dass trotz des sicherlich vorhandenen Problembewusstseins Einrichtungen des Gesundheitswesens bei näherer Betrachtung weder räumlich, sprachlich, akustisch noch optisch barrierefrei sind. Bisherige Verbesserungen zielen schwerpunktmäßig auf Menschen mit körperlichen Einschränkungen.“ (Inklusionsbericht 2014). Ergänzt werden müssen die dort genannten Barrieren im Zusammenhang mit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen noch um die oben beschriebenen.

Das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen nennt fünf wesentliche Schritte für das Erreichen von Inklusion: „1. Partizipation und Beteiligungsstrukturen, 2. Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung, 3. Barrierefreie Infrastruktur, 4. Inklusive Gestaltung von Einrichtungen der Allgemeinheit, 5. Flexible und inklusionsorientierte Unterstützungsdienste“ (Rohrman, Schädler, S. 47; vgl. auch Inklusionsbericht 2014, S. 160).

Bereits der erste Punkt bereitet hier Schwierigkeiten: Die Menschen mit geistiger Behinderung selbst können ihre psychischen Beschwerden in ihrem Sozialraum aus den genannten Gründen nicht mitteilen. Die ihnen verfügbaren Professionellen im pädagogischen Kontext nehmen sie (mangels spezifischer Kenntnisse und Erfahrung) kaum wahr, können sie wegen der Sprachschwierigkeiten und der Verständigungsprobleme nicht an geeignete (psychiatrische) Adressaten – die ihrerseits wenig von den behinderungsspezifischen Besonderheiten verstehen – weitergeben. Aus demselben Grund ist die Bewusstseinsentwicklung nur in Ansätzen vorangeschritten. In den fragmentierten Infrastrukturen bewegen Menschen mit geistiger Behinderung sich zwischen den Sektoren/Einrichtungen der Psychiatrie einerseits parallel in denen der Behindertenhilfe und stoßen auf beiden Seiten auf vielfältige Barrieren. Und schließlich gibt es kaum sich zuständig fühlende und Sicherheit vermittelnde inklusionsorientierte – und schon gar nicht flexible – Unterstützungsdienste in diesem Bereich.

Was muss also geschehen? Wie kann Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung erreicht, können Barrieren abgebaut, welche Infrastrukturen müssen errichtet werden, damit Psychiatrie inklusiv und sensibel für die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung wirklich gelingen kann?

Dass Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich bereits ins psychiatrische Bewusstsein gerückt sind, wird durch die Veröffentlichung des vorliegenden Artikels deutlich. Nur sind sie es noch sehr am Rande.

In der psychiatrischen Klinik am Kreisklinikum Siegen existieren -wie in, abgesehen vom Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin, nahezu allen in der ackpa (Chefärzte und Chefärztinnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern) vertretenen Kliniken- aus verschiedenen Gründen keine spezialisierten Angebote im stationären Sektor. (Ob ein solches Angebot überhaupt sinnvoll wäre, ist aus Sicht des Autors anzuzweifeln.) Eine Lösung könnte aber insbesondere in der Praxis der im neuen „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (Psych VVG) verankerten Möglichkeit zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) bestehen, durch die die Verlagerung von stationären Ressourcen zur Behandlung im Sinne eines „Hometreatments“ in den Lebensraum des Patienten gebracht werden kann. Es müssten nicht aufwändig neue Strukturen errichtet werden, und der sich häufig auf die behinderungsimmanent erhöhte Veränderungsempfindlichkeit und oft artifiziell symptomverstärkende Umgebungswechsel könnten so vermieden werden.

Derzeit wird in der Psychiatrischen Institutsambulanz eine Sprechstunde für Menschen mit geistiger Behinderung angeboten, die jedoch keinesfalls eine suffiziente Versorgung gewährleisten kann. Seit 2015 – also erst ein Jahr nach Erstellung des ersten Inklusionsplans des Kreises Siegen-Wittgenstein – ist im § 119c des SGB V die Möglichkeit zur Errichtung von Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung festgeschrieben. Für die Verbesserung der ambulan-

ten Versorgung plant das Kreisklinikum gegenwärtig die Beantragung einer Ermächtigung zur Errichtung eines solchen MZEBs mit neuropsychiatrischem Schwerpunkt, das mit einem multiprofessionellen Team ein umfangreiches Angebot hinsichtlich fachspezifischem/r Assessment/Diagnostik und Therapie für Patienten sowie Beratung für Angehörige und Einrichtungen/Mitarbeitende der Behindertenhilfe vorhalten soll. Zudem sollen weitere erforderliche Gesundheitsleistungen interdisziplinär auf Basis von Kooperationen mit anderen medizinischen Fachgebieten, wie z. B. Innere Medizin, Orthopädie, Gynäkologie, Urologie und Zahnmedizin für Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung koordiniert und vermittelt werden. Die Genehmigung eines solchen MZEBs könnte einen Meilenstein in der Versorgung der Klientel bedeuten. (Für Kinder und Jugendliche übernimmt diese wichtige Aufgabe im Übrigen seit Jahrzehnten das Sozialpädiatrische Zentrum der DRK-Kinderklinik. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres werden dessen Leistungen für die nunmehr „erwachsenen“ Patienten nicht mehr finanziert.)

Auf Initiative des Kreisklinikums hat sich 2016 ein Arbeitskreis aus Vertretern der Einrichtungen der Behindertenhilfe (AWO, Bethel regional, Diakonie, Invenma, Lebenshilfe, Resolve) und der Förderschulen sowie des Kreisklinikums gegründet, an dem auch die Psychiatriekoordinatorin des Kreises teilnimmt. Ziel des Arbeitskreises ist die Vernetzung von Hilfen, die Ermittlung von Bedarfen und Entwicklung entsprechend notwendiger Angebote. Die geplante trägerübergreifende Durchführung einer zweitägigen Fortbildung zum Thema „Geistige Behinderung und psychische Störung“ soll zum einen für die gute psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung erforderliche Qualifizierung/Sensibilität vermitteln, die spezifische Kenntnisse (auch im Sinne eines „Sprachkurses“) und Fertigkeiten beinhaltet. Zum anderen soll auch die gegenseitige persönliche Kenntnis und vertrauensvolle Kooperation (Stichwort: sektorenübergreifende Multiprofessionalität) zur Aufweichung der genannten Sektoren und zum Abbau von Barrieren führen. Gemeinsame Handlung soll helfen, neue

Erfahrungen für psychiatrisch Tätige auf dem Gebiet der geistigen Behinderung, für Beschäftigte in der Behindertenhilfe im Bereich psychischer Störungen zu generieren. Solche Erfahrung kann neue Erkenntnis und eine vollständigere Wahrnehmung der Bedürfnisse der Klientel (mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung) und damit Hilfen über die Grenzen der jeweiligen Sektoren hinweg ermöglichen.

Sinnvoll erscheint insbesondere auch die Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen im Kinder-/Jugend- und Erwachsenenbereich. Will man dem von Wittchen erhobenen Befund, dass psychische Erkrankungen häufig in der Adoleszenz beginnen und bei Nichtbehandlung zu chronifizieren drohen, gerecht werden, ist die Gestaltung der Transition aus dem Jugend- in den Erwachsenen Sektor unabdingbar, die Zusammenarbeit der über die Lebensspanne zuständigen Akteure unter besonderer Beteiligung der Förderschulen, der DRK-Kinderklinik mit der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychosomatik und insbesondere des Sozialpädiatrischen Zentrums notwendig.

Offen ist noch, wie in Zukunft die deutliche steigende Zahl der Menschen mit geistiger Behinderung, die im Verlauf ihres Lebens bei zusätzlich schon ab dem vierten Lebensjahrzehnt erhöhten Risiko eine Demenz zu entwickeln bei zunehmend höherer Lebenserwartung versorgt werden können. Dazu existieren zurzeit keine systematisierten Lösungsansätze. Zu verbessern ist die unbefriedigende psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Weiter bleibt die Frage nach der psychiatrisch-psychotherapeutisch adäquaten Behandlung von Menschen mit anderen Behinderungsformen; beispielhaft sei hier die Gruppe der Gehörlosen genannt; offen.

Und zuletzt: Wer soll zuständig sein für die Planung und Steuerung all dieser notwendig zu implementierenden Angeboten? Wer hackt und wer schaufelt? In Frage kommende Personen oder Institutionen sind m. E.: Psychiatriekoordination und Sozialplanung des Kreises, Psychiatriebeirat und der noch zu gründende Gemeindepsychiatrische Verbund.

Inklusion muss politisch wirklich gewollt sein (ein entsprechender Beschluss wurde bereits im Inklusionsplan des Kreises 2014 formuliert; S. 10), es muss Träger (institutionelle Ebene) und Menschen (personale Ebene) geben, die diesen Beschluss umsetzen wollen, die trotz des im Sozialgesetzbuch V postulierten Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes mit entsprechenden zeitlichen und personellen Ressourcen ausgestattet werden. Besonders im Kontext sich ausbreitender Ökonomisierung des Gesundheits- und Behindertensektors liegt die Gefahr diejenigen, die unter (betriebs- und volks-) wirtschaftlichen Aspekten wenig attraktiv erscheinen, eher zu exkludieren statt unter Einbringung der erforderlichen Mittel in die Solidargemeinschaft einzuschließen. Wenn Psychiatrie behinderungssensibel, sektorenübergreifend, personen- und sozialraumorientiert inklusiv gelingen soll, muss das gewollt sein, gesteuert und finanziert werden.

#### Literatur

- Cooper, S.A. u.a. (2007) Mental-ill health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry* 190, 27-35
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. überarbeitete Auflage, Hogrefe 2015
- Elstner, S.: Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung, in: Glasenapp, J.; Schäper, S.(Hrsg.):Barrierefreie Psychotherapie Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung, Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 11. März 2016 in Kassel, Berlin 2016
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie über die Durchführung von Psychotherapie, Bundesanzeiger 2017 (BAnz AT 15.02.2017 B2)
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), Bonn 2016

- Häfner, H.: Psychiatriereform in Deutschland- Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquete. Ein Erfahrungsbericht, Mannheim 2016, <https://heiu.uni-heidelberg.de/journals/index.php/hdjbo/article/download/.../17286> am 6.8.2018
1. Inklusionsbericht für den Kreis Siegen-Wittgenstein 2014 Siegen-Wittgenstein macht sich auf den Weg – Inklusion ist unsere Herausforderung ([https://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170\\_2002\\_1.PDF?1460556954](https://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170_2002_1.PDF?1460556954) am 22.7.2018)
- Kukla, R.: „Zur Psychiatriereform in NRW: Zwischen Utopie und Wirklichkeit“ Vortrag anlässlich der Tagung: „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“ am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen ([https://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/fruehere/wirinnrw/vortrag\\_kukla.pdf](https://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/fruehere/wirinnrw/vortrag_kukla.pdf))
- Maulik u.a.: Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies, 2011 in: Neuhäuser, G.; Häßler, F.; Steinhausen, H.C.; Sarimski, K.: Geistige Behinderung. Grundlagen... Kap.1 (Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.C.): Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention, Kohlhammer Verlag 2013
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Landespsychiatrieplan, Düsseldorf 2017 ([www.mgepa.nrw.de/publikationen](http://www.mgepa.nrw.de/publikationen) am 22.7.2018)
- Roelcke, V.: Psychiatrie im Nationalsozialismus: Historische Kenntnisse, Implikationen für aktuelle ethische Debatten, in: Der Nervenarzt, 11/2010
- Rohrmann, A; Schädler, J. u. a.: Inklusives Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe, hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, 2014.
- Schneider, F.: Psychiatrie im Nationalsozialismus – Gedenken und Verantwortung. Springer-Verlag 2011
- Sozialgesetzbuch (SGB V), Fünftes Buch

- Gesetzliche Krankenversicherung, zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 17.8.2017 I 3214 (<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html> am 22.7.2018)
- Theunissen, G.: Positive Verhaltensunterstützung. Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und Autismus, Lebenshilfe-Verlag 2013
- Wittchen, H.U.; Jacobi, F. u.a: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), Nervenarzt 85:77–87, Springer-Verlag 2014
- World Psychiatric Association: Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Eine internationale Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka (übersetzt von M. Seidel), Materialien der DGSGB, Band 26, Berlin 2012



## Zum Aufbau einer integrierten Pflege- und Teilhabepflegeplanung aus der Sicht eines Leistungsanbieters

Aufgrund des demographischen Wandels, der Diskussion um die Zukunft von sozialen Leistungen (insbesondere von Pflegeleistungen), deren wachsenden Kosten und dem zunehmenden Bedarf an Pflege(-fach)kräften, ist eine integrierte Pflege- und Teilhabepflegeplanung zu einem wichtigen gesellschaftlichen Thema geworden. Schwierig erscheint die Lage derzeit jedoch vor allem aufgrund der steigenden Komplexität und Spezialisierung von zielgruppenspezifischen Angeboten und der zeitgleichen Abschottung von Akteuren und Einrichtungen gegeneinander. Ein unkomplizierter, zügiger und angemessener Zugang von Betroffenen zu den von ihnen häufig dringend benötigten Dienstleistungen wird unter solchen Umständen erschwert. In diesem Sinne müssten die einzelnen Segmente des Hilfesystems künftig wesentlich durchlässiger sein als bisher. Da sich ein solches Ziel jedoch nicht von heute auf morgen erreichen lässt, widmet sich der vorliegende Beitrag der Frage nach den Koordinations- und Kooperationspotenzialen aus der Anbieterperspektive. Dabei werden Aspekte inklusiver Quartiersentwicklung, die Auswirkungen des demographischen Wandels mit regionalem Bezug auf die beiden Kreise Siegen-Wittgenstein und Olpe, die Möglichkeiten, die Grenzen und die Formen einer verstärkten Zusammenarbeit von Leistungsanbietern sowie einige Modellversuche zur sektorübergreifenden Angebotsgestaltung diskutiert.

### 1 Leistungsanbieter als Partner bei der inklusiven Quartiersentwicklung

Ein funktionierendes System inklusiver Quartiersentwicklung kann am allerbesten in einem überschaubaren Gemeinwesen umgesetzt werden – wie zum Beispiel in einem Quartier in der Stadtmitte von Siegen. Dort nämlich, wo eine Gemeinschaft existiert und nicht durch zu große räumliche Entfernungen un-

terbrochen wird. Die kommunale Verwaltung steht dabei in der besonderen Verantwortung, aufgrund einer älter werdenden Bevölkerung eine höhere Versorgungssicherheit auf den Weg zu bringen. Sie gewährleistet, insoweit die Verfügbarkeit von Einrichtungen und Diensten der Daseinsvorsorge. Die Verwaltung selbst nimmt dabei jedoch eher eine moderierende Rolle ein, denn umzusetzen ist ein umfassendes Teilhabekonzept von den Einrichtungen und Akteuren selbst. Leistungsanbieter, wie der AWO Kreisverband Siegen-Wittgenstein/Olpe stehen in den Startlöchern, um ein solches Teilhabekonzept mit anderen Akteuren gemeinsam zu entwickeln und dieses zu verwirklichen.

Eine gerechte, personenzentrierte und raumbezogene Versorgung im Alter, bei Erkrankung und/oder Behinderung bilden zusammen mit attraktiven gruppen- und altersübergreifenden Angeboten das tragende Gerüst und die soziale Basis für ein gelingendes Miteinander. Um ein inklusives Gemeinwesen zu verwirklichen und dieses aufrechtzuerhalten, bedarf es verschiedener Entwicklungsschritte, die jedoch alle aufeinander aufbauen. Ziel einer inklusiven Quartiersentwicklung muss es sein, das Miteinander all jener Akteure zu fördern, die jeweils einen spezifischen Vorteil aus dem umfassenden Teilhabekonzept erlangen werden. Das Funktionieren dieser Idee bedarf sowohl eines ausgeprägten Engagements der Einrichtungen und Leistungsanbieter, als auch der Bewohner\*innen selbst. Dabei sollen alle Bürger\*innen das gleiche Recht auf die Nutzung von Angeboten in den Lebensbereichen Freizeit und Kultur, wie auch den gleichen barrierefreien oder zumindest barrierearmen Zugang zu Kindertagesstätten oder Wohnangeboten haben, ohne dass irgendjemand dabei ausgeschlossen wird (vgl. Schablon 2009, S. 154f.). Ein inklusives Angebot muss in besonderem Maße für Menschen mit Behinderung zugänglich gemacht werden. Im Vordergrund steht demnach das aktive Einbeziehen aller Menschen – und zwar in allen relevanten Lebenssituationen. Dies betrifft sowohl den Erfahrungsaustausch, die praktischen Lebenshilfen und emotionale Unterstützung, aber auch helfende Dienste professioneller oder semiprofessioneller Anbieter. Gefördert werden muss in einem

inklusive Gemeinwesen eine träger- und einrichtungsübergreifende Fachkompetenz, die vor allem auch mit dem Aufbau einer stärkeren gegenseitigen Akzeptanz einhergeht. Das Gefühl einer gemeinsamen Selbstverpflichtung und eines gemeinsamen Leitzieles muss deshalb in den Fokus gerückt werden.

An dieser Stelle soll allerdings auch auf den konkreten Bedarf dieser Leistungen hingewiesen werden. Die Einrichtungen aus den Bereichen der sozialen und pflegerischen Dienstleistungen müssen sich hinsichtlich der Bedarfsfeststellung wesentlich stärker untereinander vernetzen und außerdem einschränkende Hürden wie das Konkurrenzdenken überwinden. Hier ist gerade der Staat/die Kommune in der Pflicht, rechtliche Hürden und Vorschriften abzubauen und den Leistungsanbietern die notwendigen Handlungsspielräume für Kooperationen zu eröffnen.

Der soziale Raum, in dem dieses Vorhaben umgesetzt werden soll, kann grundsätzlich in drei Ebenen gegliedert werden. Dabei handelt es sich um die von den dort lebenden Menschen selbst als solche bestimmte Nachbarschaft, die jedoch auf zweiter Ebene von den Entscheidungen und Ressourcen der gegliederten Stadtbezirke abhängig ist und drittens von den gesamtstädtischen Plänen und auch den politischen Mehrheiten, die diesen sozialen Raum prägen. Aus diesem Grund bezieht sich sozialräumliches Arbeiten in einer Großstadt immer auf das Agieren von Profis in einem Stadtteil, dem bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden – genau wie seinen Bewohner\*innen. Aus der Perspektive eines großen Leistungsanbieters der Eingliederungshilfe muss dabei besonders daran erinnert werden, dass der demographische Wandel auch Menschen mit Behinderung betrifft. Folglich steigt nicht nur der Bedarf an Pflegeplätzen und -kräften für die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe dieses Personenkreises, ebenso stellt sich die Frage nach der förmlichen und quartiersbezogenen „Zuständigkeit“ für diese Menschen (zumindest ab einem bestimmten Alter).

## 2 Demographischer Wandel als wesentlicher Einflussfaktor des künftigen Leistungsgeschehens

Nicht nur im Kreis Siegen-Wittgenstein, sondern auch andernorts – wie zum Beispiel in Mainz oder Essen – wird dem Thema inklusiver Quartiersentwicklung mehr und mehr Beachtung geschenkt. Die steigende Zahl älterer Menschen und insbesondere diejenige von Pflegebedürftigen, ebenso wie die sinkende Geburtenrate bringen allerorts unausweichliche Fragen hervor. Dabei sind die beiden Kreise Siegen-Wittgenstein und Olpe schon jetzt in besonders hohem Maße vom demographischen Wandel betroffen und werden dies künftig bleiben. Während Großstädte wie Köln, Berlin oder Hamburg jährlich einen erheblichen Bevölkerungszuwachs verzeichnen, nimmt die Bevölkerungsdichte im Siegerland, im Wittgensteiner Land und im Kreis Olpe stetig ab. Dies betrifft natürlich auch die vorhandenen Angebote sozialer und pflegerischer Dienste. Ein wesentliches Problem stellt in diesem Zusammenhang die politisch beabsichtigte Verknappung an Plätzen in pflegerischen Einrichtungen dar.

Allein für den Kreis Olpe wird davon ausgegangen, dass die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Alter von über 60 Jahren innerhalb der nächsten Jahre deutlich steigen wird. Ein Viertel dieser Menschen wird dann voraussichtlich das Angebot im Bereich der vollstationären Pflege in Anspruch nehmen. Die verbleibenden drei Viertel werden vorzugsweise oder aufgrund einer unzureichenden Anzahl an Pflegeplätzen in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben und dort gepflegt werden. Wenn die Bereitschaft und auch die Fähigkeit zur Pflege von Angehörigen weiterhin abnehmen werden, so wird sich der Bedarf an Pflegepersonal künftig noch weitaus unzureichender decken lassen als heute schon (vgl. Kreis Olpe 2017).

Diese Voraussage für den Kreis Olpe lässt sich in ähnlicher Weise auch auf den Kreis Siegen-Wittgenstein oder zumindest auf bestimmte seiner Teilgebiete übertragen. Bis zum Jahr 2030 wird prognostiziert, dass sich die Zuzüge und die Fortzüge in und aus der Region noch in etwa ausgleichen werden. Allerdings wird die Sterberate je 1.000 Menschen in der Bevölkerung dann deutlich

höher liegen als die Geburtenrate. Die Zahl pflegebedürftiger Bürger\*innen wird demnach zwangsläufig weiter ansteigen (vgl. Bertelsmann-Stiftung o.J.). Außerdem wird der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung im Kreisgebiet in den Jahren 2015 bis 2030 um sechs Prozent abnehmen, was das Arbeitskräfteangebot im Gesundheits- und Sozialsektor schon allein quantitativ erheblich einschränken wird. Währenddessen wird die Gruppe der Senior\*innen im Jahr 2030 einen Anteil von 27 Prozent der Kreisbevölkerung darstellen (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2017).

### 3 Sektorenübergreifende Herausforderungen

Das Prinzip der integrierten und sozialen Teilhabeplanung beruht auf einer umfangreichen und gut vernetzten Beratung und Unterstützung im Bereich der Pflege, Betreuung und Sozialpsychiatrie und bietet möglicherweise einen geeigneten Lösungsansatz hinsichtlich der aufkommenden Herausforderungen des demographischen Wandels und der mit ihm verbunden sich wandelnden Unterstützungsbedarfe weiter Teile der Bevölkerung. Dabei geht es natürlich immer auch um Kosteneffizienz, jedoch darf es nicht allein das Ziel einer verstärkten Vernetzung von Angeboten sein. Aus Anbietersicht geht es bei der integrierten Teilhabeplanung um viel Grundlegenderes: Um die Verbesserung der sozialen Verhältnisse und die Stärkung von Pflegeoptionen, auf die vermutlich jede\*r irgendwann einmal selbst angewiesen sein wird. Der Sektor der Sozialen Arbeit, der für die Eingliederungshilfe stilbildend ist, und dabei insbesondere die Beziehungsarbeit zwischen Fachkraft und Klient\*in, bezieht sich in besonderem Maße auf die Reflexion von konkreten Lebensverhältnissen und verfolgt dabei die Absicht, individuelle Lebensgestaltungsoptionen auf eine „sanfte Weise“ zu erweitern. In diesem Kontext wird es als selbstverständlich angesehen, dass es zu dieser Umsetzung oft eines Eingriffs in bestehende Lebensverhältnisse und Sozialräume bedarf (vgl. Rhode 2017, S. 268). Diese Verhältnisse würden sich – bei guter Vernetzung der Einrichtungen untereinander – dann ständig verbessern. In letzter Konsequenz kann dies bedeuten, dass zum Beispiel Pflegekosten, die durch Heimaufenthalte ent-

stehen, länger aufgeschoben, oder sogar ganz vermieden werden, indem Dienste wirkungsvoller zusammenarbeiten und gemeinschaftliche Potenziale stärker eingebracht werden. Denn dies kommt ja letztendlich vor allem dem Menschen zugute, der auf Unterstützung angewiesen ist – und auch seinen Angehörigen.

Warum aber wirkt ein Leistungsanbieter auf eine verstärkte (möglicherweise auch institutionelle) Kooperation mit anderen Anbietern hin? Nun, das wesentliche Interesse des AWO Kreisverbands Siegen-Wittgenstein/Olpe ist es, knappe Ressourcen zielgerichteter und besser einzusetzen, da ein Notstand, der sonst unmittelbar bevorstünde, durch Kooperationen eher abgewendet oder zumindest abgemildert werden kann.

Genau deshalb – als Leistungsanbieter einerseits und als Fürsprecher andererseits – engagiert sich der AWO Kreisverband im Verbund mit anderen für eine verstärkte institutionelle Kooperation und Koordination bereits bestehender und neuer Leistungsangebote, die bestehende soziale Verhältnisse verbessern sollen. Als im November 2017 Expert\*innen aus der Sozialplanung, Sozialpolitik, Sozialen Arbeit, städtischen wie ländlichen Raumentwicklung, Pflege, Eingliederungshilfe und Psychiatrie sich zur Erörterung der Thematik miteinander an der Uni Siegen trafen, war die AWO mit dabei und brachte sich auch inhaltlich mit ein. Die Ergebnisse der Tagung, die in anderen Beiträgen dieses Bands ausführlich dargestellt werden, haben für die AWO eine große praktische Relevanz. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei Helfefelder Pflege, Eingliederungshilfe und Sozialpsychiatrie prägen den berufspraktischen Alltag der Mitarbeiter\*innen und deren jeweiliges Professionsverständnis. Ganz gleich, ob es um gemeinsame und unterschiedliche leistungsrechtlichen Grundlagen der Angebote, deren besondere Zielgruppen, Berufsqualifikationen oder praktizierte Routinen geht, die vielfach organisationsübergreifend geteilt werden – ein Problem stellt oftmals die Sektoralisierung der Hilfen dar. Dies wird vor allem dann zu einem echten Problem, wenn ein zusätzlicher Bedarf von Klient\*innen entsteht, der nur hilfefeldübergreifend gedeckt

werden kann. Zu diesem Zweck muss die Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Organisationen und Einrichtungen wachsen. Auf die Initiative der AWO hin haben die Leistungsanbieter der Region gemeinsam auf die Einrichtung einer integrierten kommunalen Pflege- und Teilhabeplanung hingewirkt. Diese gemeinsame Plattform von Leistungsanbietern und Leistungsträgern ist aus Sicht der AWO eine grundlegende Voraussetzung künftiger Kooperation – und diese wiederum ist eine wichtige Voraussetzung gelingender Quartiersentwicklung. Daher ist der Kreisverband hoch motiviert, dieses Vorhaben gemeinsam mit anderen weiter voranzutreiben.

#### 4 Künftiges Engagement im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation

Festzuhalten ist zunächst, dass vor allem strukturelle Planungsdefizite manchmal dazu führen können, dass notwendige Hilfen für Menschen entweder nicht oder nicht im richtigen Maße erbracht werden beziehungsweise die Adressat\*innen gar nicht erreichen. Insbesondere Planungsmängel an Schnittstellen können zu einer möglichen Unterversorgung von Klient\*innen führen, da sie den Leistungsberechtigten einen Zugang zu notwendigen ergänzenden Leistungen versperren. Zudem sind Parallelstrukturen in den Sektoren meistens ineffizient. Sie steigern den ohnehin vorhandenen Fachkräftemangel in den Sektoren der Pflege, Eingliederungshilfe und Sozialpsychiatrie. Da Gremien oder auch individuelle Anfragen von Betroffenen häufig „unter sich“ bleiben, können feldübergreifende Strukturen auf lange Sicht wesentlich erfolgversprechender sein. Der empirische Nachweis dafür ist freilich erst noch zu erbringen.

Hinzu kommt: Leistungsrechtliche Reformen führen zu einem verstärkten Wettbewerb zwischen Anbietern und bringen veränderte Rollenverteilungen hervor. Gerade das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und die Pflegestärkungsgesetze (PSG I-III) verändern in mancher Hinsicht die Ausgangslage.

Auch diese Entwicklungen können zur Folge haben, dass Akteure nicht mehr zielgerichtet mit einem\*r Klient\*in zusammenarbei-

ten oder ihm\*ihre nicht die notwendige und angemessene Unterstützung zukommen lassen können. Im Sozial- und Gesundheitssektor sind Wettbewerbsregime das Ergebnis politischer Interessenkonflikte und Aushandlungsprozesse. Im Trend der politischen und juristischen Gestaltung des Sozial- und Gesundheitssektors liegt derzeit eindeutig mehr Wettbewerb. Aus Sicht eines Leistungsanbieters ist dieser Wettbewerb nicht grundsätzlich schädlich, denn er kann zu einer Vielfalt von Angeboten führen und deren Qualität zugunsten des Leistungsempfängers steigern. Jedoch darf mehr Wettbewerb nicht zu neuen Hürden für Klient\*innen führen und bestimmte Gruppen von Klient\*innen benachteiligen.

Das individuelle Wunsch- und Wahlrecht wurde im Leistungsbereich der Eingliederungshilfe (SGB IX) durch das Bundesteilhabegesetz gerade erst rechtlich gestärkt. Das heißt, Betroffene haben jetzt mehr als jemals zuvor die Möglichkeit, aus verschiedenen Leistungen und Leistungsträgern auszuwählen. Dies ist auch aus Leistungsanbietersicht eindeutig zu begrüßen (vgl. Dohmen/Löwenberg/Strünck 2018). Allerdings – und dies ist im Kontext der hier geführten Diskussion entscheidend – finden Klient\*innen nicht unvermittelt zu Anbietern und ihren Angeboten. Für den Sektor der Eingliederungshilfe werden künftig unabhängige Beratungsstellen nach § 32 SGB IX eine wichtige Wegweiserfunktion übernehmen, damit dies besser gelingt. Auch in den anderen Sektoren gibt es solche vermittelnden Instanzen bereits. Allerdings bedarf es auch hier einer stärker sektorenübergreifenden Koordination, um das Spannungsfeld zwischen Kooperation und Wettbewerb im Nutzer\*inneninteresse aktiv auszugestalten. Gerade auf die Kommunen und die kommunalen Verbände kommt hier eine wichtige Aufgabe zu. Allein schon deshalb bietet sich die Verwirklichung der Idee einer integrierten Pflege- und Teilhabeplanung – wie sie im Kreis Siegen-Wittgenstein verfolgt wird – auch andernorts an.

## 5 Sektorenübergreifende Modellversuche inklusiver Quartiersentwicklung

Der AWO Kreisverband als ein großer Träger der Eingliederungshilfe trägt im Verbund mit seinem „Mutterkonzern“, dem AWO Bezirksverband Westliches Westfalen, als einem großen Träger der Altenhilfe, auch bereits selbst zur Schaffung von geeigneten sektorenübergreifenden Hilfeangeboten bei. Ein Beispiel dafür ist das Quartiersprojekt in der Gemeinde Erndtebrück (Wittgensteiner Land). Diese Gemeinde ist vom demographischen Wandel besonders stark betroffen. Deshalb sollen hier binnen der nächsten Jahre Wohnungs- und Betreuungsangebote geschaffen werden, die den unterschiedlichen Alltagssituationen und Pflegebedürfnissen der Bewohner\*innen gerecht werden, und zwar unabhängig von der Frage, welchem leistungsrechtlichen Sektor der\*die Klient\*in derzeit zuzuordnen ist. Dabei dient das Seniorenzentrum Erndtebrück des AWO Bezirksverbands als Dreh- und Angelpunkt aller weiteren Unterstützungs- und Versorgungsdienste. Es soll zum Quartierhaus werden – und dadurch zum Bindeglied eines sozialen Netzwerkes in der Gemeinde. Sicherlich von Vorteil ist dabei dessen zentrale Lage gleich am Marktplatz. Im Zuge eines Umbaus des Seniorenzentrums ist geplant, die Zahl von ambulanten Versorgungsangeboten weiter auszubauen. Die Ambulantisierung von Diensten berücksichtigt dabei jedoch auch spezifische Bedarfe von Menschen mit Behinderung. So wird in Erndtebrück an der Schnittstelle von pflegerischer Versorgung und Eingliederungshilfe eine neuartige Form der Tagespflege entstehen. Der AWO Kreisverband Siegen-Wittgenstein/Olpe sieht in diesem Projekt einen erfolgreichen ersten Schritt auf dem Weg zu mehr sozialer Teilhabe und zu einem inklusiven Quartier. Weitere Projekte dieser Art in den beiden Kreisen Siegen-Wittgenstein und Olpe könnten diesem Beispiel später folgen.

## 6 Wichtige Ansatzpunkte für kooperative und inklusive Quartiersentwicklung

Unter der Überschrift eines kooperativen und inklusiven Engagements steht zunächst vor allem der Anspruch, einer gelingenden Zusammenführung von professionellen Akteuren mit den Bürger\*innen und all ihren besonderen Anliegen. Möglich wird diese Verknüpfung insbesondere auch durch eine umfassende und intelligente Vernetzung mittels Informationsaustausch. Ein Schlüsselbegriff, der an dieser Stelle noch eine tragende Bedeutung erlangen könnte, ist die Digitalisierung. Im Kontext der zunehmenden Spezialisierung von Angeboten und Einzelleistungen kann eine übergreifende Kooperation von Leistungsanbietern möglicherweise gar sogenannte disruptive Innovationen hervorrufen. Das heißt: Völlig neue Produkte und Dienstleistungen verändern oder verdrängen bestehende Angebote (vgl. Wolff 2018, S. 50). Sowohl technische Innovationen im Bereich der stationären und der ambulanten Pflege oder auch im Sektor Eingliederungshilfe können mit Blick auf die inklusive Quartiersentwicklung eine Rolle spielen – als auch Austauschplattformen zwischen den Akteuren hinsichtlich der Verbesserung bestehender Leistungsprozesse. Für die erstgenannte Form der Innovation stehen sogenannte „Smart-Home-Lösungen“, die es vor allem Senior\*innen ermöglichen, beispielsweise im Falle eines Sturzes in den eigenen vier Wänden schnell und effizient Unterstützung zu erhalten. Derartige Technologien werden derzeit noch vorzugsweise im Bereich der Gerätesteuerung eingesetzt, aber gerade im Zuge moderner Teilhabekonzepte bieten sich derartige Lösungen auch als Elemente der Altenhilfe und Eingliederungshilfe an. Eben solche Angebote und vor allem Informations- und Kommunikationsplattformen tragen dazu bei, Leistungsanbieter mit Klient\*innen – aber auch Leistungsanbieter untereinander – einfach und zielorientiert miteinander zu vernetzen. Für eine inklusive Quartiersgestaltung ergeben sich dadurch zahlreiche neue Chancen – genauso wie für die Verwirklichung bestehender Kooperationspotenziale.

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt kooperativer inklusiver Angebotsentwicklung ist die stärkere Öffnung bestehender sozialer Einrichtungen für die Allgemeinheit. Oft ist in der Sozialen Arbeit von „passgenauen“ Angeboten die Rede. Aus der institutionellen Perspektive können allerdings nur personenzentrierte Dienste, nicht aber soziale Einrichtungen insgesamt ein „passgenaues“ Angebot vorhalten. Vielmehr ist es mit Blick auf eine inklusive Quartiersentwicklung erforderlich, niemanden von vornherein von bestimmten Angeboten auszuschließen. Zwar ist es nicht die Funktion spezieller Angebote, alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen anzusprechen und zu bedienen, wohl aber ist es die Aufgabe sozialer Akteure auf eine möglichst bedarfsgerechte und das heißt auf lückenfreie Versorgungsstruktur hinzuwirken. Wichtig ist in dieser Hinsicht aber vor allem, eine neue Kultur zu etablieren, die auf dem Verständnis einer Kommunikation auf Augenhöhe beruht. So werden soziale Einrichtungen – wie das Quartiershaus in Erndtebrück – zu Begegnungsräumen, die Ratsuchende gegebenenfalls an spezielle Fachdienste weitervermitteln können.

## 7 Bereits bestehende Kooperationen ausbauen und vertiefen – zugleich neue entwickeln

Insbesondere im Bereich der ambulanten Hilfen kooperiert der AWO Kreisverband Siegen-Wittgenstein/Olpe schon heute mit vielen anderen sozialen Diensten, um Betroffenen ein möglichst umfangreiches und lückenloses Angebot an Hilfeleistungen entweder selbst zu eröffnen oder ihm\*ihm dieses aufzuzeigen. Zu diesen Diensten zählen beispielsweise das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge und die Wohnberatung in Siegen. Die Wohnberatung wird gemeinsam mit dem Caritasverband Siegen-Wittgenstein e.V. und dem Verein ALTER Aktiv Siegen-Wittgenstein e.V. getragen. Durch diese Form trägerübergreifender Zusammenarbeit erhalten Ratsuchende überall im Kreisgebiet eine niedrigschwellige Beratung und Unterstützung in Wohnungsfragen. Gleiches gilt auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie für die Kooperation mit Verein für Soziale Arbeit und Kultur

Südwestfalen (VAKS e.V.) in der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten. Eine ebenso enge Zusammenarbeit existiert mit dem im Kreis ansässigen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi). Im Bereich der Eingliederungshilfe kooperiert die AWO heute schon mit vielen Bildungsträgern und mit Einrichtungen der Pflege. Dazu zählen beispielsweise die Reselve GmbH, das Bildungswerk Sieg-Lahn (BSL), das Katholische Jugendwerk Förderband e.V. oder die Hoppmann-Stiftung.

Auf dem Gebiet der Pflege bestehen Kooperationen mit der jeweiligen Senioren- und Pflegeberatung aller kreisangehörigen Kommunen und der Berufsschule für Allgemeingewerbe, Hauswirtschaft und Sozialpädagogik (AHS). Durch die Arbeitsgemeinschaft Wohlfahrtspflege erfolgt darüber hinaus auch auf übergeordneter Ebene eine enge Abstimmung mit anderen Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, über wichtige Fragen in allen drei Sektoren. Insbesondere durch die ehrenamtliche Verbandsarbeit der AWO Ortsvereine ergeben sich vielfältige und tiefe Verbindungen mit anderen Akteuren des Gemeinwesens in den Städten, Gemeinden und Quartieren der beiden Kreise Siegen-Wittgenstein und Olpe.

Über vergleichbare Formen der Zusammenarbeit und Beziehungen verfügen auch die meisten anderen sozialen Leistungsanbieter der Region. Ganz neu ist im Kreis Siegen-Wittgenstein die förmliche Kooperation ganz unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste unter dem gemeinsamen Dach des Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung e.V. (EUTB) – in NRW übrigens die einzige Trägerform dieser Art bei den neuen Beratungsangeboten nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Doch auch wenn bereits einige Erfolgsbedingungen gelingender Kooperation erfüllt sind, so müssen viele weitere Voraussetzungen bei der inklusiven Quartiersentwicklung erst noch geschaffen werden.

## 8 Bewohner\*innen von Quartieren als Mitgestalter\*innen ihrer Lebensverhältnisse

Vor allem müssen die Bewohner\*innen selbst als Gestalter\*innen ihrer Lebensverhältnisse noch viel mehr gestärkt werden. Bei

ihnen müssen eine größere Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Quartiersentwicklung geweckt werden und sie müssen gleichermaßen dazu ermutigt und befähigt werden, an diesem Prozess mitzuarbeiten. Die folgende These ist nicht neu: Nur wenn es gelingt, das Bewusstsein der Konsument\*innen als Koproduzent\*innen von Angeboten zu wecken, ist eine inklusive Quartiersentwicklung wirklich möglich. Der\*die gesunde 40-jährige Mitbürger\*in könnte dann zum Beispiel ohne großen Aufwand für den\*die 80-jährige\*n Nachbar\*in den Wocheneinkauf mittätigen, während er\*sie selbst gerade den eigenen Tageseinkauf erledigt. Dies wäre ein erster ganz kleiner, aber konkreter Schritt hin zu mehr Teilhabe und würde es gleichzeitig professionellen Leistungsanbietern ermöglichen, sich bei der Versorgung auf ihre Kernaufgaben zu konzentrieren.

Die Erfahrungen in anderen Städten und Regionen zeigen zudem, dass die Bereitschaft zur Mitwirkung an der Quartiersentwicklung vorhanden ist, wenn die notwendigen Bedingungen für ein stärkeres Engagement geschaffen werden. Pilotprojekte für barrierefreie Quartiersentwicklung könnten anderen Kommunen ein Vorbild sein.

In Köln wird gegenwärtig in zwei rechtsrheinischen Quartieren eine Bürgerbeteiligung zur barrierefreien Gestaltung der räumlichen und sozialen Umgebung durchgeführt (vgl. Stadt Köln 2018). Durch sogenannte aktivierende Befragungen wird eine Beteiligungsform gewählt, die zu mehr Engagement vor Ort verhelfen und Bürger\*innen die Möglichkeit eröffnen soll, selbst die bestehenden Barrieren im Viertel aufzuzeigen, damit diese anschließend abgebaut werden können. Das kann beispielsweise das Fehlen einer Apotheke im unmittelbaren Wohnumfeld sein, denn derartige Barrieren der Quartiersentwicklung gibt es nicht nur physisch, sondern auch mental und habituell (vgl. Kompetenzzentrum SIDI, S. 10ff.). Sobald die erste Beteiligungsphase in Köln im Sommer 2018 abgeschlossen ist, wird die Agentur, die durch die Stadt Köln mit der Begleitung des Vorhabens beauftragt wurde, einen Kriterienkatalog zur barrierefreien Quartiersgestaltung in den Kölner Stadtteilen entwickeln. Dieser

Kriterienkatalog soll Anfang des nächsten Jahres öffentlich vorgestellt werden und soll den Akteuren im Quartier (und darüber hinaus) als wichtige Arbeitsgrundlage dienen.

Eine gut funktionierende Vernetzung würde außerdem einen viel stärkeren und auch systematischeren Austausch von Fachkräften untereinander erfordern. Spezielle Einschränkungen einer unterstützten Person könnten so oftmals besser eingeschätzt und schneller behoben werden. Die mögliche Lösung eines Problems liegt auch im pflegerischen Umgang mit Menschen häufig viel näher und ist unkomplizierter als es bürokratische Regelsysteme vorsehen. Nicht immer bedarf es ganz spezieller professioneller Eingriffe in das Alltagsgeschehen der Menschen. Viele Maßnahmen, an denen mehrere Leistungsanbieter heute noch parallel zueinander arbeiten (oftmals ohne dabei voneinander zu wissen und folglich auch ohne nötige Absprachen miteinander treffen zu können), sind nicht nur ökonomisch ineffizient, sondern bewirken gleichermaßen körperlichen und psychischen Stress für den\*die Klient\*in.

Ein gutes und inzwischen viel zitiertes Beispiel für eine erfolgreiche Vernetzung von Diensten ist das Pflegeangebot Buurtz.org in den Niederlanden. Das dabei vorgesehene Pflegesystem der Nachbarschaftshilfe unterstützt Patient\*innen und Pflegebedürftige dabei, ein möglichst eigenständiges Leben zu führen, indem es deren Kompetenzen zur Selbstfürsorge aktiv erhält und diese fördert. Das Pflegemodell wird von Krankenpfleger\*innen geführt, die alle erforderlichen Partner\*innen bei der Dienstleistungserbringung miteinander vernetzen und diese einbeziehen. Die Pfleger\*innen erbringen den Pflegeumfang, den der/die jeweilige Klient\*in tatsächlich benötigt. Die Umsetzung dieses zukunftsweisenden Modells bedeutet zwar auf der einen Seite höhere Kosten pro Leistungsstunde – auf der anderen Seite aber bedeutet es einen wesentlich geringeren Leistungsumfang (Pflegetzeit) je Patient\*in, was nicht im Sinne einer Leistungskürzung zu verstehen ist. So konnte Buurtz.org die Behandlungszeiten um rund 50 Prozent verringern und gleichzeitig die Qualität der Pflege verbessern. Dies fördert die Arbeitszufriedenheit der Mitarbei-

ter\*innen – und somit schließt sich dann wieder der Kreis bezüglich des zuvor dargestellten Fachkräfteproblems.

## 9 Neuerfinden von bewährten Lösungen oder echte Fortschritte

Damit kooperative und inklusive Quartiersentwicklung gelingen und wirklich stattfinden kann, müssen also viele wichtige Voraussetzungen erst noch geschaffen werden. Dazu ist der Ansatz, ein regionales Gremium zur Pflege- und Teilhabeplanung einzurichten, ein wichtiger Beitrag, denn er verbindet die Akteure bei der Suche nach geeigneten Lösungen für die hier in diesem Beitrag nur ansatzweise aufgezeigten Probleme, die vielerorts die gleichen sind – aber immer einen besonderen lokalen Bezug haben. Dies bedeutet nicht nur, dass Leistungsanbieter fortlaufend über den eigenen Tellerrand hinausblicken müssen. Vielmehr bedeutet es auch, dass sie ihr Handeln nicht ausschließlich auf Vorschriften und bestimmte Methoden ihrer Profession beschränken dürfen. Die Personenzentrierung von Hilfen erfordert es, sich institutionell noch viel stärker zu öffnen und gemeinsame Standards zu erarbeiten, die es den Akteuren des Hilfesystems ermöglicht, weitestgehend flexibel und bedarfsgerecht zu handeln. Dazu gehört allerdings auch die Infragestellung mancher Standardisierungen, die unser soziales Hilfesystem seit langem prägen. Bis zu einem gewissen Grad bedarf es der Spezialisierung – allein schon, um die Qualität von Unterstützungsdiensten zu gewährleisten und um sich auf besondere Einzelfälle besser einstellen zu können. Allerdings erfordert es auf Seiten der Leistungsanbieter eine hohe Verantwortung bezüglich realistischer Bedarfs einschätzungen. Durch eine kooperative Planung, bei der jeder Akteur sein Wissen weitergibt und dieses mit anderen teilt, kann dann eine umfassende Qualitätssteigerung erreicht werden. Diese wird nicht nur den Klient\*innen zugutekommen, sondern auch den Anbietern der Dienstleistungen, den Einrichtungen und den Mitarbeiter\*innen selbst, die dann viel spezifischer und zielgerichteter agieren könnten. Die Patient\*innenzufriedenheit und das soziale Klima würden hierdurch positiv beeinflusst. Schöner

Nebeneffekt: Pflege- und Sozialberufe würden attraktiver.

Das Bestreben des AWO Kreisverbandes Siegen-Wittgenstein/Olpe ist es, unabhängig von den in diesem Beitrag weiter oben skizzierten gesetzlichen Reformen, Leistungen der Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen besser miteinander zu verschränken. Dies gelingt allerdings nur, wenn künftig genügend Pflege(fach-)kräfte diese Aufgabe tatsächlich übernehmen wollen und können. In Zusammenarbeit mit dem Jobcenter Siegen und der Landesfachstelle Welcome@Healthcare versucht der Kreisverband beispielsweise Geflüchtete als helfende Pflegekräfte zu gewinnen, diese anzulernen und somit ihnen selbst berufliche Einstiegs- und Erwerbsmöglichkeiten zu eröffnen. Dieser Ansatz stellt zwar keine Alternative zur Gewinnung, Ausbildung und Bindung qualifizierter Fachkräfte dar – bildet aber eine in der Praxis und für die Praxis notwendige Ergänzung. Wünschenswert wäre, wenn derartige Ansätze künftig gemeinsam mit Partner\*innen im Rahmen kommunaler Pflege- und Teilhabeplanung verfolgt werden würden.

Mit ihrer Historie und den sozialen Akteuren ist es die Tradition, Vision und Profession der AWO eine "Gerechtigkeitsinstanz" zu sein, die das Ziel verfolgt, innerhalb der politischen, gesellschaftlichen, kulturellen und institutionellen Rahmenbedingungen die Selbstbestimmung und die Partizipation aller Adressat\*innen ihrer Leistungen konsequent zu fördern. Daraus sollen "gute" Lebensverhältnisse erwachsen. Daher ist es für den AWO Kreisverband Siegen-Wittgenstein/Olpe selbstverständlich, gemeinsam mit anderen Akteuren dafür zu streiten, dass die Einrichtungen und Dienste auch künftig eine bedarfsgerechte Unterstützung und Versorgung all derjenigen, die Hilfen welcher Art auch immer benötigen, sicherstellen können. Dies ist ein Beitrag, den die AWO zur gesellschaftlichen Inklusion leisten kann: Die eigenen Angebote weiterzuentwickeln und diese mit Gleichgesinnten gut auf die tatsächlichen Bedarfe und gut aufeinander abzustimmen – und die Angebotslandschaft auf diese Weise mit allen involvierten Partner\*innen gemeinsam auszugestalten.

## Literatur

- Bertelsmann-Stiftung (o. J.): Demographiebericht Siegen-Wittgenstein. Ein Baustein des Wegweisers Kommune. URL: <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/siegen-wittgenstein-lk+altersstrukturgrafik> (Zugriff: 21.05.2018).
- Dohmen, Christian/Löwenberg, Horst/Strünck, Christoph (2018): Nutzerinteressen und der Wandel von Wettbewerbsregimen in der Wohlfahrtspflege: Handlungsspielräume und Konsequenzen am Beispiel der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe. In: Zeitschrift für Politik (ZfP). Im Erscheinen.
- Kompetenzzentrum SIDI Soziale Innovation durch Inklusion (2017): Neue Alte, neue Wege – Neue Räume – Inklusion im Quartier. URL: [http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/aktuelles\\_un\\_d\\_service/dokumente/tagungsdokumentationen/neue\\_alt\\_e\\_neue\\_wege/Inklusion\\_im\\_Quartier.pdf](http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/aktuelles_un_d_service/dokumente/tagungsdokumentationen/neue_alt_e_neue_wege/Inklusion_im_Quartier.pdf) (Zugriff: 21.05.2018).
- Kreis Olpe – Der Landrat (2017): Pflegebedarfsplan Kreis Olpe 2018-2020. URL: [http://www.kreis-olpe.de/media/custom/2041\\_3677\\_1.PDF?1453984281](http://www.kreis-olpe.de/media/custom/2041_3677_1.PDF?1453984281) (Zugriff: 21.05.2018).
- Kreis Siegen-Wittgenstein – Der Landrat (2017): Pflegebedarfsplan für den Kreis Siegen-Wittgenstein 2017 (Prognosezeitraum 2020). URL: [http://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170\\_4130\\_1.PDF?1507275557](http://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170_4130_1.PDF?1507275557) (Zugriff: 21.05.2018).
- Rhode, Bernhard (2017): Sozialplanung und Qualitätsentwicklung Sozialer Arbeit. In: TUP – Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa, Ausgabe 4, S. 266-275.
- Schablon, Kai (2009): Dialog: Community Care. In: Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), Heft 2, S.150-157.

Stadt Köln – Die Oberbürgermeisterin (2018): Wie inklusiv ist das Quartier? Stadtarbeitsgemeinschaft Behindertenpolitik. 29.05.2018.

Wolff, Dietmar (2018): Was kann die Sozialbranche aus der Wirtschaft lernen – was besser nicht? In: Kreidenweis, Helmut (Hrsg.): Digitaler Wandel in der Sozialwirtschaft. Grundlagen, Strategien, Praxis. Baden-Baden: Nomos, S. 45-55.

## Planung und Fallbearbeitung: Zentrale Elemente einer kommunalen Teilhabepolitik

### 1 Unterstützungssuchende und professionelle Akteure

Alle professionellen Akteure der sozialen, gesundheitsfürsorgeri-schen und pflegerischen Arbeit streben die Verbesserung ihrer Arbeitsqualität im bestehenden finanziellen Rahmen an, jeder auf seine Weise, auf seiner Ebene und mit seinen Zielen.

Diese Handlungsweise wirft Probleme auf, da der Unterstützungssuchende/der sog. Fall nicht nur eine Auswahl passender Dienstleistungen braucht, sondern sie auch bezahlen können muss. Dazu kommt beispielsweise die Erreichbarkeit der Dienstleistung, er braucht die Information zum richtigen Zeitpunkt und ggfls. am richtigen Ort. Beratung ist notwendig, um sich im breit gefächerten Angebot des Marktes zurecht zu finden. Bei sensiblen Dienstleistungen erwartet der Unterstützungssuchende eine staatliche Qualitätssicherung bzw. eine Mitwirkung durch Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen. Manchmal ist der Unterstützungssuchende in einer prekären Verfassung, weil er Bedarfe aus verschiedenen Leistungsspektren aufweist.

Die Befriedigung der hier skizzierten Bedarfe wird gemeinhin mit dem Staat bzw. seiner untersten Ebene, den Kommunen, assoziiert. Obwohl es nach wie vor eine starke Tendenz gibt, die Hilfe innerhalb der Familien zu geben, rufen Unterstützungssuchende oder ihr Umfeld spätestens dann nach dem Staat, wenn die Versorgung nicht funktioniert oder Verwahrlosung droht. Dabei wird „der Staat“ adressiert ohne die Ebenen auseinander zu halten, nur wenige unterscheiden zwischen der Selbstverwaltung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen einerseits und dem Staat auf der anderen Seite.

### 2 Kommunen als Scharnier

Mit ihrer Rolle, die Daseinsvorsorge zu gewährleisten, ist die Kommune immer zentrale Adresse. Dabei ist sie ohne eigene

Steuerhoheit und Gesetzgebungskompetenz die schwächste Ebene des Staates. Gleichzeitig ist die kommunale Ebene das Scharnier zwischen der Bevölkerung und den anderen staatlichen Instanzen. Auf dieser Ebene zeigt sich, wenn etwas nicht klappt, wenn die Bevölkerung unzufrieden ist oder wenn es mit der sozialen, gesundheitsfürsorglichen und pflegerischen Arbeit nicht so funktioniert, wie die Bevölkerung es für angemessen hält oder wenn bestimmte Vorhaben nicht nach den eigenen Vorstellungen ablaufen.

Deshalb sehen etliche Fachleute in den Kommunen die Instanz, die mit ihrer Scharnierfunktion zur Bevölkerung, zur Zivilgesellschaft, zu den Sozialunternehmen, zur Selbstverwaltung der gesetzlichen Kassen gestärkt und befähigt werden muss.

Um diese Funktion tatkräftig und kompetent auszufüllen, sind eine Fülle von Maßnahmen durch die Kommunen (Politik und Verwaltung) zu ergreifen. Gleichzeitig müssen sich die bundes- und landesweiten Rahmenbedingungen für Kommunen ebenfalls an die neuen Funktionen anpassen. Vor dem Hintergrund des Forschungsprojektes "Koordinationspotentiale kommunaler Teilhabepolitik (KoKoP)" seien folgende Handlungsansätze von Kommunen herausgegriffen: Planungs-, Koordinations- und Moderationskompetenz einerseits und Bearbeitung der Anliegen der Unterstützungssuchenden andererseits.

### 3 Von der Maßnahmenplanung zur koordinierenden und moderierenden Planung

Früher orientierten sich die Planer an dem Dreiklang: Soll, Ist, und Maßnahmen. In erweiterter Form wurde diese Planungsphilosophie Jahrzehnte lang praktiziert. Neuere Aspekte der Planung sind Partizipation, Evaluation, Sozialraum, Berichterstattung und integrierte Handlungskonzepte. Dabei war die Verwaltung oft nur der Datenlieferant; Ideen, Anregungen, Vorschläge kamen aus der Zivilgesellschaft, von EU-, Bundes- oder Landesebene, aus der Forschung und von engagierten Dienstleistern. Dieses Planungsverständnis geriet immer wieder in Konflikt mit der Ar-

beitsteilung zwischen Politik und Verwaltung und dem traditionellen Aufbau vieler Verwaltungen.

Deshalb ist eine wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung kommunaler Planung, dass sich die Kommunalpolitik auf Grundsätze konzentriert und dass die Verwaltung für Konzeptvorschläge und Ausführung, ggfls. mit Hilfe von Dritten, zuständig ist.

Der organisatorische Aufbau der Sozialverwaltung muss sich von der Gesetzeslogik lösen und rund um Funktionen gruppiert werden. D.h. alle sozialen, gesundheitsfürsorglichen und pflegerischen Funktionen müssen in einer Verwaltungseinheit zusammengefasst werden. Das hätte zum Beispiel die Folge, dass Sozialpsychiatrie, Behindertenhilfe und (Alten-)Pflege in einer Einheit organisiert würden. Die als "Versäulung" bekannte Struktur wäre damit verwaltungsseitig aufgehoben, wenn diese Verschränkung praktisch durch Führung und Mitarbeiter gelebt würde. Diese Veränderung bedeutet zudem, dass die Verwaltungskräfte lernen müssen mit anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Was zwischen Einzelnen bereits oft gut funktioniert, muss auch auf der Führungsebene und in den praktischen Leitbildern verankert werden.

Parallel zu dieser funktionalen Verwaltungsreform müsste eine sozialräumliche Philosophie durchgesetzt werden. Überkommene Strukturen wären konsequent „herunter zu zonen“, innerhalb der Kommunen müsste sorgfältig überlegt werden, was den kreisangehörigen Städten und Gemeinden bzw. in kreisfreien Städten den Bezirken obliegen soll. Unabhängig von der Frage der Zuständigkeiten müsste je nach Sachverhalt kleinräumig gedacht und gehandelt werden. Beispielsweise hätte eine bezirkliche Verwaltungsstruktur die Aufgabe, auch die Stadtteile, Siedlungen, Quartiere und Sozialräume in den Blick zu nehmen. Es gilt jeweils die Kleinräumigkeit zu wählen, die einem Sachverhalt angemessen ist.

Das traditionelle Planungsverständnis wurde durch die Fülle der Akteure u.a. in Folge der Marktöffnung 1995 (Einführung der Pflegeversicherung) und die länderspezifischen Reformen der

Eingliederungshilfe, die Ökonomisierung der sozialen, gesundheitsfürsorglichen und pflegerischen Angebote, der strukturellen Unterfinanzierung dieser staatlichen Ebene und dem verstärkten Auftauchen anderer Geldgeber wie Stiftungen, Lotterien und Unternehmen irritiert und führte zu einem Funktionsverlust der Kommunen. Gleichzeitig bestand die Letztverantwortung der Kommunen fort und die Nachteile der unkoordinierten Vorgehensweisen der verschiedenen Akteure, zeigten sich bei unzufriedenen Unterstützungssuchenden, ihren Interessensorganisationen, engagierten Anbietern und in der Forschung. Wichtig waren auch die übernationalen Impulse der UN-Behindertenrechts-konvention, die auf Modernitätsdefizite in punkto Teilhabe von Unterstützungssuchenden hinwies, sowie die Qualifizierung und Etablierung der „Pflege“ als Beruf, die außerhalb von Deutschland viel früher eingesetzt hat.

Das Verständnis von Planung hat sich verändert: Nicht mehr Maßnahmen stehen im Vordergrund, sondern Koordination und Moderation des Feldes. Den Kommunen fällt die Rolle zu (manchmal selbst gewählt, manchmal auch von außen zugeschrieben), verschiedene Akteure an einem Tisch zu versammeln, Austausch zu ermöglichen, Abstimmungen untereinander zu initiieren, gemeinsame Ziele zu erarbeiten und diese gemeinschaftlich oder arbeitsteilig umzusetzen. Führungskräfte in der Verwaltung bzw. ihre Planer sind ganz neu gefordert: Es geht darum, die Lage außerhalb der Verwaltung besser kennenzulernen, die verschiedenen Interessen abzufragen, Verständigung über gemeinsame Perspektiven zu erarbeiten, sich zu vernetzen, Verabredungen schriftlich niederzulegen und eventuell sogar in Vertragsform zu gießen. Diese koordinierenden und moderierenden Funktionen sind herausfordernd für Führungskräfte und Planer, aber auch für Mitarbeiter, die teilweise noch in ordnungsrechtlichen Vorstellungen befangen sind. Die Kompetenzen entwickelten sich nach dem „learning by doing“-Prinzip, Forschung trug zum neuen Selbstbild bei und Stiftungen bzw. andere Mediatoren boten erste Tagungen und Schulungen an.

Bis hierhin wurde versucht, einen Überblick zu den notwendigen Veränderungen auf der strukturellen Ebene zu geben. Nachfolgend werden die Veränderungen auf der Einzelfallebene betrachtet.

#### 4 Von der Bewilligungslogik zur teilhabeorientierten Bearbeitung

Das Sozialamt als örtlicher Sozialhilfeträger hatte lange Jahre das Selbstverständnis: Der Antrag eines Unterstützungssuchenden wird gemäß einer klassischen Entscheidungskaskade bearbeitet und schlussendlich bewilligt oder abgelehnt. Danach steht dem Unterstützungssuchenden der Rechtsweg offen. Im Rahmen dieser Bewilligungslogik werden im Sozialamt Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe, sofern keine überkommunale Zuständigkeit gegeben ist, in großem Umfang bewilligt. Häufig handelt es sich nach der Grundsicherung um die größten Ausgabeposten im Sozialhaushalt.

Mit dem neuen Leitbild, das das BTHG und die vorlaufende Diskussion um Inklusion geprägt haben, werden personenzentrierte Lösungen in bestehenden Einrichtungen, aber auch jenseits von vorgefertigten Settings, in die Praxis etabliert. Maßgeblich ist dabei, was der Unterstützungssuchende für Vorstellungen bezüglich der bestehenden Leistungen und Angebote hat und welche Wünsche zur adäquaten Versorgungsform im Rahmen der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und der gesetzlichen Möglichkeiten realisiert werden können.

Selbstbestimmung ist das Gebot der Stunde. Um dies sicherzustellen, kreisen die Diskussionen und Auseinandersetzungen um Instrumente der individuellen Hilfeplanung und Zielvereinbarungen. Diese Verfahren werden aktuell unter den verschiedensten Bezeichnungen entwickelt und erprobt. Wichtig ist hier der leistungsträgerübergreifende Ansatz, die Teilhabeplanung. Im Lichte des BTHG gibt es aktuell eine Fülle von (Hilfe-) Plänen, die sich alle noch in der Praxis bewähren müssen. Ziel soll ein einheitliches Instrument sein. Dies bedeutet eine enorme Herausforderung für alle Beteiligten. Zentral ist, dass jeweils einem

Rehabilitations-/Leistungsträger die Fallsteuerung obliegt und dass der Unterstützungssuchende endlich zum Partner auf Augenhöhe wird. Nur so ist standardisiert möglich, Geld, Versorgungswunsch und Qualität in Einklang zu bringen.

Die Lernprozesse, die hier auf das Sozialamt oder wie immer diese Verwaltungseinheit dann heißen wird, zu kommen, sind gewaltig. Sie können nachfolgend nur angerissen werden:

Denken in Kreisläufen, multiprofessionelle Bearbeitung der Anliegen, den Unterstützungssuchenden als Co-Produzenten der Entscheidungsfindung ansehen, von gemeinsam festgelegten Zielen her den Entscheidungsprozess steuern etc. Diese Lernprozesse müssen gestützt werden durch Standardisierung von Arbeitsprozessen, die wiederum Voraussetzung für die Einführung von IT-Verfahren sind. Die Veränderungen müssen von den Führungskräften initiiert und systematisch eingeführt werden. Sie werden die Kultur und Arbeitsweisen der Sachbearbeitung maßgeblich beeinflussen: Das IT-gestützte Arbeiten schränkt die individuelle Fallbearbeitung ein und entlastet die Sachbearbeiter gleichzeitig. Auswertungs- und Kontrollroutinen machen die Arbeit transparent mit allen Vor- und Nachteilen.

Der unmittelbare Kontakt zum Unterstützungssuchenden wird sich ebenfalls verändern: Der „Sozialhilfeempfänger als Kunde“ ist ein Konzept, das sich in Sozialämtern nicht wirklich durchgesetzt hat. Zu oft ist der „Kunde“ einfach nur bescheiden, beschämt, dass er zum Amt muss oder auch unbeholfen im Umgang mit Behörden und verängstigt. Je nach Persönlichkeit wird sein Auftreten im Amt auch als querulantisches oder verrücktes angesehen. Er kann auch unangemessene Erwartungen haben oder aus seiner Situation heraus direkt mit dem Anwalt oder der Presse drohen.

All diese Bilder sollten überwunden oder zumindest relativiert werden, in dem sich Unterstützungssuchende und Sachbearbeiter mit Respekt begegnen und in einen Aushandlungsprozess bezogen auf die Ziele eintreten.

5 Planung und Fallbearbeitung müssen zusammengedacht werden.

Um eine kommunale Teilhabepolitik zu etablieren, muss die Kommune das Eine tun und das Andere nicht lassen. Wie können also Fallbearbeitung und Planung so verbunden werden, dass eine Gesamtstrategie entsteht? Mögliche Lösungsansätze liegen in der Kleinräumigkeit der Planung und in intelligenten, IT-gestützten Verfahren.



## Sozialraumerkundung als partizipative und sektorübergreifende Datenerhebungsmethode!?

### 1 Einführung

In Bezug auf die Hilfeplanung und Alltagsgestaltung bleibt die hohe Bedeutung des Sozialraums und sozialräumlicher Informationen nach wie vor evident. Der Sozialraum kann v. a. als Erfahrungs- und gleichzeitig Verwirklichungsraum gefasst werden. Aus der subjektiven Perspektive wird er durch soziale Beziehungen gestaltet und definiert. Gleichzeitig weist er damit auch eine sozialplanerische Komponente auf, die auf die Bedingungen des jeweiligen Sozialraums abzielt (vgl. Rohrman 2010, S. 68; Franz/Beck 2007, S. 33). Er prägt die individuelle Lebensführung. Die individuell erfahrene Lebensqualität wird stark durch Merkmale des sozialen Nahraums bestimmt (Rohrman 2010, S. 68). Damit wird klar, dass sich der Blick vielmehr auf den sozialen Nahraum richten muss.

Sowohl bei der Planung inklusiver Gemeinwesen als auch bei der individuellen Hilfeplanung ist diese sozialräumliche Perspektive unverzichtbar. Die örtliche Teilhabeplanung, die auf ein inklusives Gemeinwesen abzielt, umfasst einen partizipativ ausgerichteten, auf die strukturelle Ebene und auf die Veränderung der sozialen Infrastruktur zielenden Planungsprozess. Es gibt bereits verschiedene Ansätze der Sozialraumorientierung, die hier Anwendung finden können und die der Erschließung von Barrieren und Teilhabebedingungen dienen; so z. B. Sozialraumerkundungen, Statteilbegehungen oder sozialstatistische Sozialraumanalysen. Bei der Sozialraumorientierung stehen allein das Individuum, seine Interessen und Bezüge im Fokus. Sozialräumliche Daten liefern Erkenntnisse darüber, in welche lebens- und alltagsweltlichen Bezüge das Individuum eingebettet ist; wie seine Teilhabebedingungen sind und wo mögliche sozialraumbezogene Alltagschwierigkeiten bestehen. Dadurch, dass sich das Individuum durch seine sozialen Verflechtungen und alltagsweltlichen Bezüge aus-

zeichnet, ist es auch bei der individuellen Hilfeplanung unabdingbar, hieran anzuknüpfen und dies als wesentlichen Bestandteil der Hilfeplanung zu integrieren. Hilfen und Planungen sind umso effektiver, wenn sie die individuellen Lebens- und Erfahrungsprobleme erfassen und an diesen ansetzen. Die alltagsweltlichen Bezüge, aber auch die individuellen und unterschiedlichen Interessen jedes Einzelnen, deuten unschwer darauf hin, dass Hilfen nicht nur einem (Unterstützungs-)Bereich zugeordnet werden können. Die Planung und der Blickwinkel müssen über diesen einen Bereich hinausgehen, da sich der Einzelne auch darüber hinausbewegt und seine Teilhaberechte in allen Lebensbereichen verwirklichen können muss.

All das erfordert konsequenterweise feldübergreifende Planungsprozesse. Allerdings werden diese durch die vorzufindende Sektoralität, d. h. der z. T. stark voneinander abgegrenzten Unterstützungsbereiche/ professionellen Hilfesysteme mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Entwicklungen und Zielausrichtungen erschwert. Die ‚reine‘ individuelle Hilfeplanung und Leistungserbringung folgt meist der Logik, dass das Individuum mit einem bestimmten bzw. dem vorrangig betrachteten Unterstützungsbedarf bedacht und durch diesen einem darauf ‚zugeschnittenen‘ und damit spezialisierten Unterstützungsbereich bzw. Sektor zugewiesen wird. So stehen beispielsweise – angesichts des demografischen Wandels mit steigender Bedeutsamkeit – Personen mit chronisch psychischen Erkrankungen/ psychischer Behinderung, die im fortgeschrittenen Alter Unterstützungsbedarf im Bereich der Pflege haben, vor der Herausforderung, die für sie umfänglich notwendigen und passgenauen Hilfen zu erhalten. Problematisch ist hier bereits die Zuweisung, ggf. der Wechsel zu einem Sektor. Bedarfe oder Bedürfnisse der Person, die entweder unabhängig von den vorliegenden Beeinträchtigungen existieren oder nicht zu den im zugewiesenen Sektor erfüllbaren Bedarfen passen, stellen innerhalb des Sektors eine Herausforderung dar; bleiben unberücksichtigt oder ungedeckt. Wie angeführt, sind zudem die darüber hinaus gehenden sozialen Verflechtungen und Bezüge des Individuums bedeutend,

denen hiermit wenig Rechnung getragen werden kann. Festzustellen ist eine geringe und z. T. fehlende Verknüpfung der professionellen Hilfesysteme und in allen Hilfssystemen wird die fehlende Sozialraumorientierung und Vernetzung mit Quartiersressourcen als problematisch eingeschätzt. Die bereits angeführte Teilhabeplanung, einschließlich der Sozialraumorientierung, kann dieser Problemstellung entgegenwirken; denn die Teilhabeplanung kann als Planung gesehen werden, die implizit sektorübergreifend ist, da sie auf die Belange der Personengruppe von Menschen mit Behinderungen im Verständnis der UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zielt und nicht etwa auf die Gruppe der Pflegebedürftigen oder der Adressaten der Behindertenhilfe.

Darüber hinaus stellt bei allen Ansätzen – sowohl bei der integrierten Hilfeplanung als auch bei der Teilhabeplanung – ebenfalls die Partizipation einen wesentlichen Anspruch dar. Partizipation meint die Beteiligung derjenigen, um deren Bedarfe es geht. Ohne deren Partizipation ist die Erfassung der subjektiven Erfahrungen nur bedingt bzw. kaum möglich. Partizipation schafft nicht zuletzt eine höhere Identifikation mit den Hilfen; sie eröffnet neue Handlungswege, die von den zu Beteiligten auch zu eigen gemacht werden können. Dieser Anspruch steht im Einklang mit der Forderung aus Artikel 4 Absatz 3 sowie Artikel 29 der UN-BRK. Die UN-BRK fordert in Artikel 4, Absatz 3 u. a. eine enge Konsultation und aktive Einbeziehungen von Menschen mit Behinderungen und ihrer Organisationen bei Entscheidungsprozessen in Fragen, die sie betreffen. Insbesondere bei der Leistungserbringung gilt es – vor dem Hintergrund der Risiken einer Bevormundung und paternalistischer Stellvertretungsstrukturen – die Grundsätze der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung („Nichts über ohne uns“) als Richtschnur zu nehmen um letztlich dadurch die Selbstbestimmung und Kontrolle von Menschen mit Behinderungen in den Vordergrund von Dienstleistungen zu stellen. Der weitere rechtliche und normative Rahmen für die angeführten Ansätze ist in Artikel 19 der UN-BRK zu sehen. Für die hierin geforderte „selbstbestimmte Lebensführung und eine volle Ein-

beziehung in die Gemeinschaft“ des Individuums sind sowohl die Ausgestaltung der Hilfen, das Angebot sowie das Umfeld maßgebend.

Vor dem Hintergrund dieser Vorgaben und Zielperspektiven zeigt der folgende Beitrag auf, welche Möglichkeit der sektorübergreifenden Gewinnung von sozialräumlichen Daten Sozialraumerkundungen darstellen, wie sie partizipativ ausgestaltet werden können und welche Chancen aber auch Herausforderungen sich hiermit verbinden. Dazu wird der Einsatz der Methode im Kontext der Begleitung der Teilhabeplanung eines hessischen Landkreises durch das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen (ZPE) vorgestellt und kritisch reflektiert. Die wissenschaftliche Begleitung des Teilhabeplanungsprozesses durch das ZPE erstreckte sich auf den Zeitraum von Februar 2016 bis Februar 2018.

Eine wesentliche Frage des vorliegenden Beitrags wird u. a. sein, ob diese Methode zielgruppenübergreifend ist und ob sie tatsächlich alle Personengruppen erreichen kann. Eine inklusive Infrastruktur und Sozialraumplanung berücksichtigt unterschiedliche Arten der Beeinträchtigung. Ebenso zeigt sich bei dem vorangestellten Partizipationsgebot meist das Problem, dass sich eher artikulations- und ressourcenstärkere Personengruppen beteiligen. Kann demnach eine sehr offen ausgelegte und zielgruppenübergreifende sozialraumorientierte Methode dies erreichen?

Mit dem vorgestellten Beispiel wird im Beitrag zugleich der Bezug zu sektorübergreifender Datenerhebung und zu partizipativer Erarbeitung von Empfehlungen hergestellt.

## 2 Sozialraumerkundungen im Rahmen eines Prozesses zur Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen

Eine Möglichkeit, sozialräumliche Informationen zu gewinnen, stellen Sozialraumerkundungen dar. Sozialraumerkundungen sind – in Abgrenzung zu verfassten Beteiligungsformen wie etwa die Partizipation in Beiräten – projekthafte und niedragschwellige Formen der Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern. Im Kon-

text der Planung inklusiver Gemeinwesen bieten Sozialraumerkundungen die Chance, „Barrieren aufzuspüren, Einblicke und Rückschlüsse auf individuelle Mobilitätsmuster und auch auf raumbezogene Präferenzen [...] zu erhalten“ (Gaida/Konieczny 2011, S. 247). Es gibt verschiedene Ansätze, Sozialräume zu erkunden. Dazu gehören beispielsweise Stadtteilbegehungen durch Bewohner\*innen des Stadtteils oder sozialstatistische Sozialraumanalysen (vgl. a.a.O.; S. 248 ff).

Hinsichtlich der Verwirklichung von Inklusion ‚vor Ort‘ ist der erwähnte hessische Landkreis mit der Gestaltung eines inklusiven Gemeinwesens befasst. Dazu hat er einen Prozess der Teilhabeplanung angestoßen, in dem die ‚Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung‘ und ‚Partizipationschancen von Menschen mit Behinderungen‘ die ‚querliegenden‘ Schwerpunkte bildeten. Angesichts dieser Schwerpunkte war es dem Landkreis ein Anliegen, Sozialraumerkundungen durchzuführen. Folglich wurde in jeder der die vier Mittelzentren im Landkreis umgebenden Regionen ein Projektseminar zur Sozialraumerkundung angeboten.

Zur Teilnahme an den Projektseminaren samt Erkundungen wurde vom Landkreis breit und offen eingeladen. Adressiert wurden „Alle“; also Menschen ohne Beeinträchtigungen sowie Menschen mit (jeglichen Arten von) Beeinträchtigungen. Als Multiplikatoren der Werbung zur Teilnahme an den Sozialraumerkundungen wurden – neben Informationen über verschiedene Medien – die Städte und Gemeinden, Ortsvorsteher, Kirchengemeinden, Vereine und Verbände, Selbsthilfegruppen sowie Träger von Diensten und Einrichtungen in der jeweiligen Region mit einem Informationsschreiben adressiert und zu einer Informationsveranstaltung eingeladen.

Die Hälfte der an den Projektseminaren einschließlich Erkundung teilnehmenden Menschen mit Beeinträchtigungen hatte eine Beeinträchtigung des Gehens, ungefähr ein Drittel der Personengruppe hatte eine Beeinträchtigung des Sehens. Eine kognitive Beeinträchtigung hatten 10 %, eine psychische Beeinträchtigung hatten ca. 3 % der teilnehmenden Menschen mit Beeinträchti-

gungen. Von einem Drittel der teilnehmenden Menschen mit Beeinträchtigungen wurde bekannt, dass sie Klient\*innen von Anbietern sozialer Dienste (stationäre Pflegeeinrichtungen, stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) waren.

Die Sozialraumerkundungen verfolgten das Ziel, Einblick in die jeweiligen subjektiven Sozialräume der Teilnehmenden zu gewinnen und Informationen über die individuell bestehenden Teilhabemöglichkeiten und -barrieren für Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen zu gewinnen. Die konzeptionelle Anlage der Erkundungen sollte zudem der Stärkung der Partizipation und Artikulation von Menschen mit Behinderungen Rechnung tragen.

### 3 Konzeptionelle Anlage der Projektseminare zur Sozialraumerkundung

Die Sozialraumerkundungsprojekte waren dreiteilig angelegt (vgl. Rohrman et al. 2010). Den Start bildete ein ca. sechsstündiges Einführungsseminar. Hier wurde in das Vorhaben der Sozialraumerkundungen eingeführt; die Erkundungspaare bzw. gruppen bildeten sich und lernten sich kennen. Es war angedacht, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und Menschen ohne Beeinträchtigungen sich zu ‚gemischten‘ Paaren bzw. Gruppen zusammenfinden um sich – im Sinne der Bewusstseinsbildung – gegenseitig ihren jeweiligen Sozialraum durch Erkundung vorzustellen.

Diese gemeinsamen Erkundungen stellten – als Kern der Projekte – den zweiten Teil des Projektseminars dar. Dabei dokumentierten die Teilnehmer\*innen ihre Erkundungen fotografisch. Zudem waren die Teilnehmenden gebeten, Kurzfragebögen zu verschiedenen Aktivitätenbereichen auszufüllen. Um den u. U. abstrakt anmutenden Begriff des ‚Sozialraums‘ für die Teilnehmer\*innen greifbarer zu machen, wurden sechs Aktivitätenbereiche des Alltagslebens vorgeschlagen, die in die Erkundung einbezogen werden sollten. Die vorgeschlagenen Bereiche waren Haushaltsführung, Schule/Arbeit, Freizeit, Engagement, öffentli-

che Verwaltung und Mobilität. Die Erkundungen fanden unabhängig von der Seminargruppe zu selbstgewählten Zeitpunkten statt. Kernfrage bei der Erkundung war, inwiefern der individuelle Sozialraum der jeweiligen Teilnehmer\*innen für Aktivitäten in den verschiedenen Bereichen nutzbar ist; also ob/welche Teilhabemöglichkeiten oder Barrieren im Sozialraum bestehen.

Im dritten Teil der Projekte kamen die Teilnehmer\*innen ca. sechs bis acht Wochen nach der Einführung zu einem Auswertungsseminar zusammen und berichteten über ihre Erkundungen. Zur Veranschaulichung erstellten die Teilnehmer\*innen Plakate mit den angefertigten Fotografien. Diese dienten gemeinsam mit Protokollen zu den mündlichen Berichten sowie den ausgefüllten Kurzfragebögen als Grundlage der Auswertung.

Als Beitrag zur Erhebung und Analyse der IST-Situation im Landkreis wurden neben den Sozialraumerkundungen weitere Datenerhebungen durchgeführt. Im Übergang von den Datenerhebungen und Auswertungen zur Maßnahmenentwicklung wurden sowohl die für die Erhebungen Adressierten – also auch die Teilnehmer\*innen der Sozialraumerkundungen – als auch die Öffentlichkeit zu einem Teilhabeforum eingeladen. Dort wurden zunächst Kernergebnisse der Gesamterhebung vorgestellt, an die anschließend in einer Arbeitsphase angeknüpft wurde. Die Teilnehmenden des Forums hatten die Möglichkeit, zu drei von insgesamt zehn Themen in Diskussionsrunden Ideen für Lösungsansätze zu suchen. Zudem wurde bei den Teilnehmenden die persönliche Priorisierung der zehn Themen abgefragt. Die Ideensammlungen stellten eine gehaltvolle, erste Diskussion der Analyseergebnisse dar, die unter Beteiligung der interessierten Öffentlichkeit zustande kam. Die Ideensammlungen sowie die Priorisierung der Themen sollen im nächsten Schritt des Planungsprozesses – der Zielhierarchisierung und Maßnahmenentwicklung – berücksichtigt werden. Nach der Maßnahmenentwicklung in den Gremien der Teilhabepanung soll die Öffentlichkeit erneut im Rahmen eines Teilhabeforums einbezogen werden.

#### 4 Verständnis von Behinderung und Inklusion als Determinanten der Methode

Im Prozess zur Teilhabepanung des hessischen Landkreises wurden mit der Zielperspektive des inklusiven Gemeinwesens die Lebensbedingungen der (heterogenen) Personengruppe der Menschen mit Behinderungen im Gemeinwesen –so, wie es zum damaligen Zeitpunkt gestaltet war – besonders in den Blick genommen.

Gemeinsam ist Menschen mit Behinderungen – dem Verständnis von Behinderung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) folgend –, dass sie mit einer jeweils individuellen Beeinträchtigung in Wechselwirkung mit einstellungs- und/oder umweltbezogenen Barrieren Behinderung erfahren (vgl. Präambel e) UN-BRK). Die Art der Beeinträchtigung ist im Verständnis der UN-BRK für die Entstehung von Behinderung unerheblich.

Relevanter erscheint es angesichts der Zielperspektive von Inklusion (Alle sollen in und an allen Bereichen des Lebens in der Gesellschaft gleichberechtigt mit anderen teilhaben können) zu sein, in welchen Bereichen des Sozialraums vorhandene Barrieren in Wechselwirkung zu Behinderung führen.

Zur Untersuchung der Nutzungsbedingungen im Sozialraum für Menschen mit Behinderungen spielt es also angesichts der oben zugrunde gelegten Verständnisse von Behinderung und Inklusion zunächst keine Rolle, welcher Art die individuelle Beeinträchtigung der teilnehmenden Menschen ist.

#### 5 Sozialraumerkundungen als Methode der (implizit) sektorübergreifenden Datengewinnung – Erfahrungen

Entsprechend des dargelegten Verständnisses von Behinderung und Inklusion wurden zur Teilnahme an den Sozialraumerkundungen „Alle“ adressiert, die im Landkreis lebten. Zur Erläuterung des Vorhabens wurde (lediglich) die Differenz ‚Menschen mit Beeinträchtigung‘ und ‚Menschen ohne Beeinträchtigung‘ bedient. Eine weitere Differenzierung nach Beeinträchtigungsarten oder etwa nach Zugehörigkeit zum Hilfesystem (und einem bestimmten Sektor) erfolgte nicht.

Auch bei den Erkundungen lag – wie oben geschildert – der angestrebte Fokus der Erkundungen nicht auf den Nutzungsbedingungen für die Teilnehmenden als Menschen mit einer bestimmten Beeinträchtigung oder als Adressaten des Hilfesystems (oder eines bestimmten Sektors). Vielmehr wurden die subjektiven Teilhabemöglichkeiten und -barrieren von im Landkreis lebenden Menschen mit Beeinträchtigung oder Menschen ohne Beeinträchtigung in den Blick genommen.

Die zur Betrachtung bei den Erkundungen definierten Aktivitätenbereiche des alltäglichen Lebens stellen Bereiche dar, die für Alle zutreffen (können sollten) (vgl. Art. 19 UN-BRK); nicht lediglich für Menschen ohne Behinderung oder lediglich für Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen. Die Planung eines inklusiven Gemeinwesens soll nicht besonder(nd)e Strukturen oder versäulte Sektoren als Zielorientierung in den Blick nehmen, sondern die allgemeine Infrastruktur hinsichtlich ihrer Zugänglichkeit und Nutzbarkeit für Alle überprüfen und anpassen. Diesem Ansatz tragen die definierten Aktivitätenbereiche Rechnung. Somit können die durchgeführten Sozialraumerkundungen – weil sie losgelöst von Sektoren konzipiert waren – als Methode der (implizit) sektorübergreifenden Datenerhebung angesehen werden.

Anhand der Teilnehmer\*innenstruktur konnten allerdings – wie oben bereits erwähnt – Hinweise auf die Resonanz der zwar offenen, jedoch auch über die Dienste und Einrichtungen (als Multiplikatoren) erfolgten Adressierung innerhalb des Hilfesystems und der Sektoren abgelesen werden: aus dem Sektor der Sozialpsychiatrie nahmen kaum Klient\*innen teil. Klient\*innen aus Altenpflegeeinrichtungen nahmen ausschließlich in Gruppen mit mehr als fünf Personen teil und wurden von Professionellen begleitet. Auch die Anmeldung zur Teilnahme erfolgte kollektiv und über die Einrichtung. Teilnehmende, die Klient\*innen von Diensten oder Einrichtungen der Behindertenhilfe waren, kamen – meist angemeldet über Professionelle – eher zu zweit oder zu dritt, teils in professioneller Begleitung.

## 6 Sozialraumerkundungen als partizipativ ausgerichtete Methode (der Datengewinnung) – Erfahrungen

Durch die Sozialraumerkundungen sollte im Teilhabeplanungsprozess von Beginn an diejenige Personengruppe, um deren Teilhabebedingungen es im Rahmen des Planungsprozesses insbesondere geht, direkt zu Wort kommen. Sie sollte die Möglichkeit haben, ihre jeweils subjektiven Teilhabemöglichkeiten und -barrieren zu schildern. Zur Teilnahme waren daher alle Menschen mit Behinderungen, unabhängig von der Art ihrer Beeinträchtigung, angesprochen.

Die Erfahrungen aus dem begleiteten Teilhabeplanungsprozess zeigen jedoch, dass es Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zur und der Teilhabe an der Methode der Sozialraumerkundung für Personen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen gibt.

So fand mit der Personengruppe der Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen eine Personengruppe von Menschen mit Behinderungen Zugang zur Methode, deren Interessen bereits als stark vertreten gelten können. Personengruppen wie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, deren Teilhabe im Wesentlichen durch einstellungsbedingte Barrieren behindert wird, hatten bzw. fanden, wie bereits dargelegt, schwerer Zugang zu den Sozialraumerkundungen. Eine aufgrund dieser Feststellung in der ersten Projektphase durchgeführte Befragung gab Aufschluss darüber, dass sich die Personengruppe der Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen/psychischen Beeinträchtigungen von der Einladung zu den Sozialraumerkundungen im Rahmen der Teilhabeplanung nicht angesprochen fühlten. Wesentliche Gründe waren Ängste (vor Offenbarung der eigenen Erkrankung vor Fremden; vor Gleichsetzung mit Menschen mit sog. geistiger Behinderung) und fehlendes Interesse an der Thematik, weil sich die Befragten selbst nicht zur Zielgruppe (Teilhabeplanung für ‚Menschen mit Behinderungen‘) zählten (vgl. hierzu auch Jacobi 2018). Bei den Sozialraumerkundungen trafen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen aufeinander. Dabei konnten paternalistische und/oder protektive Umgangsformen von Menschen ohne Beeinträchtigungen (auch durch [professionelle] Begleitpersonen der

Menschen mit Beeinträchtigungen) gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen beobachtet werden. Unter solchen möglichen Einflussnahmen sind die mit der Methode angestrebten Erkenntnisse, nämlich die individuelle Sichtweise auf den persönlichen Sozialraum zu erfassen, nur eingeschränkt zu gewinnen. Eine gleichberechtigte Teilhabe beider Personengruppen an der Methode kommt also unter solchen Umständen nicht umfänglich zustande.

Es zeigte sich also, dass die Methode der Sozialraumerkundung entgegen ihrer partizipativen Anlage und Ausrichtung für bestimmte Personengruppen der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen Ausgrenzung und/oder Stigmatisierung hervorbrachte.

## 7 Fazit und Ausblick

Die Planung inklusiver Gemeinwesen verbindet sich mit der Anforderung, Gemeinwesen in den Blick zu nehmen, in denen die Teilhabe aller Menschen an allen Bereichen der Gesellschaft (noch) nicht selbstverständlich möglich ist.

Neben der Gestaltung einer barrierefreien Infrastruktur und der inklusiven Gestaltung von Einrichtungen für die Allgemeinheit zeichnen sich inklusive Gemeinwesen auch durch inklusionsorientierte und flexible Unterstützungsdienste aus (vgl. Rohrmann, Schädler u.a. 2014).

Inklusive Gemeinwesen zu planen bedeutet also auch, Angebote im Hilfesystem inklusionsorientiert – also ausgehend von der Frage, wie allgemeine Dienste bestimmte Bedarfe jeglicher unterstützungssuchenden Individuen abdecken können bzw. wie bestimmte Dienste jegliche Bedarfe eines Individuums abdecken können und nicht, zu welchen Diensten Individuen mit einem bestimmten Bedarf passen –, und somit nicht nach Sektoren zu planen.

Eine solche Planung bedarf des Wissens/der Kenntnis über die Teilhabebedingungen der Menschen in den verschiedenen Bereichen des betreffenden Gemeinwesens.

Die vorangegangenen Ausführungen zeichnen die Methode der

Sozialraumerkundung als eine partizipativ ausgerichtete Möglichkeit der sektorübergreifenden Gewinnung von sozialräumlichen Daten, welche Chancen mit sich bringt, die ihre Anwendung begründen. Gleichzeitig werden Herausforderungen offenbart, deren Lösung aussteht und welche Abwägungen hinsichtlich der möglichen konzeptionellen Ausgestaltungen von Sozialraumerkundungen notwendig werden lassen.

Mit den vorgestellten Sozialraumerkundungen werden u.a. Individuen adressiert, die das Merkmal der Behinderung und sozialen Raum teilen. Das Erkenntnisinteresse der Erkundungen richtet sich jedoch auf die subjektiven Erfahrungen der einzelnen Teilnehmenden hinsichtlich der Nutzung ihres Sozialraums. Es lassen sich durch die Erkundungen der verschiedenen Aktivitätsbereiche Rückschlüsse ziehen, die Hinweise auf Umgestaltungsbedarfe der allgemeinen Infrastruktur, von Einrichtungen für die Allgemeinheit und auch von Unterstützungsdiensten für Menschen mit Behinderungen geben können.

Durch ihre Teilnahme an den beschriebenen Sozialraumerkundungen stellen die teilnehmenden Menschen mit Behinderungen Erfahrungen ‚aus erster Hand‘ für den weiteren Planungsprozess zur Verfügung. Damit ist bereits die Datenerhebung partizipativ angelegt. Anknüpfend an die Beteiligung bei den Sozialraumerkundungen haben Menschen mit Behinderungen im weiteren Planungsprozess im Rahmen des öffentlichen Forums die Möglichkeit, sich in die Diskussion der Datenerhebungen sowie in die Ideenentwicklung als Übergang zur Ziel- und Maßnahmenformulierung einzubringen. Die Personengruppe der Menschen mit Behinderungen – bestenfalls vertreten durch Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen – sollten im Übrigen am gesamten Planungsprozess partizipieren; auch in den Planungsgermien.

Mit der Heterogenität der Personengruppe der Menschen mit Behinderungen verbinden sich besondere Herausforderungen hinsichtlich Barrierefreiheit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der allgemeinen Infrastruktur. Die vorgestellten Erfahrungen im Zusammenhang mit den Sozialraumerkundungen machen deutlich,

dass diese Herausforderungen auch bei Partizipationsangeboten relevant sind.

Der mit der offenen Adressierung zur Teilnahme an den Sozialraumerkundungen verbundene inklusive Anspruch hat sich nicht erfüllt. Ziel war es, keine Besonderung durch zielgruppenspezifisch ausgerichtete Projektseminare (z.B. Projektseminare ausschließlich für Menschen mit Beeinträchtigungen des Hörens oder mit sog. geistiger Behinderung) vorzunehmen. Es hat sich allerdings gezeigt, dass ein gleichberechtigter Zugang zur Methode sowie eine gleichberechtigte Teilhabe an der Methode nicht für alle Personengruppen der Menschen mit Behinderungen gegeben waren.

Hiermit wird deutlich, dass die Interessen bestimmter Gruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen unterrepräsentiert bleiben und dass es einer ergänzenden Datenerhebung bedarf. Zudem ist darauf zu achten, dass sich eine mögliche ungleiche Gewichtung vertretener Interessen nicht in der Formulierung von Zielen und Maßnahmen niederschlägt. Zu hinterfragen bleibt allerdings, inwiefern Anpassungen der Methode der Sozialraumerkundung erfolgen müssten und können, sodass alle Personengruppen von Menschen mit Beeinträchtigungen von der Methode profitieren. Alternativ gilt es Partizipationsangebote zu entwerfen, die den beeinträchtigungsbedingten Bedürfnissen aller Personengruppen gerecht werden.

Darüber hinaus ist und bleibt es Ziel bzw. der planerische Anspruch, dass Partizipationsangebote nicht nur auf behinderungsbedingten Bedürfnissen beschränkt bleiben, sondern Alle, d.h. Menschen mit und ohne Behinderungen, adressieren sollen. Allgemeine, demnach inklusive Partizipationsangebote müssen zum einen zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein – also die unterschiedlichen Bedürfnisse und Anforderungen der Personengruppen in den Blick nehmen. Zum anderen besteht die Herausforderung darin, das Angebot zielgruppenübergreifend und differenzsensibel auszurichten.

Beide, auf den ersten Blick gegensätzliche Ansätze bedingen sich und schließen sich nicht aus. Dieser inklusive Charakter schafft,

wie dargestellt, ein gegenseitiges Bewusstsein und trägt dazu bei, dass Differenzen, die eigentlich unbestimmbar sind, im Plural und im Kontext gedacht werden.

## Literatur

- Franz, Daniel; Beck, Iris (2007): Instrument zur Erfassung sozial-räumlicher Bedingungen: Sozialraumanalyse. In: dies. (Hrsg.): Umfeld- und Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe, Empfehlungen und Handlungsansätze für Hilfeplanung und Gemeindeintegration. Hamburg/ Jülich: Eigenverlag DHG.
- Gaida, Mareike; Konieczny, Eva (2011): Sozialraumerkundungen – Partizipative Projekte in der Teilhabepanung. In: Lampke, Dorothea; Rohrman, Albrecht; Schädler, Johannes (Hrsg.): Örtliche Teilhabepanung mit und für Menschen mit Behinderungen. VS Verlage für Sozialwissenschaften, S. 245-256.
- Jacobi, Lisa (2018): Die Partizipation von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen an kommunalpolitischen Prozessen – eine Analyse am Beispiel der Teilhabepanung des Landkreises Waldeck-Frankenberg. Universität Siegen, Siegen.
- Rohrman, Albrecht (2010): Herausforderungen für die Gestaltung eines inklusiven Gemeinwesens. In: Stein, Anne-Dore; Krach Stefanie; Niediek, Imke (Hrsg.): Integration und Inklusion auf dem Weg ins Gemeinwesen. Möglichkeitsräume und Perspektiven, Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, S. 68.
- Rohrman, Albrecht; Schädler, Johannes u.a. (2014): Inklusive Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe, hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Rohrman, Albrecht; Schädler, Johannes; Wissel, Timo; Gaida, Mareike (2010): Materialien zur örtlichen Teilhabepanung für Menschen mit Behinderungen, Siegen, ZPE-Schriftenreihe Nr. 26, Eigenverlag.

## Vertrauen in Teilhabeplanungsprozessen

### 1 Einführung

Politik- und sozialwissenschaftlichen Diskursen nach zählen Teilhabeverfahren zu einem konstitutiven Element von funktionierender Demokratie. In der Sozialen Arbeit gelten partizipative Prozesse, die es dem Einzelnen<sup>1</sup> ermöglichen, an gesellschaftlichem Geschehen auf differente Art und mit den unterschiedlichsten Mitteln mitsprechen, mitmachen und mitbestimmen zu können, als bedeutsame Ressource für gelingende Hilfeverläufe. Da es im Rahmen gemeinschaftlicher Zusammenarbeit u. a. zu einer Durchmischung von Professionen, Interessen und Bedürfnissen kommt, ist es für die Gestaltung von immer wichtiger werdenden Teilhabeplanungsprozessen von besonderem Interesse, wie sich Prozesse der Zusammenarbeit verschiedener Akteure arrangieren.

In der vorliegenden Arbeit gestaltet sich solch eine Betrachtung in Bezug auf den Aspekt des Vertrauens auf verschiedenen Ebenen der Zusammenarbeit in Teilhabeplanungsprozessen. Teilhabeplanungsprozesse siedeln sich in Bezug auf das Praxisfeld der Sozialen Arbeit im Bereich lebensweltergänzender und arbeitsfeldübergreifender Projektansätze an. Je nach dem richten sich Stadtteilarbeit, Netzwerkprojekte, Arbeit in Sozialstationen und/oder gemeindenahen Zentren an alle Adressaten (z. B. Kinder, Jugendliche, Familien, benachteiligte, alte, kranke Menschen, etc.) der Sozialen Arbeit (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011, 30f). Zunehmend ist zu beobachten, dass partizipative Arbeitsprozesse gemeinsam mit Adressaten und nicht mehr nur von professionellen Akteuren für Betroffene realisiert werden. Zum einen eröffnet dies die Möglichkeit der Perspektiverweiterung und die Berück-

---

<sup>1</sup> Die Nutzung der männlichen Sprachform in dem vorliegenden Artikel dient ausschließlich der leichteren Lesbarkeit des Textes. An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass im Sinne einer geschlechtergerechten Sprache und Denke immer auch andere Geschlechter gemeint sind.

sichtigung spezifischer Bedürfnisse, zum anderen aber stellt dieser Anspruch Planungsprozesse vor neue Herausforderungen. Diese betreffen vor allem die erweiterten Kommunikations- und Interaktionsweisen der unterschiedlich spezialisierten Teilnehmer, siedeln sich aber nicht nur auf einer direkten personellen Ebene, vielmehr noch auf einer systemischen Ebene im Zusammenarbeitsprozess an. Während im Folgenden derart veränderte Bedingungen beleuchtet werden sollen, geht es in dem vorliegenden Artikel spezifisch um die Bedeutung des Vertrauens einzelner Akteure gegenüber dem gemeinsamen Planungsvorhaben sowie den je verschieden bekannten Akteure innerhalb eines Teilhabeplanungsprozesses.

## 2 Planungszusammenarbeit in der Sozialen Arbeit

Grundlegend gilt, dass Soziale Arbeit gegenwärtig als Erbringer von Dienstleistungen angesehen werden kann. Dienstleistungen, welche ein Angebot für Kunden mit speziellen Bedürfnissen darstellen, charakterisieren sich über die Immaterialität ihrer Leistung, die fehlende Lager- und Transportfähigkeit der Leistung, die Personenbezogenheit, eine begrenzte Rationalisierbarkeit und meist überkapazitäre Berechnung vor Erbringung der Leistung (vgl. Bähring/Thommes 2007, 47f). Des Weiteren kennzeichnen sich soziale Dienstleistungen durch ihre Befolgung des *uno-actu*-Prinzips, der Tatsache, dass sich die Leistung in dem Moment ihrer Erbringung erschöpft, Produktion und Konsumtion also zusammenfallen, sowie dem Aspekt der Ko-Produktion, der aktiven Mitwirkung des Konsumenten in kooperativer Zusammenarbeit. Folglich beziehen sich Dienstleistungstätigkeiten auf reproduktive Fähigkeiten, fokussieren also gleichzeitig die Herstellung und Erbringung von Arbeitskraft (vgl. Olk/Otto/Backhaus-Maul 2003). Für Planungsprozesse im Bereich des Sozialen zieht diese Einschätzung nach sich, dass jene sowohl den z. T. unsicheren Bedarf einer Leistung einzuschätzen haben, teilweise risikoreiche Investitionen tätigen sowie eine weitestgehend spezifische Klärung der Rahmenbedingungen erbringen müssen.

Sozialplanung kann zudem immer als ein kooperativer Prozess

angesehen werden, u.a. da diese sich in einem Dreiecksverhältnis zwischen Sozialleistungsträger, Leistungsanbieter und Nutzer ansiedelt (vgl. Rohrman 2009, 18). Es gilt folglich vielfältige Interessen miteinander zu vereinbaren und den gemeinsamen Arbeitsprozess transparent und spezifisch zu gestalten, um alle beteiligten Akteure und deren Bedürfnisse berücksichtigen zu können. Wie solches möglich sein könnte, wird im vorliegenden Artikel näher beleuchtet. Zuvor aber gilt es zu klären, was Planungsarbeit ist und welche Aufgaben, Funktionen und Herausforderungen gegenwärtig bei der Gestaltung von sozialen Planungsprozessen berücksichtigt werden müssen.

## 2.1 Öffentliche Planungsprozesse

Generell unterscheidet man u. a. räumliche und fachliche Planung. Räumliche Planung besitzt primär eine ordnende und koordinierende Funktion und ist darauf aus, Projekte und Vorhaben insofern zu gestalten, als dass damit die Entwicklung von Gemeinden oder Regionen gefördert wird. Folglich zielt räumliche Planung auf eine „nachhaltige Raumentwicklung“ (Fürst 2008a, 21) ab. Fachliche Planung ist dagegen primär auf Projekte ausgerichtet, ohne einen Bezug zu anderen Projekten und Vorhaben aufrechtzuerhalten. Ihre Spezifizierung berücksichtigt demnach nur einen begrenzten Wirklichkeitsausschnitt (vgl. ebd., 21f). Historisch gesehen hat sich die Verwirklichung der verschiedenen Planungsformen je unterschiedlich und u. a. in Rückbezug auf den jeweiligen Einfluss der Politik ausgestaltet.

Planung, gedacht als „die gedankliche Vorwegnahme des zukünftigen Handelns [...] geht jeder einigermaßen rationalen Entscheidung voraus“, heißt es bei Fürst (2008a, 22), der in Bezug auf die politische Einbettung von Planung auf die Aspekte der Rationalität, als Ziel-Mittel-Verhältnis, der Effektivität, als Verhältnis von Mittel und Zielerreichungsgrad sowie der Effizienz als Verhältnis von Aufwand und Erfolg, als Bedingungsfaktoren gelingenden Planungshandels verweist. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass räumliche Planung nicht nur auf politischen Beschlüssen beruht, vielmehr noch bedarf sie im öffentlichen Sektor einer rechtlichen

Regelung, insbesondere zur weitergehenden rechtlichen Kontrollierbarkeit des Prozessgeschehens. Insofern stellen sich Fragen nach dem Gewicht der politischen Entscheidungsvorbereitung im Gesamtzusammenhang, den Graden der Interessenabwägung sowie den Ergebnissen des Handels. Klärungen dieser Aspekte finden sich in der Aufgabencharakterisierung des Planungsgeschehens, welche darin bestehen, Vorhaben klar zu definieren, vielfältige Möglichkeiten der Entscheidungsrealisierung aufzuzeigen, diese zu bewerten und Entscheidungsprozesse transparent und nachprüfbar zu gestalten. In diesem Sinne kann Planungshandeln als ein Koordinations- und Konsensfindungsprozess angesehen werden, bei welchem Entscheidungen und Handlungen erfolgsversprechend miteinander verknüpft werden müssen (vgl. ebd., 22ff).

Konkret zieht diese Ansicht nach sich, dass Politik normative Inhalte und Wertungen in Planungsprozesse einbringt (vgl. Fürst 2008b, 48). Dabei gilt, dass Politik „die Möglichkeit kollektiven Handelns bei nicht voraussetzendem Konsens“ (Scharpf 1973, 33; zit. nach Fürst 2008a, 24) ist, während Planung diese Möglichkeiten vorbereitet und gestaltet. Spezifische Aufgaben der Planung finden sich in ihrer Frühwarn-, Orientierungs-, Koordinations- und Moderationsfunktion wieder, welche nach sich ziehen, dass es bei Planung immer um die Verarbeitung von Informationen sowie die Koordinierung kollektiven Handelns geht. Das Spannungsverhältnis, welches sich aus dieser Verknüpfung ergibt, betrifft die Vereinbarkeit von politischer Interessenberücksichtigung und fachlich-idealer Problembearbeitung. Hieraus ergibt sich, dass Planung als immer politisch seiende, plant, vollzieht und kontrolliert, nicht aber für sich genommen bereits steuert (vgl. ebd., 24f). In diesem Zusammenhang gilt es zudem zu berücksichtigen, dass politische Prozesse auf offener und/oder subtiler Ausübung von Macht beruhen, welche insbesondere die generelle Thematisierung und/oder Problemdefinition betrifft (vgl. Fürst 2008b, 49f). Demnach hat das Politische einen großen eingrenzenden Einfluss auf das Planungshandeln und darf bei ei-

ner wissenschaftlichen Betrachtung nicht völlig unbedacht bleiben.

## 2.2 Soziale Teilhabeplanungsprozesse

Die zunehmende Realisierung von Teilhabeplanungsprozessen kann als Konsequenz politischer Entscheidungsfällungen angesehen werden. Die im Jahr 2009 ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) stellt Deutschland insgesamt im Bereich der Planung vor neue Herausforderungen. Demzufolge gilt es den Schutz vor Diskriminierung zu fokussieren, neue Rechtsnormen zu etablieren, die Entwicklung einer barrierefreien öffentlichen Infrastruktur zu fördern und Rehabilitationsmaßnahmen zu erweitern. Entscheidend aber ist, dass die Implementierung derart neuer Vereinbarungen, staatliche Institutionen dazu verpflichtet, mit zivilgesellschaftlichen Akteuren zusammenzuarbeiten. Nur unter Berücksichtigung spezifischer Interessen wird es möglich, Bedingungen gleichberechtigter Teilhabe eines jeden zu realisieren (vgl. Lampke/Rohrmann/Schädler 2011, 10). Während es demzufolge zu klären gilt, welche Spezifika Teilhabeplanungsprozesse in ihren Aufgaben, Funktionen und Strukturen aufweisen, soll der Themenkomplex Teilhabe in diesem Zusammenhang nicht unbedacht bleiben. Denn nur durch dessen Betrachtung wird verständlich, welcher Art die Anforderungen an jene Einzelnen, welcher sich als zivilgesellschaftlicher Akteur beteiligt, sind.

Teilhabeplanungsprozesse sind immer Kooperationsprozesse. Planung im Bereich der Sozialen Arbeit zielt darauf, strukturiert und prozesshaft ein „bedarfsgerechtes Angebot sozialer Infrastruktur und Dienstleistungen im kommunalen Raum“ (Hermann 2008, 333) auf- und auszubauen. Eine wesentliche Herausforderung stellt hierbei das Übereinbringen verschiedener Interessenlagen dar. So gilt es adressatenspezifische Bedürfnisse mit gesetzlichen, fachlichen, (sozial-)politischen und trägerbasierten Interessen in Einklang zu bringen und zielführend auszubalancieren. In der Praxis bedarf Planungszusammenarbeit folglich eines

strukturierten Vorgehens, bei welchem einzelne wesentliche Schritte abgearbeitet werden sollten<sup>2</sup>.

Teilhabe zeichnet sich im Sozialbereich durch verschiedene Faktoren aus. Ein Aspekt von Partizipation stellt dabei das Moment der Aktivität dar. Demzufolge versteht sich Teilhabe als ein betriebsamer Akt, der durch den einzelnen vollzogen wird und folglich als ein Organisationsmoment der alltäglichen Lebensplanung angesehen werden kann. In diesem Kontext geht es vor allem um Fragen des Zeitmanagements zur Realisierung der Aktivität. Im Weiteren spielen aber auch kognitive und motorische Voraussetzungen einzelner Personen eine wesentliche Rolle zur Verwirklichung von aktiver Partizipation. Weitere individuelle Faktoren finden sich in dem Erwerbsstatus, dem Einkommensverhältnis sowie dem Grad der Bildung des Einzelnen. Aber auch Merkmale

---

<sup>2</sup> Dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (MAIS) des Landes Nordrhein-Westfalen zu Folge gilt es Planungsprozesse damit zu beginnen den Auftrag zu klären, also die Rahmenbedingungen für den weiteren Verlauf weitestgehend zu bestimmen. Im Weiteren geht es darum eine breite Bestandsaufnahme, i.S. der Erhebung von Daten und Zahlen in ausgewählten Bereichen, anzugehen um eine transparente Perspektive auf die Ausgangssituation zu erlangen. Demnach gilt es Sozialräume zu definieren, Analysen durchzuführen und Ergebnisse auszuwerten. Im Folgenden stehen Planer vor der Aufgabe ein Leitbild und/oder eine Vision auszuarbeiten, damit nämlich werden der Handlungsrahmen schwerpunktmäßig fokussiert und Richtungsziele erstmalig aufgezeigt. Die Konkretion dieser Vorarbeiten finden sich in der Bestimmung tatsächlicher Ziele und Maßnahmen, bei welchen es vor der jeweiligen Realisierung darum geht, sie hinsichtlich ihrer Wirkungen, ihrer Gestaltung, ihrer (Handlungs-)Anforderungen, sowie dafür benötigter Ressourcen kritisch zu beleuchten. Nur so wird es möglich im Anschluss an diesen Prozessschritt ein Sozialkonzept zu erarbeiten. Hierbei handelt es sich um die Zusammenführung der Erkenntnisse und Ergebnisse der vorausgegangenen Prozessschritte, einschließlich der Darstellung der ausgewählten Zielsetzungen und Maßnahmen, in einem Katalog. Dieser wiederum dient als Leitfaden der Umsetzung und betrifft nicht nur die Um- oder Ausgestaltung von übergeordneten Institutionen und Organisationen, vielmehr noch enthalten jene Konzepte immer auch handlungsweisende Hinweise für den einzelnen, der ebenso als Teil der Verbesserung gesellschaftlichen und sozialen Miteinanders gedacht wird. Folglich gilt es eine Realisierung des Konzeptes, u.a. durch breite Vernetzung und vielfältige Kommunikation, anzugehen (vgl. MAIS 2011, 107ff).

des sozioökonomischen Status spielen eine wesentliche Rolle in Bezug auf das Gelingen von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Individuelle Charakterzüge, Eigenschaften, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kompetenzen und Mentalitäten eines Jeden gilt es nicht nur insofern zu berücksichtigen, als dass sie Zusammenarbeit beeinflussen, vielmehr noch gilt es, diese heterogenen Faktoren schöpferisch miteinander zu verbinden.

Des Weiteren müssen in einer öffentlichen Dimension Möglichkeiten und Zugänge, welche dem Einzelnen ermöglichen, politische und/oder soziale Partizipation zu vollziehen, aufgezeigt werden. Zudem muss bedacht sein, dass Partizipation immer auf Freiwilligkeit beruhen sollte, insofern also keinen Zwängen oder Gesetzen unterliegt oder aber gegen Bezahlung, im Sinne von Bestechungs- oder Erpressungshandlungen, erfolgt. Aus dieser Perspektive heraus stellt sich u.a. die Frage nach der der Partizipation zugrundeliegenden, individuellen Motivation(ssstruktur). Und schließlich ist politische und soziale Partizipation immer an Regierung und Politik gebunden. Insofern geht es um das politische System in einem weiteren Sinne, wobei aufgezeigt werden sollte, welche Teilnahmebestimmungen für wen, in welchen Be-

---

<sup>3</sup> In Bezug auf letztgenanntes sei darauf verwiesen, dass sich in der Bundesrepublik Deutschland als demokratisches System verschiedene generelle Formen politischer Partizipation differenzieren lassen. So unterscheiden sich direkte beziehungsweise unmittelbare von indirekten beziehungsweise mittelbaren Formen politischer Partizipation voneinander. Die Unterscheidung erfolgt hierbei hinsichtlich des Grades der Einflussnahme, welche sich unter anderem durch die Verbindlichkeit der Entscheidungsmacht definiert. Legale, und also Handlungen die sich im Einklang mit geltenden Rechtsnormen befinden, unterscheiden sich von illegalen, rechtswidrigen, politischen Handlungen. Weiter differenzieren sich verfasste und somit institutionalisierte und nicht-verfasste, also nicht-institutionalisierte, Formen politischer Partizipation. Verfasste Formen sind alle rechtlich geregelten Möglichkeiten politischer Einflussnahme, wie zum Beispiel Teilnahme an Wahlen oder Abstimmungen. Nicht verfasste Teilnahmemöglichkeiten umfassen beispielsweise die Beteiligung an Demonstrationen oder der Kontakt zu Politikern. Schließlich gilt es legitime beziehungsweise konventionelle von illegitimen, unkonventionellen Formen der Beteiligung zu unterscheiden. Hier wird eine Unterscheidung hinsichtlich moralisch (un-)gerechtfertigter Verhaltensweisen vorgenommen (vgl. Gabriel/Völkl 2005, 531).

reichen, auf welche Weise ermöglicht werden (vgl. van Deth 2009, 143f)<sup>3</sup>.

Deutlich ist, dass es sich bei Teilhabeplanungsprozessen um ein komplexes und vielfältiges Geschehen handelt, bei welchem nicht nur einzelne Akteure, sondern auch auf einer gesellschaftlichen Meso-Ebene angesiedelte Vertretungen (z.B. Institutionen, Organisationen), sowie übergeordnete Instanzen (z.B. Politik, Gesetzgebung) miteinander kooperieren. Vielfältige Herausforderungen resultieren aus dieser Form der Zusammenarbeit, die nach sich zieht, dass Kooperationsfähigkeit gegenwärtig eine bedeutsame Ressource darstellt.

### 2.3 Kooperationsfähigkeit

Planungszusammenarbeit ist ein komplexes Phänomen, bei dem es u. a. darum geht, verschiedenste Interessen übereinzubringen. Demnach kennzeichnen sich Arbeitsprozesse immer auch über ihren Umgang mit Heterogenität. Verschiedenheit ist auf unterschiedlichen Ebenen des Planungsprozesses in jeweils vielschichtiger Art und Weise auszumachen. Hierbei handelt es sich folglich nicht nur um die Unterschiedlichkeit von Interessen und Bedürfnissen, welche es immer auch differenziert zu betrachten gilt. Vielmehr noch gilt es, auch unterschiedliche Wissenskontingente, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen einzelner Akteure sowie die Verfügbarkeit über finanzielle, mobile und/oder zeitliche Ressourcen zu berücksichtigen und Voraussetzungen für gleichberechtigte Arbeitsprozesse in der Teilhabeplanung zu schaffen. Alles in allem bedarf es folglich auf allen Seiten einer ausgeprägten Kooperationsfähigkeit, um Zusammenarbeit befriedigend zu realisieren.

Allgemein formuliert kann unter Kooperation die Zusammenarbeit zwischen Personen, Gruppen und/oder Organisationen verstanden werden. Dabei geht es darum, dass verschiedene Akteure zusammenkommen, interagieren und über die Form einer beziehungsartigen Arbeit größeren Nutzen oder eine breitere Wirksamkeit ihrer Handlungen erreichen (vgl. Rasmus 2012, 10). Im Weiteren gilt es aber differenzierter auf das Phänomen der Ko-

operation zu schauen. Dabei wird deutlich, dass es gilt, interorganisationale Prozesse von intraorganisationalen Prozessen zu unterscheiden. Handelt es sich bei Erstgenannten um eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Personen oder Einrichtungen, so betreffen Letztgenannte die Kooperation innerhalb einer Gruppe oder einer Organisation. Interorganisationale Prozesse kennzeichnen sich über drei verschiedene Merkmale, die einer Zusammenarbeit insofern voraussetzen, als dass es vor ihrer Realisierung zu klären ist, ob die verschiedenen Interessenvertreter gemeinsame Motive und Zwecke haben, rechtlich und wirtschaftlich unabhängig voneinander sind und ob jene komplementäre oder zumindest teilweise übereinstimmende Zielsetzungen verfolgen (vgl. ebd.). Je nachdem, wie die Beantwortung der Fragen ausfällt, bestimmt sich der Rahmen des weiteren Zusammenarbeitsprozesses. Bei intraorganisationalen Prozessen handelt es sich vor allem um die alltägliche Zusammenarbeit, die sich nicht nur über die Beschäftigung mit gleichen und/oder ähnlichen Inhalten ergibt, sondern beispielsweise auch aus dem Teilen von Arbeitsräumen und/oder -materialien resultiert.

In Bezug auf die Ressourcen kooperativer Arbeitsprozesse gilt es, physische Ressourcen, wie beispielsweise der geographische Standort oder Materialien, von Humankapitalressourcen (z. B. Erfahrung, Intelligenz, Beziehungen) und organisationalen Ressourcen, wie sie Planungs-, Kontroll- und Koordinationssysteme darstellen, voneinander zu unterscheiden (vgl. Barney 1991, 101f; zit. nach ebd., 17). Einen weiteren Aspekt stellt Wissen dar. Wissen soll verstanden werden als Produkt, welches „aus der bewussten Verarbeitung, Kombination und Interpretation von Informationen [...] zur Lösung von Aufgaben und Problemen“ (ebd., 21) beitragen soll. Folglich gilt Wissen als wichtigste Ressource in der Zusammenarbeit. Dennoch bedarf es eines differenzierteren Blickes auf Wissen, welches z. B. auf verschiedenen Ebenen vorliegen kann. Über den Faktor der Verfügbarkeit gilt es individuelles Wissen von kollektivem und/oder organisationalem Wissen zu unterscheiden. Zudem bedarf es der Differenzierung von Faktenwissen (was), dem Wissen über Zusammenhänge

(warum) und der Fähigkeit, theoretisches Wissen zielorientiert in Handlungen zu überführen (wie) (vgl. ebd., 24). Vom Wissen ist der kooperative Planungsprozess also insofern abhängig, als dass die verschiedenen Akteure vor der Herausforderung stehen, personale und/oder kollektive Wissensbestände miteinander in Einklang zu bringen. Dies betrifft vor allem die Form und Aufbereitung der Kommunikation, die für einen jeden Beteiligten verständlich und nachvollziehbar gewährleistet werden muss, um den Arbeitsprozess i. S. der gleichberechtigten Teilhabe weiterhin transparent gestalten zu können. In Bezug auf die Kompetenzen soll erwähnt sein, dass Kooperationsfähigkeit sich über die Nutzung bestimmter Ressourcen ausgestaltet. Folglich kann personale und/oder organisationale Kompetenz als Fähigkeit der Aktivität, mit dem Ziel, funktionale und brauchbare Problemlöseangebote zu verfolgen, verstanden werden (vgl. ebd., 29).

In diesem Sinne soll Kooperationsfähigkeit verstanden werden als eine Eigenschaft, die sich aus personellen Faktoren, wie der Erfahrung oder dem Bildungsgrad des Einzelnen, organisationalen Faktoren (z. B. verschiedenen Kooperationsformen und also Kooperationspartner) und unterstützenden Faktoren (insbesondere Kommunikation) zusammensetzt (vgl. ebd., 128). Es lässt sich erahnen, dass Kooperationsprozesse unter diesen Umständen mit vielfältigen Spannungen, beispielsweise der Rivalität zwischen Kooperationspartnern aufgrund von Interessensunterschieden oder Motivation in Bezug auf das Eingehen von Zusammenarbeitsprozessen, konfrontiert ist. In Rückbezug auf die Soziale Arbeit als Erbringer von Personaldienstleistungen gilt es derartige Spannungen weitestgehend abzubauen. Einen entscheidenden Faktor spielt dabei das Vertrauen, dass der Einzelne, aber auch eine Gruppe oder die Organisation den jeweiligen Kooperationspartner(n) entgegenbringen kann, soll oder aber muss, um eine allseitig befriedigende und erfolgsversprechende Zusammenarbeit zu realisieren.

### 3 Vertrauen in kooperativen Zusammenarbeitsprozessen

In den letzten Jahrzehnten lässt sich eine deutliche Zunahme kooperativer Arbeitsprozesse verzeichnen. Netzwerkartige und projektförmige Zusammenarbeitsprozesse initiieren dabei Veränderungen und Ausdifferenzierungen, die sowohl die Gestaltung von Organisationen und Institutionen betreffen, aber auch von den einzelnen Akteuren neuartige Kompetenzen zur Gestaltung von Arbeit im Sinne der produktiven Zielerreichung abverlangen. Hierbei handelt es sich beispielsweise um eine Zunahme an Komplexität und Ungewissheit, auf verschiedenen Ebenen, die in der Arbeitswelt vermehrt auftreten (vgl. Schilcher et al. 2012, 11ff). Inwiefern der Aspekt des Vertrauens in kooperativen Zusammenarbeitsprozessen bedeutsam erscheint, soll im Folgenden erarbeitet werden. Dabei gilt es vorerst ein Begriffsverständnis aufzubauen. Denn nur wenn die Dimension des Vertrauens in einer charakteristischen Weise gekennzeichnet wird, ist es möglich spezifische Aspekte des Vertrauens auf unterschiedlichen Ebenen kooperativer Zusammenarbeit aufzuzeigen.

Der Begriff des Vertrauens wird im Folgenden in Anlehnung an Martin Endreß bestimmt. Endreß versucht, sich der inhaltlichen Bestimmung über die Unterscheidung von drei Modi des Vertrauens (reflexiv, habituell, fungierend) zu nähern. So zeigt der Soziologe deutlich auf, dass „Vertrauen als im Kern mehrdimensionales Phänomen“ (Endreß 2012, 81) zu verstehen ist. Zugleich betont er, dass „Vertrauen im Hinblick auf seine Kapazität als kooperationsfördernde Ressource“ (ebd.) nicht nur von großer Bedeutung ist, sondern es vor allem gilt, diesen beeinflussenden Faktor zunehmend ins Zentrum wissenschaftlicher Überlegungen zu rücken. In diesem Sinne gilt es nunmehr, dass scheinbar alltägliche Phänomen des Vertrauens zu entfremden und um es mehrdimensional verstehen zu können, in seinen Spezifika zu beleuchten. Die drei Modi des Vertrauens, die reflexive Erwartung als (weitgehend) kognitiv strukturierte Vermutung, die habituelle Einstellung, bei welcher es sich um ein gewohn-

heitsmäßiges Sich-Verlassen-auf handelt und der fungierende Modus des Vertrauens, welcher sich als ein vor-reflexives Verhältnis in Bezug auf die Stellung zur Welt verstehen lässt, dienen der Spezifizierung des Vertrauens. Aus ihnen nämlich wird ersichtlich, dass Vertrauen eine personenunabhängige Dimension in Interaktionsprozessen sein kann. Zudem wird in ihrer Unterscheidung deutlich, dass Vertrauen eine Ressource in Kooperationsprozessen darstellt, zugleich aber auch ein Produkt des Verhältnisses des Zusammenseins ist. In diesem Sinne ist Vertrauen, unter Einbezug seines Antonyms Misstrauen, immer etwas, was sich durch weitere Erfahrungen aufbaut bzw. verstärkt (vgl. ebd., 84f).

Ohne an dieser Stelle weiter in die Tiefe einzudringen, sei hier noch auf Endreiß' Erkenntnis, dass „Vertrauen als Komplexitätsreduktionsmechanismus ebenso wie als Koordinations- und als Integrationsmechanismus“ (ebd., 99) verstanden werden kann, hingewiesen. Demnach kann Vertrauen nur dort gegeben sein, wo ohne Bewusstheit über die Gesamtheit eines Geschehens dennoch gehandelt wird. Zugleich aber schafft solch eine unvoreingenommene Haltung einen Moment, in welchem es zu einer Perspektiverweiterung durch den Rückbezug auf andere kommen kann. Demzufolge bewegt sich Vertrauen immer in einem Spannungsfeld zwischen dem Ausgleich von Nähe und Distanz (vgl. ebd.). In Rückbezug auf Niklas Luhmanns analytischer Unterscheidung von Vertrauensebenen soll nunmehr beleuchtet werden, wie sich dieser Ausgleich auf den Ebenen des personalen und des systemischen Vertrauens in der kooperativen Zusammenarbeit ausgestalten lässt (vgl. Luhmann 2000).

### 3.1 Personale Dimension des Vertrauens

Die Dimension des personalen Vertrauens sei in dem vorliegenden Zusammenhang gedacht als die Ebene, auf welcher einzelne Akteure in Interaktion miteinander treten. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die Face-to-Face-Kommunikation, ein persönliches Gespräch, das Vereinbaren von Absprachen oder das Abwägen von Alternativen. Personales Vertrauen richtet sich

folglich immer auf einen konkreten Interaktionspartner (vgl. Schweer 2012, 108). Als Dimension des Vertrauens resultiert personales Vertrauen aus einer sehr individuellen Sicht, ist dabei aber immer geprägt von kollektiven Erfahrungen und (relevanten) äußeren Einflüssen. Innerhalb eines gemeinsamen Handlungskontextes sind Individuen demnach aufeinander bezogen. Um aber einen gleichberechtigten Arbeitsprozess gestalten zu können, ist es vonnöten, die Grenzen und Freiräume eines Jeden zu erkennen und im Sinne des zu erreichenden Zieles in höchstem Maße aufrechtzuerhalten. Folglich gilt es den Aspekt des Intersubjektiven zu betonen (vgl. Schilcher et al. 2012, 127f). Demnach ist der Einzelne herausgefordert sich weitestgehend in die Rolle des Anderen einzufühlen und die Perspektive seines Gegenübers einzunehmen. Nur so wird es ihm möglich ein Verständnis für die ihm unbekanntes Interessen und Bedürfnisse aufzubauen. Durch den Moment der Intersubjektivität, in welchem davon ausgegangen wird, dass auf beiden Seiten ein weitgehendes Verstehen des anderen gegeben ist, kann folglich Vertrauen aufgebaut werden. Durch den Grad des „Einhalten von Absprachen, [...] Geben, Nehmen und Erwidern von Vertrauensgaben [...] durch Beweise einer kooperativen Haltung oder durch den vertraulichen Umgang mit Informationen“ (ebd., 128) bestimmt sich im Weiteren das Maß des Vertrauens in die Zusammenarbeit mit einem konkreten Kooperationspartner.

Geht man nunmehr davon aus, dass die direkte Interaktion zentral in Bezug auf die Dimension des personalen Vertrauens ist, so gilt es, Bedingungen für verschiedene Formen der Zusammenarbeit aufzuzeigen. Effektive Kooperation innerhalb von Austausch-, Arbeitsteilungs- und Ko-Konstruktionsprozessen ergibt sich demnach aus „gemeinsam getragene[r; L.G.], transparente[r; L.G.] und klar formulierte[r; L.G.] Ziele und Aufgaben, [...] ein gewisses Maß an Autonomie der beteiligten Kooperationspartner und [...] gegenseitige[m; L.G.] Vertrauen“ (Fabel-Lamla 2012, 201).

### 3.2 Systemische Dimension des Vertrauens

Systemisches Vertrauen bezieht sich auf spezifische (Teil-)Systeme interorganisatorisch kooperierender Organisationen (vgl. Schweer 2012, 108). Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die Dimension des Vertrauens sich von einem konkreten Gegenüber löst und sich also auf „personenunabhängige Strukturen“ (Schilcher et al. 2012, 128) richtet. Exemplarisch kann hier verwiesen werden auf ein Vertrauen, das der Einzelne in gesellschaftliche Organisationen, wie z. B. die Schule oder die Agentur für Arbeit, oder aber in übergeordnete lebensweltstrukturierende Systeme, beispielsweise die Politik oder das Rechtssystem, setzt. Aus dieser Ansicht resultiert, dass das Vertrauen, welches der Einzelne einem System gegenüber hat, andersartige Bezugspunkte wählt, als es auf der Ebene des personalen Vertrauens geschieht. Bedingt sich Vertrauen in der direkten Interaktion vor allem über gemeinsames Handeln, Geben und Nehmen, so baut sich Vertrauen in der Dimension des Systemischen in Bezug auf die Funktionalität des Systems auf. Zugeschriebene Aufgaben, die es von Systemen zu erfüllen gilt, müssen wirksam werden, damit der Einzelne in seiner Erfahrung der Funktionstüchtigkeit bestätigt wird. Bei dem systemischen Vertrauen kann also davon gesprochen werden, dass es sich um ein „generalisiertes Vertrauen [handelt, dass; L.G.] nicht nur in Systeme im Sinne von bürokratischen Organisationen, sondern auch in Positionen und Rollen in diese [...] Ordnungen“ (ebd., 129) besteht. Diese Einsicht zieht nach sich, dass es bei systemischem Vertrauen immer um ein asymmetrisches Verhältnis geht. Denn während zwar die Einzelne Person Vertrauen in ein System setzen kann, so erhält sie dieses von dem System an sich nicht gleichsam automatisch zurück. Kommt es nicht zu einer Bestätigung der Funktionalität und/oder Wirksamkeit der Aufgabenerfüllung des Systems, so tritt ein Moment der Missachtung der Vertrauensgabe ein.

## 4 Zusammenführung und Ausblick

Teilhabeprozesse sind im Wesentlichen Figuren der Kooperation. So geht es ihnen doch in ihrer strukturell bestimmten

den Verknüpfung von (politischem) Sozialleistungsträger und Leistungsanbieter immer auch darum die (individuellen) Nutzer/innen aktiv in die Gestaltung des Arbeitsprozesses mit einzu beziehen. Folglich kann davon gesprochen werden, dass es sich bei Teilhabeplanungsprozessen um bestimmte Entwicklungen handelt, innerhalb welcher es zu einem Auf- und Ausbau persönlicher und institutioneller Kooperationsstrukturen kommt. Das Übereinbringen unterschiedlicher Interessen zur allgemeinen Bedürfnisbefriedigung setzt dabei voraus, dass verschiedene Akteure miteinander in Kontakt kommen, gemeinsam handeln, sich aber auch auf die Vertretung anderer verlassen können müssen. Ein wesentlicher Faktor gelingender Verläufe stellt dabei der Aspekt des Vertrauens, verstanden als ein mehrdimensionales Phänomen, dar.

Kommt es innerhalb eines Teilhabeplanungsprozesses zu einer konkreten Zusammenarbeit, dann gilt es verschiedene Bedingungen aufrechtzuerhalten, um nicht nur eine gesetzlich vorgeschriebene, gleichberechtigte Teilhabe aller Beteiligten zu realisieren, sondern auch den Prozess selbst vertrauensbildend zu gestalten. Diese Anforderungen setzen voraus, dass es zu einer gegenseitigen Anerkennung aller Teilnehmenden als „mitgestaltende und mitwirkende Subjekte“ (Messmer 2004, 73; zit. nach Düring 2011, 159) kommt. Weiter braucht es eine „Herstellung von Mitwirkungsbereitschaft und Verfahrenstransparenz, [sowie; L.G.] multiperspektivische, partizipative und kooperative Entscheidungsverfahren“ (ebd.). Personales und systemisches Vertrauen sind nicht nur Vorbedingungen der Zusammenarbeit, sondern zugleich auch Momente der Herstellung sich festigender vertrauensvoller Beziehungen.

Demzufolge bedarf die Gestaltung zukünftiger Teilhabeplanungsprozesse immer auch das Mitdenken der Dimension des Vertrauens. So braucht es im Moment der Initiierung von Planungsaufträgen insofern ein vertrauensvolles Klima der Zusammenarbeit, als dass davon ausgehend Motivation bei den Teilnehmenden geweckt wird und perspektivreiche Ideenkonstellationen den weiteren Arbeitsprozess begleiten können. Die Auf-

rechterhaltung des Kontaktes der Planer/innen zu den Auftraggebern dient folglich nicht nur der Wahrung des Transparenzanspruches, vielmehr noch dient er der Stärkung des Vertrauens innerhalb der Kooperation. Alle weiteren Prozessschritte gilt es insofern vertrauensvoll einzurichten, als dass davon auszugehen ist, dass teilhabende Akteure aus verschiedenen gesellschaftlichen Milieus, mit unterschiedlichen Wissenskontingenten und Kompetenzen, aber auch verfügbaren Ressourcen an dem gemeinschaftlichen Arbeitsprozess beteiligt sind. Um daraus resultierende differente Bedürfnispositionen in der Realisierung von Planungskonzepten unterzubringen, bedarf es nicht nur zunehmender vertrauensschaffender Interaktionsprozesse, sondern auch einer weitreichend verständlichen Kommunikationskultur.

## Literatur

- Bähring, K./Thommes, K. (2007): Kooperation und Konkurrenz in Personaldienstleistungsbeziehungen. In: Schreyögg, G./Sydow, J. (Hg.): Kooperation und Konkurrenz. Wiesbaden: Gabler Verlag. S. 41-74.
- Düring, D. (2011): Kooperation als gelebte Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Insb.: S. 9-17, S. 56-71 und S. 155-175.
- Endreß, M. (2012): Vertrauen und Misstrauen – Soziologische Überlegungen. In: Schilcher, C./Schmiede, R./Will-Zocholl, M./Ziegler, M. (Hg.): Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 81-102.
- Fabel-Lamla, M. (2012): Vertrauen in der interprofessionellen Kooperation zwischen Lehrern und Sozialpädagogen. In: Schilcher, C./Schmiede, R./Will-Zocholl, M./Ziegler, M. (Hg.): Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 195-213.
- Fürst, D. (2008a): Begriff der Planung und Entwicklung der Planung in Deutschland. In: Fürst, D./Scholles, F. (Hg.): Handbuch Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung. 3. Auflage. Dortmund: Rohn. S. 21-47.

- Fürst, Dietrich (2008b): Planung als politischer Prozess. In: Fürst, D./Scholles, F. (Hg.): Handbuch Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung. 3. Auflage. Dortmund: Rohn. S. 48-69.
- Gabriel, O. W./Völkl, K. (2005): Politische und soziale Partizipation. In: Gabriel, O. W./Holtmann, E. (Hg.): Handbuch Politisches System der Bundesrepublik Deutschland. 3. Auflage, München/Wien: Oldenbourg/De Gruyter. S. 523-573.
- Herrmann, F. (2008): Planung und Lebensweltorientierung. In: Grunwald, K./Thiersch, H. (Hrsg.): Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. 2. Auflage. Weinheim: Juventa-Verlag. S. 333-346.
- Hochuli Freud, U./Stotz, W. (2011): Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Lampke, D./Rohrmann, A./Schädler, J. (2011): Kommunale Teilhabeplanung – Einleitungstext –. In: dies. (Hrsg.): Theorie und Praxis örtlicher Teilhabeplanung mit und für Menschen mit Behinderungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 10-25.
- Luhmann, N. (2000): Vertrauen. 4. Auflage. Stuttgart: UTB.
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS) (2011): Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen. Düsseldorf. URL: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/handbuch-sozialplanung-nov2017-pdf/von/moderne-sozialplanung/vom/mags/1033> (Stand: 13. September 2018; 17:47).
- Olk, T./Otto, H.-U./König, J. (2003): Soziale Arbeit als Dienstleistung. In: dies. (Hg.): Soziale Arbeit als Dienstleistung. München: Luchterhand. S. IV-XXIV.
- Rasmus, A. (2012): Entstehung von Kooperationsfähigkeit. Wiesbaden: Gabler Verlag. Insb.: S. 1-128.
- Rohrmann, A. (2009): Teilhabe planen. In: Teilhabe. Jg. 48, H. 1. S. 18-25.

- Schilcher, C./Schmiede, R./Will-Zocholl, M./Ziegler, M. (2012): Vertrauen und Kooperation in einer sich wandelnden Arbeitswelt – eine Einführung. In: dies. (Hg.): Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 11-19.
- Schilcher, C./Ziegler, M./Sauer, S./Will-Zocholl, M./Poth, A.-K. (2012): Personale und systemische Dimensionen des Vertrauens. In: Schilcher, C./Schmiede, R./Will-Zocholl, M./Ziegler, M. (Hrsg.): Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 123-144.
- Schweer, M. K.W. (2012): Vertrauen als Organisationsprinzip in interorganisationalen Kooperationen. In: Schilcher, C./Schmiede, R./Will-Zocholl, M./Ziegler, M. (Hg.): Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 103-121.
- Van Deth, J. W. (2009): Politische Partizipation. In: Kaina, V./Römmele, A. (Hg.): Politische Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.141-161.uuu

## Potentiale informeller Ressourcen im Gemeinwesen identifizieren - Eine Veränderungschance für das System der Behindertenhilfe

### 1 Einführung

Die professionellen Hilfesysteme der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie sind über die gesellschaftliche Entwicklung in der Bundesrepublik sozialisiert, die Systemstrukturen sind langjährig etabliert. Dabei zeigen alle drei genannten Systeme auf der kommunalen Ebene Tendenzen deutlicher Sektoralisierung. Für die Betrachtung dieser Hilfesysteme bieten sich systemische, sowie organisationssoziologische Erklärungsansätze an. Die Systeme zeigen zum Teil parallele Strukturen und haben sich im Sinne organisationaler Felder verfestigt (vgl. DiMaggio, Powell 1991, S. 64). Es haben sich systemeigene Pfade entwickelt und systeminterne, feldspezifische Lösung etabliert. Örtliche Ausprägungen der Behindertenhilfe können als regionale organisationale Felder verstanden werden. Diese bestehen u.a. aus Diensten, Einrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, die im Laufe des gemeinsamen Agierens ihre Annahmen z.B. zu Machstrukturen, zu Kooperationsformen und ihre fachlichen Annahmen über professionelles Handeln ausgebildet haben (vgl. Schädler 2003, S.27 ff). Diese organisationalen Felder können als soziale Systeme betrachtet werden. Die Veränderung eines selbstreferenziellen sozialen Systems steht in Bezug zu seinen Möglichkeiten und zu seiner Selbstbestimmtheit. Eine Systemmodifikation ist abhängig von seiner Dynamik und der strukturellen Offenheit. Eine Veränderungsoption ist immer systemimmanent, ein soziales System kann sich nur selbst verändern.

Dieser Artikel befasst sich mit der Behindertenhilfe, als Teil der sektoralisierten Hilfen. In der Alltagspraxis der Behindertenhilfe ist es nur bedingt gelungen die Leitprinzipien der Selbstbestimmung, der gleichberechtigten Teilhabe und der Inklusion, wie sie

in der UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) beschrieben werden, umzusetzen. Eine Modernisierung und Transformation der Dienstleistungen der Behindertenhilfe unter grundlegender Berücksichtigung inklusionsorientierter Zielsetzung stehen weitgehend aus (vgl. Muche 2017, S.100ff). Vor diesem Hintergrund werden Problemfeldern in der Behindertenhilfe beschrieben und verschiedene Interventionsmöglichkeiten erörtert, die geeignet sind eine Modifikation des Systems der Behindertenhilfe zu unterstützen. Die aktuelle Situation der Hilfesysteme wird durch die Reformen der Sozialgesetzgebung, wie dem Bundesteilhabegesetz und der Pflegestärkungsgesetze I bis III nachhaltig geprägt. Durch die Einführung des Bundesteilhabegesetzes wird ein Veränderungsprozess forciert, der die UN BRK aufgreift und eine Neuausrichtung der Angebote zur Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen einfordert. Inklusionsorientierte Unterstützungsangebote erfordern neue Formen der Organisation und Kooperation bei der Erbringung sozialer Dienstleistungen. Ein Ziel des Artikels ist es Veränderungsherausforderungen des Systems der Behindertenhilfe in den kommunalen Kontexten zu beschreiben und potentielle Interventionsansätze aufzuzeigen.

## 2 Der Modernisierungsbedarf in der Behindertenhilfe

Die aktuelle gesellschaftliche Situation ist immer eine Momentaufnahme eines dynamischen Veränderungsprozesses. Viele differente Impulse tragen zu einer Mobilisierung vorhandener Strukturen bei. So wirkt sich beispielsweise der Katalysator „Digitalisierung“ auf die Art und Weise des Informationsaustauschs aus. In unterschiedlichsten gesellschaftlichen Teilbereichen werden Ablaufprozesse beschleunigt und die zunehmende Dynamik trägt zur Initiierung weiterer Veränderungen bei. Im Sinne der Systemtheorie passt sich das Gesamtsystem an die veränderten Bedingungen an (vgl. Kleve 2010, S.152). Die Intensität von Entwicklung wird durch Katalysatoren forciert. Für den Bereich der Behindertenhilfe ist ein solcher Katalysator die Idee der „Inklusion“. Aufgrund des umfassenden Anspruchs hat diese Idee eine

besondere gesellschaftliche Brisanz und Dynamik. Die Leitprinzipien der UN BRK, wie Inklusion, gleichberechtigte Teilhabe und Selbstbestimmung wurden zwischenzeitlich in verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen aufgegriffen. Inklusion zielt darauf ab Barrieren in allen relevanten Lebensbereichen der Bürgerinnen und Bürger zu beseitigen. Seit der Ratifizierung der UN BRK konnte die Barrierefreiheit hinsichtlich der Auffindbarkeit, der Nutzbarkeit und der Zugänglichkeit öffentlicher Infrastruktur verbessert werden. Die gesellschaftliche Bereitschaft die Barrieren zu beseitigen, bietet für Menschen mit Behinderungen, die in besonderer Weise von gesellschaftlicher Ausgrenzung betroffen sind, neue Perspektiven.

## 2.1 Die Einbindung der Behindertenhilfe in sozialisierte Systemroutinen

Das System der „Behindertenhilfe“ hat, ähnlich wie die Sozialpsychiatrie, langjährig etablierte Routinen. Die aktuelle Diskussion um Teilhabe, Partizipation und Selbstbestimmung von Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung steht in einem direkten Zusammenhang zur Gestaltung der Unterstützungsangebote in der Behindertenhilfe. Die Unterstützungsangebote in den Organisationen in der Behindertenhilfe beruhen auf bewährten Alltagsroutinen. Der sozialwissenschaftliche Theorieansatz der Pfadabhängigkeit geht davon aus, dass in Organisationen praktizierte Problemlösungen das Ergebnis historischer Vorprägungen sind. Diese Routinen orientieren sich an bewährten Mustern vergleichbarer Organisationen in einem bestimmten Tätigkeitsbereich. Haben sich Lösungsmechanismen in der Handlungspraxis bewährt, kommt es zu weiteren Rückkopplungsprozessen und in der Folge zur Etablierung des praktizierten Alltagshandelns in der Organisation (vgl. Schreyögg 2003, S.286 ff). Die aktuellen Reformen in der Sozialgesetzgebung bieten sich an, die bekannten Pfade und Lösungsstrategien in der Behindertenhilfe zu prüfen und im Sinn einer inklusionsorientierten Angebotsstruktur zu verändern. Für den Bereich der Behindertenhilfe hat Seifert im Jahr 2010 in der Kundenstudie den Bedarf verän-

derer Handlungsansätze beschrieben. Sie stellte fest, dass Mitarbeitende der Sozialen Arbeit gefordert sind, sich professionell neu auszurichten (vgl. Seifert 2010, S. 375). In der Konsequenz geht Seifert davon aus, dass ressourcenorientierte Ansätze in der Behindertenhilfe strukturell nicht verankert sind. Inklusives Denken ist bisher nicht selbstverständliches Prinzip von Planung und Qualität der Angebote der Behindertenhilfe (vgl. Seifert 2010, S.31). Da die Ursachen für die anhaltende Dominanz der institutionalisierten Angebote der Behindertenhilfe multifaktoriell sind, können Erklärungszusammenhänge nicht auf die Dimension der Behindertenhilfe begrenzt werden.

## 2.2 Die Behindertenhilfe und die Abhängigkeit vom Rehabilitationsrecht

Zentrale Grundlage der Hilfen für Menschen mit Behinderungen sind die Regelungen des Sozialgesetzbuch IX. Das SGB IX regelt die Anspruchsgrundlage der Eingliederungshilfe. Menschen mit einer wesentlichen Behinderung im Sinne des § 99 SGB IX n.F., haben einen Anspruch auf Unterstützung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und der Teilhabe am Arbeitsleben. An dieser Stelle wird auf die Regelungen des reformierten SGB IX durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) verwiesen. Die Kommunen sind gesetzlich benannter Rehabilitationsträger für Leistungen der Eingliederungshilfe. Diese Aufgabe korrespondiert im Sinne des Sozialstaatsprinzips mit dem Auftrag der Daseinsvorsorge für die Bürgerinnen und Bürger. Es ist den Kommunen gelungen die Thematik Inklusion aufzugreifen und in wichtigen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu etablieren. Die Begriffe Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit finden in der Planung und Durchführung kommunaler Aufgaben auf den verschiedensten Ebenen bereits Berücksichtigung. Die Etablierung ähnlich inklusiv-orientierter, barrierefreier Strukturen in der Systematik der Eingliederungshilfe ist nur bedingt realisiert. Das Bundesteilhabegesetz benennt differente Veränderungsnotwendigkeiten in kommunalen Kontexten. Die Kommunen und ihre Partner in der

Leistungserbringung sind gefordert ihre Angebote inklusionsorientiert zu gestalten.

Der Stellenwert der Eingliederungshilfe ergibt sich aus dem finanziellen Aufwand, den die Kommunen im Rahmen ihrer Sozialtats betreiben müssen, um die Versorgung sicherzustellen. Im Jahr 2016 wurden rund 16,5 Milliarden Euro für diese Leistungen der Eingliederungshilfe aufgewandt. Das war über die Hälfte der gesamten Ausgaben für die Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (vgl. Statistische Bundesamt 2016, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen S.1). Mit über 300.000 Personen stellen die Menschen mit einer geistigen Behinderung die größte Gruppe der Leistungsempfänger der Eingliederungshilfe und ist am stärksten durch die Reform des Bundesteilhabegesetz betroffen (vgl. Teilhabebericht der Bundesregierung 2016, S.257 ff).

Der Gesetzgeber verortet mit dem BTHG die personenbezogenen Hilfen „wie aus einer Hand“ in den Wohnquartieren der Menschen mit Behinderungen. Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe soll aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden. Das BTHG zielt darauf ab die Position des Menschen mit Teilhabebeeinträchtigung zu stärken. Auf der Basis des Artikels 3 der UN-BRK sind die Interessen der Menschen mit Teilhabebeeinträchtigung in den Fokus zu rücken. Der § 104 Abs.1 SGB IX n.F. betont das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen in Bezug auf eine selbstbestimmte Wohnform. Der zuständige Rehabilitationsträger ist gehalten die „Ent – Hindern“ und das Einsetzen in die Würde auf Basis des Grundgesetzes, der UN BRK und der Gesetze zur Antidiskriminierung zu realisieren. Die Änderungen des § 76 Abs. 1 in Verbindung mit § 113 Abs. 1 SGB IX n.F. stellen eine Leistungserbringung in einen lebensweltlichen und sozialräumlichen Bezug. Die bisherige Priorisierung des Fürsorgesystems hat die Entwicklung gemeinschaftlicher Wohnformen gefördert. Der Fokus des BTHG auf das Wunsch- und Wahlrecht der betroffenen Menschen in autonome, selbstbestimmte

Wohnform erfordert eine Veränderung in der Konzeptionierung der Institutionen und eine Individualisierung in der Leistungserbringung. Das BTHG betont den Zusammenhang zwischen selbstbestimmtem Wohnen, gleichberechtigter Teilhabe und einem sozialräumlichen Bezug (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, Begründung BTHG, S.3).

### 3 Aktuelle Herausforderungen der Behindertenhilfe

Um im Sinne des BTHG die Potentiale einer personenzentrierten und lebensweltbezogenen Unterstützung identifizieren zu können, sind die Orte der Leistungserbringung „Lebenswelt“ und „Sozialraum“ zu berücksichtigen. Die Angebote sind zukünftig nach § 117 Abs.1 Satz 3 SGB IX n.F. „lebensweltbezogen“ und „sozialraumorientiert“ zu erbringen.

#### 3.1 Identifikation von Potentialen im Wohnquartieren

Der Handlungsraum individualisierter Unterstützung ist der Mensch in seinem Alltag und in seinen sozialen Bezügen. Ein inklusionsorientiertes Unterstützungsangebot, im Sinne des § 113 SGB IX n.F., ist hier zu verorten. Die Leistungen der Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Hier liegen die Potentiale wissenschaftsbasierter Handlungsansätzen in der Behindertenhilfe. Die Kundenstudie von Seifert machte deutlich, dass die professionellen Mitarbeitenden die Ressourcen im Wohnumfeld der Menschen mit Behinderungen nur bedingt als „mobilisierbar“ identifizieren. Im Fokus Dienstleistungen der Behindertenhilfe steht die „professionelle“ Unterstützung für die Menschen mit Teilhabebeeinträchtigung (vgl. Seifert 2010, S.29). Das reformierte SGB IX weist ausdrücklich auf zwei Handlungsansätze der Sozialen Arbeit hin, die geeignet sein können die Routinen in der Behindertenhilfe für ressourcenorientiertes Handeln zu öffnen.

Der Handlungsansatz der Lebensweltorientierung stellt den Menschen in einen zeitlichen, räumlichen und sozialen Bezug zur individuell konstruierten Wirklichkeit. Im Lebensalltag spiegeln

sich die gesellschaftlichen Verhältnisse, so dass die Handlungsspielräume für Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe erfasst werden können. Die subjektive Erfahrung von Wirklichkeit, die materiellen, sozialen und kulturellen Gegebenheiten, die sie bedingen, haben Einfluss auf das Phänomen der Lebensqualität im Sinne eines freien und glücklichen Lebens (vgl. Weinbach 2016, S.11). Unter Berücksichtigung dieser Bedingungen können Unterstützungsleistungen personenzentriert ausgerichtet werden. Dieser Handlungsansatz betrachtet den Menschen in seinen Alltagsverhältnissen und unterstützt die Entwicklung individueller Handlungsmuster und Bewältigungsstrategien, um das eigene Leben zu meistern.

Die Sozialraumorientierung ist ein Konzept, das die sozialen und räumlichen Verursachungen, sowie die Entstehungsbedingungen von Hilfsnotwendigkeiten thematisiert. Der Lebensmittelpunkt wird über die Wohnung, die Beschäftigung und die sozialen Bezüge definiert. Der Sozialraum ist dort, wo Menschen ihre sozialen Beziehungen pflegen und ihre sozialen Netzwerke angesiedelt sind. Die Sozialraumorientierung zeigt praktische Handlungsperspektiven auf, die sich an den Ressourcen eines Quartiers und der dort lebenden Menschen orientiert (vgl. Kalter, Schrappner 2006, S.11). Zukünftig sollen Fachkräfte gem. § 97 Abs. 2 SGB IX n.F. über umfassende Kenntnisse des regionalen Sozialraums und seine Möglichkeiten zur Durchführung von Leistungen der Eingliederungshilfe verfügen. Nach § 104 SGB IX n.F. sind die Leistungen der Eingliederungshilfe nach den Besonderheiten des Einzelfalls, insbesondere (...) nach den Gegebenheiten des Sozialraums zu bestimmen. Die Herausforderung für die Fachkräfte in der Behindertenhilfe besteht darin die Gegebenheiten des Alltags, seine Verhältnisse und Schwierigkeiten zu erkennen, die Ressourcen und Potentiale zu entdecken und für die pädagogische Unterstützungsleistung in einer angemessenen, wertschätzenden Form nutzbar zu machen (vgl. Bohn 2006, S. 44). Eine lebensweltbezogene und sozialräumliche Unterstützungsleistung fordert von der Behindertenhilfe nicht nur die inklusionsorientierte Neuausrichtung von Dienstleistungen, sondern eine

grundsätzliche veränderte Wahrnehmung für Sozialräume und Wohnquartiere.

### 3.2 Entprofessionalisierung der Behindertenhilfe

Der Einsatz personaler Ressourcen ist für die Behindertenhilfe prägenden. Die Unterstützung von Menschen mit einer geistigen Behinderung erfordert fachliche, ethische und soziale Kompetenzen. Inklusionsorientierung in der Behindertenhilfe bedeutet die Unterstützung auf den Menschen mit Behinderungen zu zentrieren. Der Mensch ist mit seiner Individualität in seinen Lebenskontexten zu erkennen. Zu den Kontexten gehören u.a. die Bedingungen der Wohnsituation, des Wohnumfeldes und die Beziehungsgestaltung im Wohnalltag. Diese Aspekte definieren einen individuellen Sozialraum. Die Potentiale dieses Sozialraumes sind aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen in ihrer Funktionalität und Zweckgebundenheit zu identifizieren (vgl. Kampmeier, Kraehmer, Schmidt 2014, S. 107ff). Das Wohnquartier hält differente Ressourcen vor, die nicht auf professionelle Dienstleistungen zu begrenzen sind. Die Herausforderung für die Behindertenhilfe liegt darin die Potentiale für die Menschen mit Behinderungen erreichbar, verfügbar und nutzbar zu gestalten. Die Unterstützung der Behindertenhilfe begrenzt sich nicht auf die eigene Fachlichkeit und die etablierten Angebotsstrukturen, sondern hat die Möglichkeiten des Wohnquartiers und die dort lebenden Menschen einzubeziehen. Über die Reform der Sozialgesetzgebung sind zukünftige Unterstützungsangebote zu differenzieren. Leistungen der Eingliederungshilfe sind gem. § 78 Abs. 2 SGB IX n.F. in qualifizierte Assistenz und kompensatorische Assistenz zu unterscheiden. Je nach Leistung ist diese durch eine Fachkraft oder Nicht - Fachkraft zu erbringen. Ähnliches gilt bei Inanspruchnahme von Leistungen der Pflege. Über die Pflege-stärkungsgesetz III haben viele Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung einen Anspruch auf Leistungen eines Pflegegrads. Sie können ggf. Leistungen zur Unterstützung bei der Haushaltsführung und zur Teilhabe in Anspruch nehmen. In Folge der gesetzlichen Differenzierung kommt es zu einer Durchmi-

schung der Hilfen. Die Kooperation und Koordination verschiedener Hilfen, von professioneller und nicht professioneller Unterstützung, gewinnen an Bedeutung. Die Behindertenhilfe ist gefordert sich für diesen Hilfe-Mix und die Entprofessionalisierung zu öffnen (vgl. Fürst, Hinte 2017, S.19).

### 3.3 Die Behindertenhilfe und die Einbindung in das Gemeinwesen

Inklusion findet auf verschiedensten gesellschaftlichen Ebenen und mit unterschiedlichster Beteiligung statt. Ein inklusives Gemeinwesen, insbesondere die Herstellung von Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen ist ein Gewinn für alle Bürgerinnen und Bürger, nicht nur der Menschen mit Behinderungen (vgl. Deutscher Verein 2011, S.11). Nicht nur die personenbezogenen Angebote sind neu zu gestalten, die Anforderungen an Kooperation und Koordination von Unterstützung im Gemeinwesen werden verändert. Inklusionsorientierung im Gemeinwesen, so Rohrman und Schädler (2015, S. 60ff.), bedeutet für die Behindertenhilfe:

- Die Kooperation der Akteure im Wohnquartier
- Eine trägerübergreifende Angebotsplanung
- Eine lebensweltorientierte und sozialräumliche Hilfeplanung
- Die Berücksichtigung des Nachrangigkeitsprinzips spezialisierter Hilfen

Aktuell kann angenommen werden, dass die von Rohrman und Schädler benannte Aspekte in der Handlungspraxis nur teilweise realisiert werden. In der Konsequenz fehlen in der Fläche inklusive und sozialraumorientierte Unterstützungsangebote, die auf die Etablierung individualisierter Hilfen ausgerichtet sind (vgl. Weber, Knöß, Lavorano 2015, S.21). Diese Bewertung legt die

Vermutung nahe, dass die Sozialraumorientierung als Handlungsansatz im Sinne eines Wertestandards in der Behindertenhilfe nur bedingt realisiert worden ist. Gleichzeitig fehlt es an einer erkennbaren Strategie der beteiligten Kommunen gemeinsam mit der Behindertenhilfe konkrete und verbindliche Ziele und Kriterien der Zielerreichung zu definieren (vgl. Weber, Lavorano, Knöß 2015, S.86 ff). Für die Kommunen ist es von Bedeutung, dass sozialräumlich ausgerichtete Dienstleistungen dem Gemeinwesen einen nachhaltigen Nutzen bieten. Die Kooperation der unterschiedlichen Beteiligten aus kommunaler Verwaltung, der Kommunalpolitik, der Pflege, der Sozialpsychiatrie sowie der Behindertenhilfe ist ein Beitrag zur Linderung von Armutslagen. Durch die Vernetzung der Beteiligten kann die Identifizierung unterschiedlichster Ressourcen auf der Ebene des Quartiers unterstützt werden, gemeinsame Handlungsempfehlungen auf der strukturellen Ebene entwickelt werden und die Möglichkeiten der inklusiven Entwicklungen in den Wohnquartieren gestärkt werden (vgl. Fürst, Hinte 2017, S.22). Diese Potentiale werden durch die verfestigten Strukturen in den organisationalen Feldern nicht ausgeschöpft werden.

#### 4 Entwicklungschancen durch Veränderung

Es kann festgestellt werden, dass in der Behindertenhilfe ein Modernisierungsbedarf sowie ein Implementationsdefizit bestehen. Bei der Modernisierung der Angebote der Behindertenhilfe finden die in der Wissenschaft erarbeiteten Handlungsansätze bisher nur bedingt Anwendung. Nach Schädler gibt es eine Diskrepanz zwischen verfügbarem Wissen über wirksame Technologien und gegebenen Handlungspraktiken. Theoriegestützte moderne Unterstützungskonzepte werden vom Hilfesystem kaum genutzt, um den Menschen mit Behinderungen die Chance auf Selbstbestimmung und Partizipation zu erschließen. Die Veränderung regionaler Strukturen bedarf einer gemeinsamen Vision der systembeteiligten Organisationen und Akteure vor Ort (vgl. Schädler 2003, S.27 ff). Erst die Vision, die Potentiale, Möglichkeiten und Konsequenzen impliziert, bietet dem selbstreferenzi-

ellen System eine Gewinnoption, die eine Modifikation unterstützt. In der Handlungsorientierung und den Handlungsspielräumen der Akteure liegt die Chance zu Initiierung des Veränderungsprozesses.

#### 4.1 Eingliederungshilfe neugestalten – Die Implementierung des BTHG

Die Implementierung des Bundesteilhabegesetzes erfolgt in mehreren Teilschritten. Die Eingliederungshilfe wird bis 2020 vollständig aus dem SGB XII (Sozialhilfe) herausgelöst und in das SGB IX als Teil II integriert. Bis November 2018 haben 11 Bundesländer die Ausführungsgesetze zum BTHG in Kraft gesetzt, zwei Landesregierungen haben ihre Vorstellung in Entwürfe konkretisiert. Bis auf Bremen und Niedersachsen haben alle Bundesländer die Träger der Eingliederungshilfe gem. § 94 Abs. 1 SGB IX festgelegt. Die Entwicklung der Bedarfsermittlungsinstrumente, orientiert an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), macht deutliche Fortschritte (vgl. Deutscher Verein 2018, S.2 ff). Im Folge der Reform sind die Rahmenverträge zur Eingliederungshilfe neu zu verhandeln. Rahmenverträge haben in der Praxis der Sozialgesetze die Aufgabe die gesetzlichen Regelungen in ein Leistungs- und Vergütungssystem zu fassen. Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Regelung der Eingliederungshilfe partnerschaftlich zwischen öffentlichen und privaten Trägern bis 31. Dezember 2019 vereinbart werden. Der Verhandlung sind Projektionsfläche unterschiedlicher Ideen und Erwartungen. Neue Gestaltungsideen zur Selbstbestimmung, Teilhabe und Personenzentrierung können eingebracht werden. Es besteht die Möglichkeit eine inklusionsorientiert moderne Dienstleistung zu formulieren und zu gestalten. Gleichzeitig fließen die Sorgen mit ein, das etablierte Versorgungsstrukturen und Verwaltungsprozesse sich verändern. Es wird erwartet, dass sich die Formen der Unterstützungsleistungen und die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten wandeln. In dieser Situation haben alle Beteiligten des bisherigen Systems der Behindertenhilfe die Chance eigene Veränderungs-

ideen in die Erörterung einzubringen. Sie können die Neugestaltung der Eingliederungshilfe nachhaltig beeinflussen und ihre Visionen mit den kommunalen Vertretern auf einer breiten Beteiligungsbasis ausgetauscht. Die Verhandlungen und ihre Ergebnisse sind entscheidend für die Umsetzungen der Inklusionsorientierung in das Sozialleistungssystem.

#### 4.2 Informelle Ressourcen nutzen - Neue Strukturen in den Kommunen etablieren

Der informelle Austausch zwischen den Vertretern der Sozialpsychiatrie, der Pflege, der Behindertenhilfe und den kommunalen Ansprechpartnern findet in unterschiedlichen regionalen Gremien statt. Etablierte Formen sind z.B. der Beirat für Menschen mit Behinderungen oder die regionalen Konferenzen für Gesundheit, Alter und Pflege. Die Landschaftsverbände Westfalen – Lippe und der Landschaftsverband Rheinland bieten als Träger der Eingliederungshilfe in Nordrhein – Westfalen das Gremium der Regionalkonferenzen an. Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) hat sich 2013 gemeinsam mit einer Kommune im Ruhrgebiet entschieden eine Regionalkonferenz in einer alternativen Form durchzuführen. Anlass für die Veranstaltung war der Beschluss der Landschaftsversammlung zur Unterstützung der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderungen im „Sozialraum“ (vgl. Sozialausschuss LVR 2012, Vorlage 13/165). Eine gesetzliche Definition des Begriffs Sozialraum sieht das BTHG nicht vor. Der Sozialraum lässt sich nicht allgemein bestimmen, sondern ist individuell zu betrachten. In der Vorbereitung der geplanten Regionalkonferenz haben sich die Vertreterinnen und Vertreter des LVR, der Kommune, der Sozialpsychiatrie und der Behindertenhilfe abgestimmt. Um den informellen Austausch zu intensivieren wurde die Form eines eintägigen Workshops vereinbart. Im Vorfeld der Veranstaltung wurde eine Befragung der Menschen mit Behinderungen zu ihren Wünschen und ihren Bedarfen bei der Betreuung im Wohnquartier durchgeführt. Die Ergebnisse sind in die Vorbereitung eingeflossen und wurden zum Einstieg in die Veranstaltung

präsentiert. An der Moderation der Arbeitsgruppen des Workshops waren Menschen mit und ohne Behinderungen beteiligt. Es wurde erörtert, welche Unterstützungsangebote Menschen mit Behinderungen benötigen, um außerhalb von gemeinschaftlichen Wohnformen (stationäres Wohnen) eigenständig zu wohnen. Es wurde u.a. diskutiert, wie individuelle Unterstützung, unabhängig von einer Wohneinrichtung, realisiert werden kann. Der Landschaftsverband Rheinland hatte mit dem Angebot „Hintergrunddienst“, die Möglichkeit geschaffen, personenbezogene Unterstützungsleistungen in einem Wohnquartier zu etablieren (vgl. Sozialausschuss 2011, Vorlage 13/1535). Im Ergebnis der Veranstaltung wurden in den folgenden Jahren vier bisher stationäre Wohnangebote verändert, die Leistungen wurden aus der pauschalisierten Vergütungssystematik herausgelöst und durch personenzentrierte, wohnquartiersbezogene Unterstützung kompensiert. Alle Angebote halten eine bedarfsorientierte Betreuungsmöglichkeit in Form eines Hintergrunddienstes vor. In der Umsetzung wurden Projekte im Bereich der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie realisiert.

Der informelle Austausch unter Einbeziehung aller Beteiligter haben eine Veränderung aus dem System heraus unterstützen. Durch die Beteiligung der Menschen mit Behinderung, konnten Anforderungen an passgenaue Unterstützungsangebote in den Wohnquartieren gemeinsam erörtert werden. Für die Organisationen der Behindertenhilfe war es wichtig, dass eigene Interessen bei den Gesprächen eingebracht werden konnten. Die beteiligte Kommune und der Landschaftsverband hatten ein grundlegendes Interesse am Informationsaustausch, um Anforderungen an die Entwicklung inklusiver Sozialräume zu erheben. Im Sinne des § 5 der Ausführungsverordnung zum BTHG in Nordrhein-Westfalen sind die Landschaftsverbände, die Kreise, die kreisfreien Städte und kreisangehörigen Gemeinden angehalten sich zur Entwicklung inklusiver Sozialräume und inklusiver Lebensverhältnisse abzustimmen. Der informelle Austausch, z.B. in einer Regionalkonferenz, ist eine Möglichkeit mit den Menschen mit Behinderungen und den Diensten in den Kommunen in den

Austausch zu treten. Die Nutzung informeller Ressourcen gewinnt zukünftig an Bedeutung, da das Ausführungsgesetz zum BTHG in Nordrhein-Westfalen verbindliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Landschaftsverbänden und den kommunalen Partnern zu diesem Thema vorsieht. Der regelmäßige, systematische Austausch in den Kommunen mit den Menschen mit und ohne Behinderungen mit Beteiligung der unterstützenden Dienste ist ein wichtiger Baustein, um gemeinsam ein inklusionsorientiertes Hilfesystem zu gestalten.

## 5 Resümee

Bei der Darstellung des Modernisierungsbedarfs der Behindertenhilfe werden grundsätzliche Schwierigkeiten des organisationalen Feldes im kommunalen Kontext dargelegt. Die Hemmnisse liegen u.a. in den Strukturen der Organisationen und den etablierten Formen der Kommunikation der versäulten Hilfesysteme. Die Organisationen bedienen sich ihrer erfolgreichen Strategien und greifen auf bewährte Lösungsansätze zurück. Der Zusammenhang zwischen der historischen Entwicklung der Organisationen und der Pfadabhängigkeit ihrer Handlungsoptionen wirkt sich auf die Entscheidungen verantwortlicher Akteure im System der Behindertenhilfe aus. Die Bereitschaft etablierte Handlungsmuster zu verändern bedürfen einer Vision, die ermutigt etwas „Neues“ zu gestalten. Inklusionsorientierung basiert auf der Heterogenität der Gesellschaft und der intersubjektiven Lebenswelt aller Individuen. Eine kulturell hervorgebrachte Differenz gehört zur individuellen Normalität jedes Menschen in seinen gesellschaftlichen Bezügen. Eine Unterstützungsleistung für Menschen mit Teilhabebeeinträchtigung ist auf dieser Grundlage personenzentriert zu gestalten. Neben einer Vision bedarf es konkreter Bedingungen die Alltagsroutinen in Organisationen zu verändern und einen eingeschlagen Pfad aufzubrechen. Durch die Reformen der Sozialgesetze wurden Impulse zur Systemveränderung gesetzt (vgl. Schreyögg 2003, S.286). Die Reformen des Rehabilitationsrechts, sowie die Reform der Pflegeversicherung markieren eine Zäsur. Der Gesetzgeber wurde durch die Idee der

Inklusion inspiriert, die bereits durch zivilgesellschaftliche, staatliche und kommunale Initiativen aufgegriffen worden ist. Die Reformen sind für alle drei Teilsysteme Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie und Pflege relevant. Die Position der Menschen mit Behinderungen wird über die Reform des Rehabilitationsrecht entscheidend verändert. Die Kommunen sind beauftragt, die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für alle Bürgerinnen und Bürger zu ermöglichen. Sie tragen die Verantwortung eine gute Lebensqualität zu ermöglichen und die inklusive Entwicklung in den Wohnquartieren zu fördern. Neue Formen des strukturierten informellen Austauschs stellen eine wichtigen Baustein dar diesen Auftrag zu realisieren. Der Gewinn des Austausch kann für die Kommune darin liegen die vorhandenen Potentialen der Hilfesysteme Pflege, Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfen im Interesse der Menschen mit Behinderungen passgenauer zu gestalten. Die Organisationen der Behindertenhilfe haben ein grundlegendes Interesse nicht reaktiv zu agieren, sondern im Vorfeld der absehbaren Veränderungen der Eingliederungshilfe zum 01.01.2020 durch aktives Handeln die Rahmenbedingungen für eine moderne Unterstützungsleistung zu schaffen.

Das Beispiel der Regionalkonferenz verdeutlicht, dass eine grundsätzliche Bereitschaft in Kommunen und den dort etablierten Hilfesystemen besteht neue Pfade zu schaffen. Werden die neuen Pfade gemeinsam erarbeitet übernimmt nicht nur ein Partner im System das Veränderungsrisiko. Die Beteiligten etablieren neue Strukturen durch gemeinsame Planung und können neue Lösungen erarbeiten. Es gilt neue Pfade anzudenken und gemeinsam den potentiellen Gewinn zu identifizieren, um eine innovative Veränderung ermöglichen. Wenn die Teilsysteme Sozialpsychiatrie, Behindertenhilfe und Pflege in organisationalen Feldern angemessen am informellen Austausch auf kommunaler Ebene beteiligt werden, können sich die Systeme im Sinne der Selbstreferenz verändern. Bei konsequenter Beteiligung gewinnen sie im kommunalen Kontext als gestaltende Instanz an Bedeutung. Das Teilsystem Behindertenhilfe erhält Gelegenheit

sein Erfahrungswissen in sozialräumliche – kommunale Bezüge einbringen. Zeitgleich kann die Behindertenhilfe ihr Wissensrepertoire und die eigenen Handlungsoptionen erweitern, sowie die Qualität ihrer Dienstleistung verändern. Die Veränderungen setzen Potentiale frei, die geeignet sein können neue Pfade in den Hilfesystemen zu etablieren. Diesen Zusammenhang wurde von Rohrmann und Schädler im Jahr 2014 im Bericht „Inklusive Gemeinwesen Planen“ dargelegt. Eine inklusionsorientierte Öffnung der Behindertenhilfe impliziert, dass nicht nur die Menschen mit Behinderungen profitieren, sondern weitere gesellschaftliche Gruppen im Gemeinwesen partizipieren. Erkennen die Akteure in den Kommunen den implizierten Gewinn informeller Ressourcen wird eine innovative Veränderung der sektoralisierten Hilfesysteme unterstützt.

„Es gibt nicht die eine Wirklichkeit und die eine richtige Methode, sondern das Bemühen die komplexe Realität zu erfassen. Es gilt danach zustreben, Wirklichkeit miteinander kreativ zu gestalten und in dialogischen Prozess gemeinsam zu humanen Lebensformen zu finden“ (Petzold 1993).

## Literatur

- Bohn, C. (2006): Inklusion, Exklusion und die Person (Theorie und Methode). UVK. Konstanz
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2018): Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. ZB. Köln
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH. Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. BTHG. Bundesdrucksa-  
che 18/11076.

- Bundesgesundheitsministerium (2016): Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Kabinetttvorlage\\_PSG-III.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Kabinetttvorlage_PSG-III.pdf). Zugriff 15.04.2018
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2011): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum. DV 35/11 AF IV. <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2011/dv-35-11-sozialraum.pdf>. Zugriff: 22.04.2018
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2018): Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz. [https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/aktuelles/2018-11-15\\_umsetzungsstand-bthg.pdf](https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/aktuelles/2018-11-15_umsetzungsstand-bthg.pdf). Zugriff: 03.11.2018
- DiMaggio, Paul / Powell, (1991): The New Institutionalism in Organizational Analysis, University of Chicago Press.
- Fürst, R. / Hinte, W. (2017): Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. UTB. Wien
- Kampmeier, A., Kraehmer, S., Schmidt, S. (2014): Das Persönliche Budget. Selbstständige Lebensführung von Menschen mit Behinderungen. Stuttgart
- Kalter, Birgit/Schraper, Christian (2006): Was leistet Sozialraumorientierung? Konzepte und Effekte wirksamer Jugend- und Erziehungshilfe. Weinheim und München
- Kleve, Heiko (2010): Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis. Wiesbaden
- Landschaftsverband Rheinland (2011): Die Rahmenvereinbarung "Zukunft der Eingliederungshilfe in NRW sichern" zwischen den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen und der LAG der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW. Sozialausschuss Vorlage 13/1535 [https://dom.lvr.de/lvis/lvr\\_rechercheWWW.nsf/Loo-](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_rechercheWWW.nsf/Loo-)

kLinkBG2/Vorlagen13\_1535?OpenDocument. Zugriff  
30.04.2018

- Landschaftsverband Rheinland (2012): Umsetzung der UN-BRK „Anreizprogramm zur Konversion stationärer Wohnangebote“. Sozialausschuss Vorlage 13/165. [https://dom.lvr.de/lvis/lvr\\_recherwww.nsf/AFAE34B1D6FC2592C1257ABE0037C571/\\$file/Begr%C3%BCndung132543.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherwww.nsf/AFAE34B1D6FC2592C1257ABE0037C571/$file/Begr%C3%BCndung132543.pdf). Zugriff: 30.04.2018
- Muche, Claudia (2017): Identität in Organisationen als Behinderung. VS-Verlag. Wiesbaden,
- Rohrmann, Albrecht / Schädler, Johannes (2009): Szenarien zur Modernisierung der Behindertenhilfe. In: Teilhabe, Jg. 48, H. 2, S. 68-75.
- Rohrmann, Albrecht / Schädler, Johannes (2014): Inklusive Gemeinwesen planen. Eine Arbeitshilfe, hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2. veränderte Auflage. Düsseldorf.
- Schädler, Johannes (2003): Stagnation oder Entwicklung in der Behindertenhilfe. Chancen eines Paradigmenwechsels unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit. Verlag Dr. Kovac. Hamburg
- Schreyögg, Georg (2003): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Mit Fallstudien. 4. Auflage. Lehrbuch. Gabler Verlag. Berlin
- Seifert, Monika (2010): Kundenstudie Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung: Abschlussbericht. Rhombos Verlag. Berlin
- Statistische Bundesamt (2016): Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Pressemitteilung 445/16. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemittellungen/2017/11/PD\\_17\\_415\\_221.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemittellungen/2017/11/PD_17_415_221.html). Zugriff 20.04.2018.
- Weinbach, Hanna (2016): Soziale Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. Das Konzept der Lebensweltorientierung in der Behindertenhilfe. Beltz – Juventa. Weinheim

Weber, Erik; Lavorano, Stefano; Knöß, David Cyril (2015): Entwicklung und Gestaltung inklusiver Gemeinwesen. Erfordernisse, Handlungsmöglichkeiten und Grenzen. Landschaftsverband Rheinland, Köln/Darmstadt.



Miriam Düber

## Quelle: Hoffnung! Das Recovery-Konzept und seine Bedeutung für eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung

Die US-amerikanische Schriftstellerin und Literaturnobelpreisträgerin Pearl S. Buck hat einmal gesagt: „Die Hoffnung aufgeben bedeutet, nach der Gegenwart auch die Zukunft preisgeben.“

Hoffnung ist eine große Triebfeder menschlichen Handelns, eine Quelle der Energie – vor allem in Situationen, in denen unsere Gegenwart nur wenig Lichtblicke zu bieten hat. Hoffnung gibt uns die Kraft, unser Leben zu verändern, aktiv zu gestalten und in die Zukunft zu blicken. Hoffnungslosigkeit hingegen kann uns all diese Kraft nehmen.

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, deren Welt aus den Fugen zu geraten scheint, ist Hoffnung häufig ein letzter Ankerpunkt. Und doch waren es nicht selten die professionell Helfenden: Ärzt\*innen, Therapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen, die mit negativen Prognosen und zum Teil düsteren Zukunftsvisionen keine „falschen“ Hoffnungen wecken wollten. Dieses Denken ändert sich – vor allem aufgrund des Engagements vieler Betroffener – zum Glück langsam, aber stetig. Der Wandel trägt den Namen: „Recovery“.

Es handelt sich um ein Konzept aus der Selbsthilfebewegung, das nicht mehr die Unmöglichkeiten in Bezug auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen betont, sondern die Möglichkeiten: die Aussicht auf ein besseres Leben, auf ein Mehr an Selbstbestimmung und manchmal sogar die Gesundheit.

Im Rahmen dieses Artikels soll das – in Deutschland noch tendenziell junge – Konzept des Recovery vorgestellt und seine Bedeutung für die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Hilfen hervorgehoben werden. Hierzu wird es zunächst in seinen Grundzügen dargestellt und mit verwandten Konzepten (Empowerment, Salutogenese, Resilienz) in Bezug gesetzt. An diesen Überlegungen anknüpfend sollen Herausforderungen einer reco-

very-orientierten Arbeit im Feld der Psychiatrie reflektiert werden.

Im Rahmen des Artikels werden immer wieder auch den subjektiven Sichtweisen der Betroffenen – im Rahmen längerer Zitate – Raum gegeben. Damit soll vor allem der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es sich um ein Konzept aus der Betroffenenbewegung selber handelt. Unabhängig davon vermögen es die Betroffenen selber, anhand der Schilderung ihrer Erfahrungen, in der Regel wie kaum ein/e Mediziner\*in, Therapeut\*in oder Wissenschaftler\*in zu verdeutlichen, was Recovery nicht nur abstrakt, sondern ganz konkret bedeutet.

## 1 Recovery – das Konzept

### 1.1 Annäherung an den Begriff

Im Wörterbuch begegnen uns unter der Überschrift „Recovery“ Übersetzungsbegriffe wie Erholung, Besserung, Genesung, Gesundung, Bergung, Rettung und Wiedergewinnung. Dabei ist eine allgemeingültige Definition des Begriffes schwer möglich, umfasst er doch – im Kontext von Krankheit und Gesundheit – per se ganz unterschiedliche Dimensionen (vgl. Amering 2007: 94). Wie beispielsweise die Rückkehr zum Normalzustand im Zusammenhang mit akuten Erkrankungen oder die prozesshafte aktive Integration des Erlebten in das eigene Weltbild, im Rahmen der Traumatherapie (vgl. ebd.: 94 f.). Die Betroffenenbewegung bezeichnet mit Recovery vor allem den Kontrollgewinn über die Umstände des eigenen Lebens und die (Wieder)Gewinnung von Sinn und Lebensqualität trotz einer psychischen Erkrankung, die über längere Zeit besteht und deren Verlauf ungewiss ist (vgl. ebd.: 95 f.). Dieser Artikel knüpft an die letztgenannte Dimension von Recovery – im Sinne einer Wiederherstellung von Lebensqualität der Betroffenen – an und lässt andere mögliche (teilweise rein medizinische) Lesarten außer Acht. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass die Recovery-Bewegung ihren Ursprung in dem Engagement Betroffener nimmt, die als „chronisch psychisch krank“ galten, sich mit diesem „demoralisierenden professionel-

len Pessimismus" (Knuf 2009: 33) allerdings nicht abfinden wollten und entgegen den Erwartungen ihres Umfeldes wieder gesund wurden (vgl. ebd.). Sie schlossen sich zusammen, um auf die Stigmatisierung durch Diagnosen der „Unheilbarkeit“ aufmerksam zu machen und um nach Faktoren zu suchen, die es einem psychisch kranken Menschen ermöglichen, wieder ein besseres Leben zu führen (vgl. ebd.). Der Betroffenenbewegung schlossen sich schnell reforminteressierte Professionelle an (vgl. Knuf/Bridler 2008: 25). Sie beruht demzufolge zum einen auf Selbstzeugnissen Betroffener und zum anderen auf wissenschaftlichen Studien, die belegen, dass es einem Teil der Menschen mit schweren psychischen Störungen gelingt, wieder zu gesunden (vgl. Schmolke 2008: 39). Dabei sind auch im Rahmen der Forschung zu Recovery-Prozessen viele der Wissenschaftler\*innen häufig selbst psychisch erkrankt (vgl. Knuf 2008: 236). Die Recovery-Bewegung, die sich zunehmend auch in Deutschland verbreitet, hat vor allem in den USA, Neuseeland und Australien Bekanntheit erlangt. (vgl. ebd.: 237).

Hinter dem Begriff Recovery verbirgt sich – wie bereits angedeutet – kein einheitliches Konzept, sondern „eher [...] eine Sammlung zentraler Haltungs- und Handlungselemente für eine sozialpsychiatrische Praxis" (Knuf 2009: 33).

Im Recovery-Ansatz wird sehr radikal die Genesung in den Mittelpunkt der psychiatrischen Arbeit gerückt, und zwar auch und gerade bei jenen Menschen, die von der traditionellen Psychiatrie als ‚unheilbare‘ Klientinnen und Klienten abgeschrieben wurden, egal, ob sie nun ‚chronisch‘ oder ‚austherapiert‘ genannt werden. Genesung wird hier aber nicht als Symptommfreiheit verstanden. Recovery ist vielmehr ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung. Dieser Prozess führt dazu, dass der Betroffene trotz seiner psychischen Probleme in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Dabei handelt es sich um mehr als die Bewältigung von Symptomen, ebenso bedeutet es nicht unbedingt vollständige ‚Heilung‘, denn in den meisten Fällen besteht die Erkrankung, bzw. Verletzlichkeit fort. Es geht darum, den negati-

ven Einfluss einer psychischen Erkrankung zu überwinden, auch wenn sie weiterhin anhält (ebd.: 34).

## 1.2 Hoffnungslos hoffnungsvoll?! Wider die düstere Prognose.

Ausgangspunkt für die Recovery-Bewegung war – wie bereits angeklungen – insbesondere die Kritik an der vorherrschenden Prognostik. Negative Prognosen, an denen professionell Helfende nicht selten festhielten, waren das Mittel um keine „falschen Hoffnungen“ zu wecken oder beispielsweise zu verhindern, dass Patient\*innen eigenmächtig Medikamente absetzen (vgl. Amering 2008: 206). Teilweise wurden „düstere Prognosen [auch] als Compliance fördernde Maßnahmen eingesetzt“ (ebd.). Knuf (vgl. 2009: 38) verweist in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass ärztliche Prognosen wissenschaftlich nicht haltbar sind, da sie auf statistischen Wahrscheinlichkeiten beruhen, die sich nicht auf den Einzelfall übertragen lassen. Unabhängig davon unterliegt beispielsweise die Diagnose „Schizophrenie“ auch heute keinen objektiven externen Kriterien (wie körperlichen Befunden) (vgl. Katschnig 2008: 9). Gewisse psychopathologische Symptome – im Zusammenhang mit einem bestimmten Verlauf – werden als Schizophrenie bezeichnet (vgl. ebd.). „Deshalb gilt: weil die Krankheit nicht objektivierbar ist, ist es auch heute noch nicht klar, ob jemand, der diese Diagnose erhält, an dem gleichen leidet wie jemand anderer, der die gleiche Diagnose erhält“ (ebd.). Zudem weisen die Definitionen der Erkrankung eine sehr hohe Breite auf, so werden dem Krankheitsbild ganz unterschiedliche Symptome zugeordnet, zumal sich die Kriterien im Laufe der Zeit auch immer wieder verändern (vgl. ebd.: 11 f.). Langzeitstudien zeigen, dass ein großer Teil der Betroffenen wieder vollkommen gesundet, unabhängig davon verläuft die Krankheit extrem heterogen und individuell (vgl. ebd.: 10).

Negative Einschätzungen der Ärzt\*innen – wie z.B. der Hinweis, nie mehr arbeiten zu können – prägen sich dabei bei vielen Betroffenen tief ins Bewusstsein ein und wirken teilweise traumatisch (vgl. Knuf 2009.: 38 f.). So schildert ein Betroffener:

Als ich im Alter von 17 Jahren mit Schizophrenie diagnostiziert wurde, sagte mir mein Psychiater, ich hätte eine Krankheit namens Schizophrenie und ich würde nie mehr davon genesen. Er sagte mir, ich müsse für den Rest meines Lebens hohe Dosen von Haldol nehmen. Weiter sagte er mir, ich solle mich wegen meiner psychischen Krankheit aus dem gesellschaftlichen Leben sozusagen in einen vorzeitigen Ruhestand zurückziehen und Stress vermeiden. Heute nenne ich die Äußerungen meines Psychiaters ‚Unkenrufe‘. Er verurteilte mich zu einem Leben im Gewahrsam einer Behinderung, in dem ich hoch dosierte Neuroleptika einnehmen, Stress vermeiden sowie nicht am gesellschaftlichen Leben teilnehmen sollte – und ich war noch nicht einmal 18 Jahre alt! Mein Psychiater verstand nicht, dass Langeweile belastend ist! Ein Leben ohne Bedeutung und ohne eine Aufgabe ist stressig! Selbst nur so dahinzuvegetieren ist anstrengend. Das Leben im Gewahrsam einer Behinderung, gelebt im Rahmen der begrenzten ‚Landschaft‘ von psychiatrischen Dienstleistungen, in der nur Leute mit dir Zeit verbringen, die dafür auch bezahlt werden – das ist stressig! (aus: Burr et al. 2013b: 15)

Neben der Kritik an der Prognostik äußerten Betroffene aber zunehmend auch ihren Unmut gegenüber einer Pathologisierung und der Konzentration auf rein medizinische Aspekte innerhalb der Psychiatrie. Auch hier soll erneut die Aussage einer Betroffenen angeführt werden:

Das psychiatrische System heilt längst nicht so viel, wie es uns glauben machen will. Die Psychiatrie möchte eine medizinische Wissenschaft sein und befasst sich gern mit der individuellen Psychopathologie. [...] Patienten in der Psychiatrie werden oft auf ein gestörtes Objekt oder gar auf die Störung selbst reduziert. Zur Diagnose werden unsere Verhaltensweisen und Geschichten auf Symptome hin analysiert. Berücksichtigt wird jedoch nur das, was für die diagnostische Untersuchung relevant ist. Wir werden beobachtet, aber nicht wirklich gesehen; wir werden ausgefragt, aber nicht wirklich gehört (aus: Katschnig 2008: 31).

Beim Recovery-Konzept geht es daher weniger um Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe und berufliche Wiedereingliederung, sondern vielmehr um ein sinnerfülltes Leben (vgl. Needham et al. 2008: 183). Hoffnung wird zum Ausgangspunkt, man nimmt an, dass für jeden Menschen ein besseres Leben – manchmal sogar völlige Gesundheit – möglich ist (vgl. ebd.).

### 1.3 Die zentralen Grundsätze von Recovery

Recovery stellt einen individuellen Prozess dar, dessen Ausgangspunkt häufig eine Situation der Abhängigkeit in Folge der Krankheit ist, die nicht selten einhergeht mit einem hohen Maß an Hoffnungslosigkeit der Betroffenen (vgl. Schrank/Amering 2007: 46). Hier spielen vor allem auch stigmatisierende Prozesse eine Rolle. Für die Betroffenen ist es häufig schwerer sich von den weitreichenden gesellschaftlichen Konsequenzen ihrer Diagnose zu regenerieren als von ihrer Erkrankung selber (vgl. Schmolke 2008.: 40).

Für die Entwicklung weg von diesem Zustand, hin zu einem höheren Maß an psychischem Wohlbefinden ist eine Reihe von Entwicklungsschritten notwendig (vgl. Schrank/Amering 2007: 46). Ausschlaggebend ist dabei nicht unbedingt die Symptommfreiheit, sondern vor allem die Überzeugung der Betroffenen, dass Recovery möglich ist, das Erkennen eigener Stärken und Schwächen, die Entwicklung eines Verständnisses für die eigene Erkrankung, das Setzen von Zielen, die Übernahme von Verantwortung, die Pflege sozialer Kontakte und vor allem die Fähigkeit mit Rückschlägen umzugehen (vgl. ebd.: 46 f.). Fachliche Unterstützung ist dabei nur ein mögliches gesundheitsförderndes Element unter vielen (vgl. Knuf 2009: 36). Bei allen Maßnahmen, die getroffen werden, entscheidet letztlich die Hoffnung über eine positive Entwicklung. Schmolke (vgl. 2008: 39) betont, dass der Schlüssel zu einem Recovery-Prozess vor allem der Betroffene selber ist – Professionelle können in diesem Zusammenhang nur unterstützend tätig sein. Wichtig sind aber auch generell Personen im Umfeld, die an die Betroffenen glauben (vgl. ebd.). „So verstanden ist Recovery eine zutiefst menschliche Erfahrung, die zustande

kommt durch zutiefst menschliche Antworten von anderen“ (ebd.: 39). Recovery ist dabei vollkommen unabhängig von einer Theorie über das Entstehen psychischer Erkrankung. Es hat einen episodischen Charakter: Es bedeutet nicht zu jeder Zeit vollkommen ohne Symptome zu leben und ist kein linearer Prozess (vgl. ebd.: 39 f.).

Zusammenfassend lässt sich auf die zentralen Elemente/Glaubenssätze von Recovery wie folgt verweisen (vgl. Amering/Schmolke 2007: 101):

### *Hoffnung*

Die Hoffnung darauf, dass Gesundung im Sinne von Recovery möglich ist, stellt die Grundlage für Veränderung dar.

### *Sinn*

Lebenssinn finden Menschen in und durch sehr unterschiedliche(n) Dinge(n).

### *Veränderung*

Veränderungsprozesse sind möglich, wobei Krankheitsepisoden als Chance auf Entwicklungs- und Lernerfahrungen verstanden werden.

### *Kontrolle*

Bei Recovery geht es darum, dass der Betroffene ganz subjektiv wieder das Gefühl hat, Kontrolle über sein Leben zu gewinnen.

### *Aktive Teilnahme*

Der Betroffene übernimmt Verantwortung und gestaltet seinen Recovery-Prozess aktiv.

### *Ganzheitlichkeit*

Im Recovery-Prozess werden alle Faktoren, die für den Betroffenen zur Steigerung seiner Lebensqualität wichtig sind, einbezogen.

### *Umwelt*

Es besteht ein Bewusstsein darüber, dass äußere Faktoren den Recovery- Prozess positiv und negativ beeinflussen.

### *Entwicklung*

Recovery verläuft individuell und nicht linear.

### *Kreativer Umgang mit Risiken*

Recovery erfordert kreative, individuelle, teilweise vielleicht auch unkonventionelle Methoden und steht damit dem klassischen Risikomanagement entgegen.

Insbesondere, wenn Betroffene selber ihren Gesundungsprozess im Rahmen von Recovery schildern, wird deutlich, welche Faktoren in diesem Zusammenhang besonders bedeutsam sind – zum Beispiel die Übernahme von Eigenverantwortung und das Entwickeln von Selbsthilfestrategien:

Solange ich mich in Therapie befand, habe ich mich unbewusst wohl auch sehr auf meinen Therapeuten verlassen – ähnlich wie ein Fahrschüler irgendwie die Sicherheit hat, dass der Fahrlehrer neben ihm auch ein Bremspedal hat [...]. Die Therapie war mir sehr hilfreich, doch als es im Grunde nichts mehr bei mir zu therapieren gab, alles gesagt und getan war, da begann die Therapie die eigentliche Heilung zu behindern, nämlich das Gelernte anzuwenden, auf eigenen Beinen zu stehen und Vertrauen in mich selbst zu haben. Ich bin froh, dass ich loslassen musste und durfte. Es hat mich auch frei gemacht (aus: Knuf 2008: 133).

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Gesundung ist die Auseinandersetzung mit der Krankheit. Es geht darum diese anzuerkennen, ohne sie zu idealisieren. „Paradoxerweise können wir nur das ändern, was wir zuvor angenommen haben.“ (ebd.: 234). So beschreibt beispielsweise eine der Betroffenen im Buch die positiven Aspekte ihrer Erkrankung, die sie für sich erkennen konnte, nachdem sie gelernt hatte mit dieser umzugehen:

Ich bin sehr oft froh darüber, dass ich das alles erlebt habe, denn heute kann ich viele Dinge schätzen, die anderen Menschen gar

nicht auffallen. Ich kann anders glücklich sein als andere. Ich kann mich, wie viele Menschen, die an Borderline erkrankt sind, sehr gut in andere hineinfühlen. Diese ‚Antennen‘ für andere Menschen hätte ich wahrscheinlich ohne Borderline nicht und wollte mir das auch nie wegtherapieren lassen. Wenn man gelernt hat, mit Borderline umzugehen, kann man viele positive Seiten davon für sich behalten und nutzen. Die letzten Jahre bezeichne ich als die intensivsten und schönsten, die ich bis jetzt erlebt habe, und ich glaube fest daran, dass man Borderline sehr gut nutzen kann, um sich selbst zu entdecken und viel über Menschen zu erfahren (aus: ebd.: 104).

Die Quelle Hoffnung jedoch stellt wohl den wichtigsten Grundsatz für eine recovery-orientierte Arbeit dar, wie es auch folgende Worte einer Betroffenen spiegeln:

[...] in all meinen Psychiatriejahren [...] erhielt ich eher demotivierende Erklärungen wie: ‚Das wird Ihr Leben lang bleiben.‘ Oder ‚Begraben Sie Ihre Ambitionen [...]‘. Mit Hoffnung und Ermutigung kam ich erst in Berührung, als ich selbst in die Gänge kam. Als ich Menschen fand, die [...] ausreichend Mut besaßen, sich gemeinsam mit mir meinen Psychosen zu stellen. Hoffnung und Halt fand ich erst, als ich zusammen mit ihnen an meiner Recovery arbeitete (aus: Katschnig 2008: 36).

## 2 Verwandte Konzepte

### 2.1 Ermutigung: Empowerment und Recovery

Empowerment weist eine große Nähe zum Konzept des Recovery auf – Empowerment-Prozesse gehen dabei unmittelbar mit Recovery einher.

Empowerment nimmt seinen Ursprung in den Emanzipationsbewegungen der USA, wie beispielsweise der Black-Power-Bewegung. Diese nahmen die Diskriminierung, die ihnen die Gesellschaft entgegenbrachte nicht länger hin, schlossen sich zusammen, wurden sich ihrer Stärken bewusst und lehnten sich gegen ihre Unterdrückung auf (vgl. Knuf 2009: 33).

Empowerment bezieht sich damit zum einen auf Selbsthilfe-Prozesse der Betroffenen:

Menschen verlassen das Gehäuse der Abhängigkeit und der Bevormundung. Sie befreien sich in eigener Kraft aus einer Position der Ohnmacht und werden zu aktiv handelnden Akteuren, die ein Mehr an Selbstbestimmung, Autonomie und Lebensregie erstreiten. Empowerment bezeichnet hier also einen selbstinitiierten und eigengesteuerten Prozess der (Wieder)Herstellung von Selbstbestimmung in der Gestaltung des eigenen Lebens. (Herriger 2012: 1).

Zum anderen aber auch professionelle Unterstützungsangebote: Empowerment ist in diesem Wortsinn programmatisches Kürzel für eine psychosoziale Praxis, deren Handlungsziel es ist, Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrung der eigenen Stärke aneignen und Muster solidarischer Vernetzung erproben können (ebd.).

Möchte man das Empowerment-Konzept umfassend verstehen und nicht nur „definieren“, so sollte man sich insbesondere mit der zu Grunde liegenden Haltung auseinandersetzen. Diese beinhaltet eine Abkehr von einem traditionalistischen und paternalistischen Helfermodell hin zu einer normativ enthaltsamen, ergebnisoffenen und ressourcenorientierten Zusammenarbeit mit dem Klienten (vgl. hierzu z.B. Theunissen 2009).

Herriger (2012: 2) spricht von einer Abkehr von der „Fürsorgepädagogik“, die die Betroffenen in beratende und therapeutische Vollversorgungspakete einpackt, sie zugleich aber auf Dauer von Fremdhilfe abhängig macht und verbleibende Ressourcen von Eigenmächtigkeit entwertet.“

Das Empowerment-Konzept hingegen basiert auf ethischen Grundsätzen, die dieser Logik entgegenstehen (vgl. ebd.): dem Recht des Klienten auf Autonomie und Selbstbestimmung, der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und der Partizipation im Sinne einer Teilhabe an Entscheidungsprozessen und der individuellen Lebensgestaltung.

Hieraus ergeben sich wichtige Prinzipien (vgl. ebd.) für die Soziale Arbeit im Sinne des Empowerment-Gedankens:

- Ressourcenorientierung
- normative Enthaltbarkeit der Helfer
- Die Akzeptanz des So-Seins des Anderen/unbedingte Wertschätzung
- Grundorientierung an einer Rechte-Perspektive
- eine begleitende Haltung

Empowerment – im Sinne der Selbstbefähigung – und Recovery – im Sinne von Gesundung – sind zwei Aspekte, die unmittelbar zusammenhängen. Empowerment bildet die Grundlage für Recovery: ohne Selbstbestimmung und die Übernahme von Verantwortung der Betroffenen ist keine Gesundung möglich.

## 2.2 Gesundheit: Salutogenese und Recovery

Knuf (vgl. 2008: 218 f.) kritisiert insbesondere die – nach wie vor gängige – Vorstellung, nach der es sich bei Krankheit und Gesundheit um Gegensätze handelt. Bestärkt wurde diese Sichtweise vor allem durch die Definition der Weltgesundheitsorganisation, die Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ definiert (Verfassung der WHO, deutsche Übersetzung). Knuf (vgl. ebd.: 219) verweist auf die Tatsache, dass eine solche Beschreibung von Gesundheit uns letztlich alle zu kranken Menschen macht und betont, dass Gesundheit nicht bedeute, frei von Krankheit oder Einschränkungen zu sein, sondern damit gut umgehen zu können.

Gerade diese polarisierte Wahrnehmung (gesund – krank, wertvoll – wertlos, früher – heute) wird im Recovery-Ansatz aufgehoben. Im Recovery-Ansatz wird Gesundheit nicht als ein Leben

ohne psychische Probleme und Krankheiten verstanden, sondern vielmehr, dass Menschen damit möglichst gut umgehen und leben können. Es ist eben ganz ‚normal‘, sich nicht immer gut zu fühlen, sich manchmal im Bett verstecken zu wollen, am eigenen Wert zu zweifeln, sich mit Arbeit, Einkaufen, Alkohol oder Ähnlichem zu betäuben oder manchmal antriebslos zu sein. Jeder Mensch kennt die eine oder andere psychische Krise. Die Überwindung der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit ist ein zentraler Schritt zum Verständnis von Recovery (Knuf 2009: 35).

Genau an dieser Stelle weist das Recovery-Konzept eine große Nähe zum Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky auf. Der Medizinsoziologe wandte sich vor allem gegen eine rein pathogenetische Sichtweise, die die Beschwerden des Patienten in den Vordergrund stellt und gegen ein eindimensionales Modell von Krankheit. Die Ausgangsfrage, die sich Antonovsky dabei stellte, ist die Frage, warum Menschen sich von einer Erkrankung wieder erholen, bzw. warum einige trotz einer sehr hohen Belastung gar nicht erst krank werden (vgl. Antonovsky 1997).

Eine pathologische Orientierung versucht zu erklären, warum Menschen krank werden, warum sie unter eine gegebene Krankheitskategorie fallen. Eine salutogenetische Orientierung, die sich auf die Ursprünge der Gesundheit konzentriert, stellt eine radikal andere Frage: Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position? (ebd.: 15).

Krankheit und Gesundheit sieht Antonovsky dabei nicht als Dichotomie, sondern betont, dass sich jeder Mensch auf einer bestimmten Position eines Kontinuums zwischen Krankheit und Gesundheit befindet (vgl. ebd.: 23). Seine Vorstellung von Gesundheit ist stark von systemtheoretischen Vorstellungen beeinflusst und somit „ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen“ (BZGA 2001: 25). Konkret definiert hat Antonovsky den Begriff Gesundheit jedoch bewusst nie (vgl. ebd.: 28). Wichtige Faktoren für den Gesundheitszustand eines

Menschen sind gemäß Antonovsky vor allem sein „Kohärenzgefühl“ (vgl. Antonovsky 1997: 33). Es beinhaltet die Fähigkeit, äußere Reize kognitiv zu verarbeiten („Verstehbarkeit“), die eigene Überzeugung, Schwierigkeiten bewältigen zu können („Handhabbarkeit“) und „das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet“ (ebd.: 35) („Bedeutsamkeit“) (vgl. ebd.: 33 ff.). Auf der anderen Seite betonte Antonovsky aber auch die Relevanz von Umweltfaktoren, im Sinne von Stressoren und Widerstandsressourcen (vgl. BZGA 2001: 32ff.).

Auch unterschiedliche Bewegungen von Betroffenen wehren sich gegen einen eindimensionalen Blick auf Krankheit. So verweist beispielsweise die Stimmenhörer-Bewegung darauf, dass ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung in ihrem Leben schon einmal Stimmen gehört hat, auch ohne dabei „krank“ zu sein. Stimmen treten dabei häufig bei einer einschneidenden Veränderung auf und können sowohl Kraft spenden, als auch hoch-belastend sein. Eine allgemeingültige Erklärung für das Phänomen gibt es dabei nicht. Die Bewegung betont, dass es möglich ist, die Stimmen als Teil seines Selbst ins eigene Leben zu integrieren (vgl. Netzwerk Stimmenhören e.V. o.J.). Für viele Betroffene ist es wichtig, ihre Identität als schizophrener Mensch abzulegen und die eines „Stimmenhörers“ anzunehmen (vgl. Amering/Schmolke 2007: 76 f.). Ein neuer differenzierter Blickwinkel auf das Phänomen Stimmenhören ist zugleich Grundlage für ein neues Selbstbewusstsein der Betroffenen. Ron Coleman, ein bekannter Aktivist der Bewegung äußerte, nachdem seine Stimmen nach 20 Jahren plötzlich nicht mehr zu ihm sprachen:

Ich erinnere mich noch an Zeiten, als ich, wie wahrscheinlich die meisten anderen Menschen, einen inneren Dialog mit mir führte. 20 Jahre lang habe ich nun stattdessen meine Entscheidungen mit meinen Stimmen diskutiert. Ob ich nun den inneren – schweigenden – Dialog wieder erlernen kann, weiß ich noch nicht (aus: Amering/Schmolke 2007: 76 f.).

### 2.3 Widerstand: Resilienz und Recovery

Das Konzept der Resilienz knüpft genau an den Gedanken von Widerstandsressourcen an und bezeichnet die psychische Widerstandskraft gegenüber Entwicklungsrisiken biologischer, psychologischer oder sozialer Art (vgl. Zander 2008: 18).

Resilienz bedeutet für Menschen, die eine psychische Krankheit durchmachen, einerseits Widerstandskraft, Elastizität, das Wiedergewinnen der ursprünglichen seelischen Ressourcen nach einer Belastung, andererseits aber auch die Fähigkeit, aus widrigen Lebensumständen gestärkt und mit größeren Ressourcen ausgestattet als zuvor herauszukommen. Resilienz ist nicht nur ein Gegengewicht zur Vulnerabilität, sondern auch eine konstruktive Anpassungsleistung, die es der Person ermöglicht Anforderungen zu bewältigen. (Schränk/Amering 2007: 47).

Die Resilienzforschung richtet ihren Fokus auf Menschen, die sich trotz signifikant belastender Lebensumstände gesund entwickeln, bzw. sogar gestärkt daraus hervorgehen – hierbei gilt es vor allem bedeutsame Resilienzfaktoren herauszufiltern.

Resilienz wird dabei als komplexer, multifaktorieller Interaktionsprozess zwischen Umwelt und Individuum verstanden (vgl. ebd.: 19).

Resilienz ist nicht eine gegebene, starre Kraft eines Individuums, sondern eine flexible und situationsangemessen entwickelte Energie. Diese Widerstandskraft beruht auf einem Zusammenspiel verschiedener protektiver Faktoren in der Persönlichkeitsstruktur, der Familie und Umwelt einer Person, die die Wirkung schwerer Belastungen abmildern können (ebd.: 47)

Die Resilienzforschung ermittelte ganz verschiedene Schutzfaktoren, wie z.B. stabile emotionale Beziehungen (vor allem in der Kindheit), ein offenes Kontaktverhalten, frühe Verantwortungsübernahme und die Verfügbarkeit sozialer Modelle (vgl. Schmolke 2008: 42).

Recovery und Resilienz haben unterschiedliche Quellen, Resilienz ist die Kraft und Energie, Recovery die Bewegung, der Prozess. Gemeinsam ist beiden das grundlegende Konzept, die positive

Richtung und Kraft, sich immer wieder gegen Hindernisse, Belastungen und Katastrophen durchzusetzen (ebd.: 44).

### 3 Herausforderungen einer recovery-orientierten Arbeit im Feld der Gemeindepsychiatrie

Eine an Schizophrenie erkrankte Frau, die sich vor vielen Jahren auf einen Recovery Weg begab, auch weil sie zunehmend einen Zusammenhang zwischen ihren Psychosen und traumatischen Erlebnissen in ihrer Kindheit erkannte, beschreibt den Wendepunkt in ihrem Verhalten und die Probleme, auf die sie dabei stieß, wie folgt:

Meine Psychosen als eine Krankheit zu akzeptieren, hieße einfach die Hände in den Schoß zu legen und mich widerstandslos den grässlichen Nebenwirkungen der hohen Antipsychotikadosen auszuliefern. Das aber erschien mir unvereinbar mit all dem, was ich mir aufgebaut hatte. Stattdessen wollte ich lernen, meine psychotischen Erfahrungen zu benennen, davon zu erzählen und ihre Bedeutung zu ergründen. Allerdings ist dies ein Behandlungsbedürfnis, das – allen nachfrageorientierten Konzepten zum Trotz – im Versorgungsangebot nicht berücksichtigt wird. Eine psychiatrische Vorgeschichte mit Psychosen ist eine Kontraindikation für vernünftige Gespräche aller Art. Ich habe bemerkt, dass Ärzte und Therapeuten es nicht wagen, mit Leuten, die psychotisch reagieren, in einer dunklen Vergangenheit zu wühlen. Außerdem gibt es dafür keine Leitlinien. Meiner Ansicht nach erfordert ein derartiges Vorgehen vor allem viel Mut. Von den Hilfeeempängern und von den Hilfeleistenden (aus: Katsching 2008: 33).

An dieser Aussage wird sehr deutlich, dass es beim Recovery durchaus sehr stark auf das Engagement des Betroffenen ankommt, allerdings sind auch grundsätzliche Veränderungen im Hilfesystem notwendig, ohne die die Bemühungen der Betroffenen u.U. „im Sande verlaufen“, da sie nicht die adäquate Begleitung und Unterstützung erhalten. Im Rahmen dieser strukturellen Veränderungen haben Professionelle, Betroffene, Angehörigen und auch Peers eine neue Rolle.

### 3.1 Strukturelle Veränderungen

In der Praxis gibt es zunehmend konkrete Ansätze zur Umsetzung von Recovery – wie z.B. den Einsatz von Peers, Selbstmanagementprogramme für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, recovery-orientierte Therapieprogramme bei psychotischen Störungen oder auch Konzepte zur Verankerung von Recovery in der psychiatrischen Pflege (vgl. hierzu z.B. Burr et al. 2013a und Utschakowski 2016). Um den Recovery-Gedanken in Einrichtungen und Diensten der gemeindepsychiatrischen Versorgung verankern zu können, muss vor allem das bestehende handlungsleitende Paradigma verändert werden (vgl. Farkas 2013: 79). Häufig stößt man bei diesem Versuch allerdings auf Widerstände, wie Ängste oder den Wunsch nach „Rezepten“ (vgl. ebd.: 82). Teilweise existiert auch die Vorstellung, Recovery könne als zusätzliches Projekt – z.B. angeregt durch entsprechende Schulungen des Personals – sozusagen als „Beiwerk“ etabliert und die Arbeit wie bisher fortgeführt werden (vgl. ebd.). Dabei geht es bei der Recovery-orientierung in Institutionen jedoch vielmehr um einen umfassenden Prozess, der eine veränderte Organisationskultur, spezielle Ressourcen, Fähigkeiten und nicht zuletzt eine Bereitschaft aller Beteiligten erfordert (vgl. ebd.). Werte, die Recovery dienlich sind, sind vor allem die Abkehr von der Konzentration auf pathologische Aspekte hin zu einem ganzheitlichen, ressourcenorientierten Blick auf die Klient\*innen, eine partnerschaftliche Haltung ihnen gegenüber und die Ermöglichung von Wahlfreiheit (vgl. ebd.: 83 f.). Viele Einrichtungen und Dienste des gemeindepsychiatrischen Systems schreiben sich diese Prinzipien auf die Fahnen, praktizieren aber – teilweise sehr subtil – ganz andere Grundsätze (vgl. ebd.). Allein das Beispiel getrennter Toiletten von Fachpersonal und Klient\*innen zeigt, dass dies nichts mit einer Begegnung auf Augenhöhe zu tun hat (vgl. ebd.: 84). Die Prinzipien von Recovery müssen im Verhalten der Mitarbeiter\*innen verankert sein und sich in ihren konkreten Interventionen widerspiegeln (Repper et al 2013: 93 ff.).

### 3.2 Die Rolle der Professionellen

Professionelle befürchten im Rahmen von Recovery-Ansätzen nicht selten einen Machtverlust oder eine De-professionalisierung (vgl. Schrank/Amering 2007: 47). Tatsächlich setzt eine recovery-orientierte professionelle Arbeit die Bereitschaft zur Abgabe von Macht voraus, da die Rolle der Fachkräfte hier eine Veränderung erfährt: Es sind weniger ihre Fähigkeiten als Expert\*in mit Deutungshoheit gefragt, als vielmehr die Begleitung der Klient\*innen im Rahmen einer Beziehung auf Augenhöhe, einer Begegnung von Mensch zu Mensch. Es geht darum, dass Betroffene und Mediziner\*innen sich austauschen, kooperieren, Entscheidungen gemeinsam treffen – das Modell der Compliance, in dem vor allem das Machtgefälle zwischen Ärzt\*in und Patient\*in betont wird, darf hierbei keine Rolle spielen (vgl. Amering 2008: 207). Professionelle sind also dazu angehalten, ihr eigenes Rollenverhalten zu überdenken (vgl. Knuf/Bridler 2008: 29). „Der Recovery-Ansatz zeigt uns, dass professionell Tätige dann besonders hilfreich sind, wenn sie als Personen spürbar sind, nötigenfalls auch zu unkonventionellem Verhalten bereit sind und sich nicht hinter einer professionellen Maske verstecken“ (ebd.). Hierzu ist eine hohe Sensibilität gefragt. So gilt es beispielsweise distanzschaffende Statussymbole – wie den weißen Kittel – zu vermeiden (vgl. Knuf 2009: 45). Es gilt aber auch, das eigene Handeln gut zu reflektieren, denn der „Sog in Richtung Defizit, Fremdbestimmung, Resignation“ ist groß (ebd.: 37). Dabei gilt es immer ein Gleichgewicht zwischen „der Würde des Risikos und der Pflicht, sich zu kümmern“ (vgl. Burr et al. 2013b: 19) herzustellen, d.h. sowohl bevormundende Handlungen aber auch Vernachlässigung zu vermeiden.

Professionelle sollten sich dabei auch ihrer Peer-Qualitäten bewusstwerden (indem sie beispielsweise ihre eigenen psychischen Krisen und ihre Ähnlichkeiten zum Klienten reflektieren) (vgl. Knuf/Bridler 2008: 30). In vielen psychiatrischen Teams herrscht auch heute noch eine Kultur, in der Fachpersonen ihre eigene Krisenerfahrung zu verbergen versuchen, anstatt sich mit ihrer eigenen Verletzlichkeit einzubringen und diese auch als Qualifizierung

für ihre eigene Tätigkeit zu verstehen (Knuf 2009: 44).

Des Weiteren sollten Professionelle dazu in der Lage sein, sich auf individuelle Lösungen einzulassen:

Viele Menschen, die sich von psychischen Erkrankungen erholt haben, wissen, dass ihnen nicht nur wissenschaftlich evidenzbasierte Angebote geholfen haben. Oft waren es ganz individuelle, originelle Ansätze, die halfen, wie zum Beispiel spezielle Lebens- und Beziehungsformen, Interventionen aus dem komplementärmedizinischen und Selbsthilfebereich oder subjektive Erklärungsmodelle für die psychiatrischen Probleme. [...]. Die behandelnden Fachleute sind manchmal geneigt, von solchen originellen Entscheidungen abzuraten, da wissenschaftliche Daten über ihre Wirksamkeit fehlen. Für die Betroffenen sind aber häufig gerade diese persönlichen Hilfen von grosser [sic] Bedeutung (Amering/Schmolke 2006: 21).

Für die Betroffenen ist der Aspekt der Hoffnung zentral: „Gene- sung ist nur möglich, solange es Hoffnung gibt.“ (Knuf 2008: 238). Kann er selber keine Hoffnung aufrechterhalten, ist es wichtig, dass andere dies für ihn tun (vgl. ebd.). Die Vermittlung von Hoffnung, Zuversicht und Vertrauen – im Sinne eines uner- schütterlichen Optimismus, dass es den Betroffenen wieder bes- sergehen kann – ist daher eine ganz entscheidende Anforderung an die in der recoveryorientierten Psychiatrie Tätigen (vgl. Knuf/Bridler 2008: 28). Dabei sind es vor allem die Handlungen – und nicht ein bloßes Zureden – die den Klienten Zuversicht ver- mitteln (vgl. ebd.). Die Hoffnung der Professionellen zeigt sich in ihrer Geduld, in ihrer Aufmerksamkeit für kleine Erfolge und in ihrer Haltung „Krisen nicht als Katastrophen zu verstehen“ (ebd.). Eine besondere Herausforderung sind dabei gerade die Personen, die keine offensichtlichen Fortschritte machen (ebd.). Wichtig für Professionelle ist in diesem Zusammenhang, dass sie sich nicht von der Hoffnungslosigkeit Anderer anstecken lassen, sondern diese mit ihrer Zuversicht selber anstecken (vgl. ebd.: 29). Kon- kret hilfreich für eine zuversichtliche Haltung kann es u.a. sein Kontakt zu ehemaligen Patient\*innen zu vermitteln, denen es wieder bessergeht (vgl. ebd.). Knuf (vgl. 2009: 38) betont, die

Hoffnung der Professionellen müsse an der Realität ausgerichtet sein und Offenheit für alle Möglichkeiten demonstrieren – gleichzeitig dürften Fachleute aber auch nicht auf unrealistische Weise positiv sein, „denn sonst entstünden eben doch ‚falsche‘ Hoffnungen, die wiederum demoralisierend wirken können, wenn sie sich als unerfüllbar erweisen“ (ebd.).

In diesem Zusammenhang schildert eine Betroffene anhand eines Beispiels, wie wichtig es ist, dass die Menschen im Umfeld der Betroffenen diesen mit einer hoffnungsvollen Haltung begegnen. Sie erinnert sich daran, wie ihre Großmutter sie, während einer Phase, in der sie selber sich sehr stark zurückzog, immer wieder monatelang – ganz unaufdringlich – dazu einlud, das Zimmer zu verlassen und mit ihr einkaufen zu gehen, bis sie schließlich zustimmte. Heute empfindet sie dies als wichtigen ersten Schritt auf ihrem Recovery Weg und äußert über ihre Großmutter:

Sie war erfüllt von Hoffnung für mich. Sie ermunterte mich dazu, über die Schwelle und dadurch hinaus in die Welt zu gehen. Sie wusste um einen Pfad in eine bessere Zukunft für mich. Sie akzeptierte, dass ihre Macht begrenzt war, verlor jedoch nie ihre hoffnungsvolle Grundüberzeugung. Sie konnte nicht an meiner Stelle über diese Schwelle heraus in die Welt gehen, aber sie lud mich ein, zusammen mit ihr über diese Schwelle zu treten. (aus: Burr et al. 2013b: 17)

### 3.3 Die Rolle der Betroffenen

Die Rolle der Betroffenen im Rahmen einer recovery-orientierten psychiatrischen Arbeit räumt diesen die Entscheidungskompetenz, aber auch Eigeninitiative ein. Sie stellt gerade deshalb auch hohe Anforderungen, weil sie aus einer – manchmal bequemen – Passivhaltung entlässt. Eine Betroffene verdeutlicht dies mit der folgenden Aussage:

Um zu genesen, musste ich mich vom Wunsch verabschieden, dass mich Psychiater ‚reparieren‘ konnten. Ich musste mich vom Mythos verabschieden, dass psychiatrische Behandlungen mich kurieren konnten. Stattdessen musste ich meine gesamte vorhandene Energie mobilisieren. Ich musste eine aktive

Partnerin in meinem Recovery werden (aus: Burr et al. 2013b: 16).

Es geht also darum, die Patient\*innenrolle, die nahe legt, dass Hilfe vor allem aus dem Umfeld kommt, abzulegen, seinen Eigenwert, vorhandene Stärken und Schwächen anzuerkennen und vor allem selber Verantwortung übernehmen, um somit letztlich vom „victim to victor“ (vom Opfer zum Sieger) zu werden (vgl. Amering/Schmolke 2007: 152).

Die eigene Krisenerfahrung zu bewältigen und anzunehmen ist [dabei] eine der größten Herausforderungen, denen sich psychiatrierfahrene Menschen auf ihrem Gesundungsweg stellen müssen. Die Erschütterung des eigenen Selbstverständnisses, der Verlust des Gefühls Herr / Frau des eigenen Innenlebens, der eigenen Gedanken und Gefühle zu sein, bedeutet eine existentielle Bedrohung, die es auszuhalten und zu überwinden gilt (Knuf/Bridler 2008: 30).

So ist die Überwindung von Gefühlen der Scham und der Selbststigmatisierung ein wesentlicher Teil des Gesundungsprozesses (vgl. ebd.). Hinzu kommt die Notwendigkeit von Trauerarbeit über das „ungelebte Leben“ (ebd.) – im Sinne von Lebensentwürfen, Plänen und Träumen, die aufgrund der Erkrankung nicht verwirklicht werden konnten (vgl. ebd.).

Die Rolle der Patient\*innen, bzw. Klient\*innen zeichnet sich also durch ein hohes Maß an Aktivität und Verantwortung aus. Demzufolge begegnen uns Betroffene im Rahmen des Recovery-Konzeptes nicht nur als Klient\*innen, sondern als Redner\*innen, Autor\*innen, Aktivist\*innen, Vertreter\*innen der Selbsthilfe oder auch Kolleg\*innen (vgl. Amering 2008: 204). Außerdem werden sie zunehmend mehr in die Forschung eingebunden, bzw. selber forschend tätig (vgl. hierzu z.B. Wallcraft 2008).

### 3.4 Die Rolle der Peers

Peer-Arbeit gewinnt im Rahmen der Psychiatrie zunehmend an Bedeutung (vgl. hierzu z.B. Utschakowski et al. 2009). Bei recovery-orientierten Ansätzen ist die Bedeutung von Peers besonders hoch, denn sie können den Betroffenen – aufgrund ihrer

eigenen Erfahrungen – besonders gut Mut und Hoffnung spenden (vgl. Knuf 2009: 37).

Peers sind unter anderem hilfreich, weil sie sich nicht hinter einer professionellen Rolle verstecken können, sondern als Personen spürbar sind und sich mit ihren eigenen Erfahrungen einbringen – sowohl mit ihrer positiven Genesungs- wie auch mit ihrer eigenen Krisenerfahrung. Professionell Tätige haben hingegen oft gelernt, bewusst eine professionelle Distanz zu wahren und sich mit ihren eigenen Erfahrungen gar nicht oder nur wenig einzubringen (ebd.: 44).

Noch bevor Recovery ein professionelles Handlungskonzept wurde, waren es vor allem die Betroffenen selber, die diesen Gedanken entwickelten und weitertrugen, schon damals auch im Rahmen von Peer-to-peer Arbeit (vgl. ebd.: 41). Um diese in Institutionen hinreichend verankern zu können, ist es wichtig, dass die Strukturen nutzerorientiert und partizipativ sind und ein dialogischer Austausch stattfindet (vgl. ebd.). Peers benötigen neben einer entsprechenden Qualifizierung auch eine gute Vernetzung. Wichtig ist vor allem auch eine angemessene Bezahlung der Tätigen (vgl. ebd.). Dabei sollte die Arbeit der Peers keine Sparmaßnahme sein, die dazu verleitet, an anderen Stellen Abstriche zu machen, sondern eine sinnvolle und wichtige Ergänzung zur Arbeit der Professionellen (vgl. ebd.).

#### 4 Fazit

Die Förderung von Recovery – im Sinne eines vielschichtigen Prozesses im Rahmen dessen es einem psychisch kranken Menschen gelingt, ein zufriedenes und aktives Leben zu führen, bzw. teilweise wieder ohne Symptome zu leben – stellt einen zunehmend beachteten Ansatz in der Psychiatrie dar. Die Hoffnung auf ein Mehr an Lebensqualität, die Übernahme von Verantwortung und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung durch die Betroffenen, individuelle Lösungen, der Mut, Risiken einzugehen und multidimensionale Hilfen (durch Angehörige, Peers und Professionelle) sind wichtige Faktoren, die zum Gelingen dieses Prozesses beitragen können.

Recovery-orientierte Arbeit wird bei psychosozialen Einrichtungen und Diensten zunehmend populärer, setzt allerdings strukturelle Veränderungen voraus und bringt veränderte Rollenverhältnisse mit sich. Vor allem eine multiprofessionelle, personenzentrierte, ressourcenorientierte, ganzheitliche und offene Arbeitsweise ist dabei eine entscheidende Grundlage. Dies setzt bei Fachkräften die Bereitschaft zur Abgabe von Macht und eine veränderte Haltung voraus. Sie sollten dem/der Klient\*in authentisch, auf Augenhöhe und vor allem hoffnungsvoll begegnen können. Gleichzeitig müssen auch die Betroffenen selber ein erhöhtes Maß an Aktivität und Initiative entwickeln, bzw. Eigenverantwortung übernehmen. Die Peer-Arbeit bildet eine weitere wichtige Säule in recoveryorientierten Ansätzen.

Die Chance in diesem Ansatz liegt darin, die destruktive Macht defizitorientierter, pathologisierender und pessimistischer Denkmuster zu zerstören und psychische Erkrankung als vielschichtiges Phänomen zu begreifen, dass der Auseinandersetzung im Sinne eines Dialogs und eines Entwicklungsprozesses bedarf: auf dem Weg gibt es nicht immer eine Landkarte und das Steuer hält v.a. der Betroffene selbst in der Hand!

## Literatur

- Abderhalden, Christoph et al. (Hg.) (2008): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen. 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern. Online verfügbar unter: [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband\\_2008.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_2008.pdf), zuletzt geprüft am 13.09.2018.
- Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2006): Hoffnung - Macht - Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. In: Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie. 01/2006.
- Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Amering, Michaela (2008): Empowerment der Profis durch Empowerment der Betroffenen? In: Amering, Michaela (Hg.): Hoffnung Macht Sinn. Schizophrene Psychosen in neuem Licht: Beiträge der 9. Tagung zur subjektiven Seite der Schizophrenie. Wien: Facultas-Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Burr, Christian et al. (Hg.) (2013a): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Burr, Christian et al. (2013b): Ohne Hoffnung gibt es kein Recovery! Ein Interview mit Patricia Deegan. In: Burr, Christian et al. (Hg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag.
- BZGA (HG.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZGA. Online verfügbar unter [http://www.bzga.de/botmed\\_60606000.html](http://www.bzga.de/botmed_60606000.html), zuletzt geprüft am 13.09.2018.
- Davidson, Larry (2013): Recovery-Förderung durch Psychotherapie und andere Mittel. In: Burr, Christian et al. (Hg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Farkas, Marianne (2013): Recovery-Orientierung in Institutionen verankern. In: Burr, Christian et al. (Hg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Herriger, Nobert (2012): Grundlagentext Empowerment. Online verfügbar unter: <http://www.empowerment.de/grundlagen/>, zuletzt geprüft am 13.09.2018.
- Knuf, Andreas/Bridler, Sabina (2008): Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie? In: Abderhalden, Christoph et al. (Hg.): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen. 5. Dreiländerkongress Pflege in der

Psychiatrie in Bern. Online verfügbar unter: [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband\\_2008.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_2008.pdf), zuletzt geprüft am 10.09.2013.

- Katschnig, Heinz (2008): Die Schizophrenie und ihr Verlauf: Mythen und Daten. In: Michaela Amering (Hg.): Hoffnung Macht Sinn. Schizophrene Psychosen in neuem Licht: Beiträge der 9. Tagung zur subjektiven Seite der Schizophrenie. Wien: Facultas-Verlag.
- Knuf, Andreas (2008): Gesundung ist möglich! Borderline-Betroffene berichten. Bonn: Balance, Buch und Medien-Verlag.
- Knuf, Andreas (2009): Recovery, Empowerment und Peer-Arbeit. In: Jörg Utschakowski (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Needham, Ian et al. (2008): Passen Recovery und psychiatrische Pflege zusammen? In: Abderhalden, Christoph et al. (Hg.): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen. 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern. Online verfügbar unter: [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband\\_2008.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_2008.pdf), zuletzt geprüft am 13.09.2018.
- Netzwerk Stimmenhören e.V. (o.J.): <http://www.stimmenhoe-ren.de>, zuletzt geprüft am 13.09.2018.
- Repper, Julie et al. (2013): Strukturelle Voraussetzungen von Recovery-Orientierung. ImROC: Ein Projekt aus England. In: Burr, Christian et al. (Hg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schmolke, Margit (2008): Resilienz und Recovery – Konzepte und Daten zur Personenorientierung. In: Amering, Michaela (Hg.): Hoffnung Macht Sinn. Schizophrene Psychosen in neuem Licht: Beiträge der 9. Tagung zur subjektiven Seite der Schizophrenie. Wien: Facultas-Verlag.

- Schrank, Beate/Amering, Michaela (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Theunissen, Georg (2009): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Utschakowski et al. (Hg.) (2009): Von Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski et al. (Hg.) (2016): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wallcraft, Jan (2008): NutzerInnen als ForscherInnen. In: Michaela Amering (Hg.): Hoffnung Macht Sinn. Schizophrene Psychosen in neuem Licht: Beiträge der 9. Tagung zur subjektiven Seite der Schizophrenie. Wien: Facultas-Verlag.
- Zander, Margherita (2008): Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.



Antje Fischle

## Kooperation in fallbezogenen Netzwerken. Bildungsteilnahme von Schüler\*innen im autistischen Spektrum durch schulische Assistenz

### 1 Einleitung

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention erhielt die gemeinsame Beschulung von Kindern mit und ohne Behinderung neue Impulse. Seitdem steigt die Zahl von Schüler\*innen mit besonderen Förderbedarfen in allgemeinen Schulen bundesweit von 15.7% im Jahr 2006 auf 37.7% im Schuljahr 2015/16<sup>1</sup>. Inwieweit die Zahlen auf Schüler\*innen im autistischen Spektrum zutreffen bleibt jedoch unklar, da ein eigener Förderschwerpunkt Autismus erst ab 2011/12 erhoben wird, darüber hinaus die Schüler\*innen weiterhin in anderen Förderschwerpunkten gemeldet werden, bzw. in einigen Bundesländern keinem Förderschwerpunkt zugeordnet werden. Trotz der Unsicherheit in den Zahlenangaben zeigt sich jedoch durchgehend der Trend, Schüler\*innen im autistischen Spektrum verstärkt inklusiv zu beschulen.

Dabei stellt die inklusive Beschulung der Schüler\*innen im autistischen Spektrum aufgrund der großen Heterogenität innerhalb der Gruppe, es gibt nicht den typischen Schüler mit Autismus da die Qualität der Phänomene sowie das Ausmaß der Ausprägung stark schwankt, eine besondere Herausforderung dar. Zusätzlich fehlen häufig spezifische Kenntnisse bezogen auf die untypische Entwicklung der Schüler\*innen und ihre Auswirkung auf die notwendige Unterstützung im Schulalltag. Schüler, Eltern und Lehrkräfte erleben den Schulalltag üblicherweise als herausfordernd, wenn nicht belastend. Die Besonderheiten im Umgang mit den autistischen Schüler\*innen und die aus der untypischen Entwicklung resultierenden Schwierigkeiten im Lernen bedürfen einer individuellen Begleitung und Unterstützung, um die

---

<sup>1</sup> Sekretariat der ständigen Kultusministerkonferenz in der Bundesrepublik Deutschland

Bildungsteilhabe der betroffenen Schüler\*innen zu verwirklichen. Aktuell wird die Bildungsteilhabe durch individuell angepasste Unterstützungsmaßnahmen umgesetzt, die die UN-Behindertenrechtskonvention zur Gewährleistung des gleichen Rechts auf Bildung vorsieht, und aus der sich der individuelle Anspruch auf Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch (SGB) XII § 53 und §54; SGB VIII § 35a; Bundesteilhabegesetz (BTHG) §112) ergibt. Meist wird dem in Form von schulischer Assistenz (auch Integrationshilfe, Integrationsassistenz, Schulbegleitung) Rechnung getragen.

Kinder und Jugendliche im autistischen Spektrum besuchen mittlerweile alle Schulformen der allgemeinen sowie der Förderschulen und erhalten innerhalb wie außerhalb der Schule oft umfangreiche Förderung durch Sonderpädagog\*innen, schulische Assistenz und Therapie. In der Praxis ist aber festzustellen, dass die schulische Situation von Schüler\*innen im autistischen Spektrum von allen Beteiligten als unbefriedigend erlebt wird, was auch auf die unzureichende Kooperation der Akteure von Schule, Eingliederungshilfe und Therapie zurück zu führen ist. Bisher vorliegende Handreichungen und Empfehlungen sind offensichtlich noch nicht ausreichend um die Situation für alle Beteiligten zu friedensstellend zu gestalten.

Schwerpunkt bisheriger Studien zu schulischer Assistenz (Schmidt 2017; Beck et al. 2010; Dworschak 2012a & 2012b; Henn et al. 2014; Kißgen et al. 2016; Lindemann & Schlarmann 2016; Lindmeier et al. 2014; Markowetz & Jerosenko 2016) ist vor allem der Tätigkeitsbereich und die Rollen der schulischen Assistenz sowie deren Wirkung. Trotz großer Übereinstimmung in der Wahrnehmung der Aufgaben von schulischer Assistenz von allen am Schulalltag Beteiligten, werden hier auch Rollenkonflikte deutlich und die noch wenig gesicherte Position der schulischen Assistenzen zwischen den Erwartungen der anderen am Prozess beteiligten Akteure. Leicht geraten die Assistenzen zwischen die Fronten von unterschiedlichen Ansprüchen und fachlichen Überzeugungen, was im Anbetracht des hierarchischen Gefälles zwischen den Beteiligten ein besonderes Konfliktpo-

tential andeutet. Zusätzlich mangelt es den schulischen Assistenzen selbst oft an einem klaren Rollenverständnis (Mays 2016). Vor diesem Hintergrund initiierte der Autismus Landesverband NRW e.V. eine Untersuchung um gute und hemmende Bedingungen der Kooperation der relevanten Akteure im schulischen und schulisch relevanten Umfeld der Schüler\*innen im autistischen Spektrum zu identifizieren und zur Klärung von (angemessenen) Rollen und Aufgaben der beteiligten Akteure innerhalb der fallbezogenen Kooperation im unterstützenden Netzwerk beizutragen.

Im Rahmen dieses qualitativen Forschungsprojektes zur Bildungsteilhabe durch schulische Assistenz, (Kron, Schmidt & Fischle 2018), befragte die Forschungsgruppe die unmittelbaren Akteure (s.u.) des unterstützenden Netzwerkes von 20 Schülerinnen und Schülern im autistischen Spektrum. Zusätzlich wurden, wo möglich, mit dem Einverständnis der Eltern, auch die Schülerinnen und Schüler befragt. Die 85 teilnehmenden Interviewpartner wurden unter anderem zu den Rollen und Aufgaben der Akteure, sowie zu ihrer Kooperation im unterstützenden Netzwerk der Schüler\* befragt, anschließend folgte eine inhaltsanalytische Auswertung. Dem folgenden Artikel liegt der Forschungsbericht des o.g. Forschungsprojektes zugrunde.

Im Folgenden Artikel wird zunächst auf die Situation und Notwendigkeit der Kooperation und Netzwerkarbeit in der Schule eingegangen, anschließend das Thema Kooperation konkretisiert, sowie folgend am Beispiel der fallbezogenen Netzwerke und ihrer Kooperation bei Schüler\*innen im autistischen Spektrum, die durch schulische Assistenzen unterstützt werden, dargestellt.

## 2 Kooperation und Netzwerkarbeit im schulischen Zusammenhang

„Inner- und außerschulische Kooperation und Netzwerkbildung in der Schule sind wichtige Elemente zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, ganzheitlichen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen“ (ebd.). Der

schulische Alltag ist von zunehmender Komplexität und den wachsenden Anforderungen an die Zusammenarbeit mit schulischen sowie außerschulischen Partnern geprägt. Die schulischen und außerschulischen Akteure sollen ihre Zusammenarbeit koordinieren um Synergien zu schaffen um ihre Ressourcen bestmöglich zu nutzen und Möglichkeiten der emotionalen Entlastung zu schaffen. Dabei spielt einerseits die professionsübergreifende Kooperation innerhalb (Allgemeinpädagogen, Sonderpädagog\*innen, Sozialarbeiter) und außerhalb (Erzieher\*innen, Sozialpädagog\*innen, therapeutische Fachkräfte, Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe) der Schule eine immer wichtigere Rolle, andererseits die Kooperation mit semiprofessionellen (schulische Assistenz) und nicht professionellen Akteuren (Eltern).

Schon die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit inner- und außerschulischen Partnern läuft nicht immer reibungslos. Sie ist von unterschiedlichen beruflichen Ausrichtungen, Arbeitsstilen und persönlichen Erfahrungshintergründen geprägt, die Beteiligten sind in unterschiedlichen Institutionen und Feldern tätig, die ihr Professionsprofil und die damit verbundenen Interaktionsmuster nachhaltig beeinflussen. Sie alle haben eigene Werte in Bezug auf eine gelingende Zusammenarbeit und oft verschiedene Erwartungen an die multiprofessionelle Kooperation und die Förderung der Schüler\*innen. Fuhse (2016, S. 167) versteht dabei „eine Institution als kulturelles Modell für die Interaktion“, wobei „soziale Netzwerke unter anderem durch kulturelle Modelle für Beziehungen zwischen sozialen Kategorien und zwischen Familienrollen geprägt“ werden.

Die kulturellen Modelle der Interaktion unterscheiden sich bei den Beteiligten teils erheblich, z.B. zwischen Lehrkräften und Therapeuten, teilweise, wie bei den Schulbegleitern, kann noch nicht von einem gefestigten kulturellen Modell der Interaktion ausgegangen werden. Die daraus resultierenden Rollen- und Aufgabenunklarheiten erschweren ihnen das Agieren und Interagieren. Unter diesem Gesichtspunkt, werden die Schwierigkeiten für eine Kooperation leicht verständlich.

Trotzdem sind die Synergieeffekte einer Kooperation nicht zu übersehen. So zeigen Fussangel und Gräsel (2012) das in Schulen, die hinsichtlich der Leistungen der Schüler\*innen erfolgreich sind, mehr kooperiert wird. So entwickeln Lehrkräfte die mit Kolleg\*innen kooperieren z. B. ein gemeinsames Verantwortungsgefühl für die Schüler\*innen und können so besser auf ihre Bedürfnisse eingehen (Gräsel, Fussangel & Pröbstel 2006). Die Kooperation hat in ihrer Interaktionsdichte merkliche Auswirkungen auf die schulische Motivation und auf den Schulerfolg der Schüler\*innen (Rürup et al. 2015). Aber nicht nur die Schüler\*innen profitieren, die Zusammenarbeit der Beteiligten kann u.a. dazu genutzt werden

- gegenseitige Wissenserweiterung zu erreichen
- wechselseitig Hilfestellung zu geben und zu erhalten
- eine bessere Selbstwahrnehmung zu errichten
- die Schüler\*innen besser zu verstehen
- Rückmeldungen zu holen und zu geben
- Die bisherige Arbeit in ihrer Wirkung und Verlauf zu reflektieren und gemeinsam weitere Schritte zu überlegen
- von der Expertise der anderen zu profitieren und so ein mehrperspektivisches Verständnis zu entwickeln

### 3 Kooperation

#### Formen und Bedingungen von Kooperation

Nach Spieß (2007) bedeutet Kooperation mehr, als sich in irgendeiner Weise aufeinander zu beziehen. „Kooperation zeichnet sich durch bewusstes und planvolles Handeln bei der Zusammenarbeit sowie durch Prozesse der gegenseitigen Abstimmung aus. Von den Partnern der Kooperation werden die öffentlich anerkannten Regeln und Verfahren akzeptiert. Kooperation besteht aus dem Grundgedanken von Gegenseitigkeit und Reziprozität. Kooperation gilt somit als sozialetische Norm, als Strukturprinzip von Gruppen und Organisationen sowie als Verhaltens- und Organisationsform“ (ebd., S. 339).

Der handlungsorientierte Begriff der Kooperation muss von Be-

griffen wie Teamarbeit und Netzwerkarbeit abgegrenzt werden. Kooperation kann innerhalb von Teams oder Netzwerken stattfinden, Teams und Netzwerken implizieren wiederum das Vorliegen gewisser Kooperationsstrukturen.

In Anlehnung an Gräsel et al. (2006) können, hinsichtlich der vom Autor genannten Kernbedingungen - Vertrauen, Autonomie, gemeinsame Ziele - drei Formen der Kooperation unterschieden werden. Diese ursprünglich auf die Kooperation von Lehrkräften bezogene Struktur lässt sich auch auf weitere Netzwerkpartner anwenden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Kooperationsformen und ihre konstitutiven Elemente (Kron, Schmidt & Fischle, S. 46)

<b>Kooperationsform</b>	<b>Elemente</b>	<b>Kernbedingungen von Kooperation</b>
<b>Austausch</b>	Wechselseitige Weitergabe von Informationen und Materialien, Aufsuchen und Anbieten von Rat und Unterstützung	Zielinterdependenz nicht erforderlich Vertrauen nur rudimentär nötig
	Gelegenheitscharakter	
	Ziel: Austausch sowie gegenseitige Unterstützung	Hohes Ausmaß an Autonomie
<b>Arbeitsteilige Kooperation</b>	Low-Cost Zeitaufwand und Konfliktpotential)	(wenig und
	Aufgabenstruktur und Arbeitsteilung nahelegt; Zusammenführung über förderliche Bedingungen	die und Gegenseitiges Vertrauen vorausgesetzt
	Ziel: Effizienzsteigerung und Ökonomie	Autonomie weitestgehend erhalten
<b>Ko-Konstruktion</b>	Intensiver Austausch und gegenseitige Bezugnahme des individuellen Wissens für gemeinsame Problemlösung (Ko-Konstruktion)	Zielinterdependenz erforderlich Vertrauen existentiell
	Ziel: maximale Effektivität in Entscheidungen sowie Weiterentwicklung eigener Kompetenz und Arbeitsqualität	Abstimmung des Arbeitsprozesses eingeschränkte Autonomie
	High-Cost (vgl. o.)	

Nach Gräsel et al. (2006) haben alle Formen der Kooperation im Schulalltag ihre Berechtigung und es werden hinsichtlich der Effektivität keine pauschalen Aussagen getroffen. Mayer (2017) nimmt allerdings an, dass vor allem durch Ko-Konstruktion innerhalb eines reflektierten Dialogs Professionalisierungseffekte in Form von erweiterter Handlungskompetenz und Wissen entstehen können.

Über die Grundbedingungen von Gräsel et al. hinaus, wurden von anderen Autoren auf der strukturellen Ebene z.B. Zeit und Raum für Kooperation, klare Rollen- und Funktionszuordnungen, identifizierbare und bedeutsame Beiträge zum Arbeitsprozess, Unterstützungsstrukturen wie Beratung oder Supervision genannt, auf personaler Ebene z.B. Motivation der Beteiligten, Bereitschaft zur Selbstreflexion, Empathie, prosoziale Orientierung oder Konfliktlösungskompetenz, sowie auf interaktionaler Ebene z.B. gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung der jeweiligen Autonomie und Expertise, ähnliche Normen und Werte, Toleranz für Meinungsverschiedenheiten, und die Kommunikation von gegenseitigen Erwartungen als gute Bedingungen für eine gelingende Kooperation beschrieben.

#### 4 Das fallbezogene Netzwerk

##### Team oder Netzwerk

Arbeitsteams und Netzwerke unterscheiden sich vor allem durch das Maß ihrer Strukturierung und durch das Maß an Freiwilligkeit in der Zusammenarbeit.

Ein Team zeichnet sich ein Kreis von Personen aus, die auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten und sich dabei bewusst ergänzen. Im sozialen Feld zeichnet sich ein Team im Unterschied zu einem Netzwerk durch eine Struktur aus, die durch eine gegebene Arbeitssituation innerhalb einer Organisation bestimmt ist und hierarchisch geprägt sein kann. Die Mitglieder des Teams stehen in der Regel durch vorgegebene Funktionszuschreibungen, die eine Kooperation indiziert, fest.

Im Unterschied dazu existieren Netzwerke nach Rürup et al. (2015) zwischen unterschiedenen Entitäten, die durch Ordnungs-

strukturen zu einem Beziehungssystem verbunden werden. Schönig und Motzke (2016, S. 19) definieren Netzwerke als „eine Struktur von Verbindungen unabhängiger Akteure, die gemeinsam ein Thema bearbeiten und dazu ihre Ressourcen einsetzen. Das Netzwerk ist operativ offen und weitgehend ohne Hierarchien, darüber hinaus ist es ein nicht von vorneherein befristeter Zusammenschluss mehrere Akteure“. Die Kooperation der Mitglieder eines Netzwerkes erfolgt freiwillig mit hoher individueller Autonomie. Netzwerkpartner verfolgen sowohl gemeinsame wie auch individuelle Ziele. Ein Netzwerk hat eine dynamische Struktur, die beteiligten Akteure und ihre Rollen können wechseln.

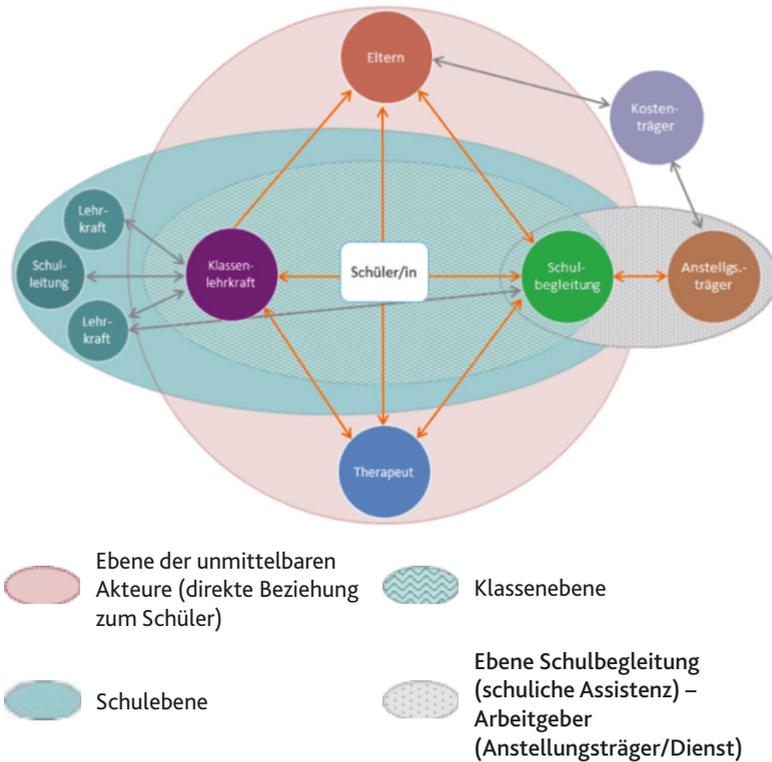
In der Regel werden im Bildungsbereich im deutschsprachigen Raum unter Netzwerken meist feldbezogene Netzwerke verstanden. Sie befassen sich mit den Beziehungen und der Zusammenarbeit von verschiedenen Systemen (z.B. Schule und Jugendarbeit) auf bestimmten organisationalen Ebenen. Dagegen stehen in fallbezogenen Netzwerken eine zu unterstützende Person und die unterstützenden Akteure ihres Umfeldes im Mittelpunkt. Fallbezogene Netzwerke werden in der Netzwerkforschung bislang kaum untersucht, da sie mit den in der Netzwerkforschung angewendeten Methoden bisher nicht adäquat erfasst werden können.

Bezogen auf die oben genannten Erläuterungen verstehen wir die Zusammenarbeit zwischen Klassenlehrkräften/ evtl. Sonderpädagogen und schulischer Assistenz als Teamarbeit. Die Beziehungen des Teams zu anderen Akteuren des unterstützenden Umfeldes wie z.B. den Therapeuten und Eltern als fallbezogenes Netzwerk, da die beteiligten Personen auf freiwilliger Basis ihre jeweiligen Ressourcen zur optimalen Förderung der Schüler\*innen einbringen und dabei grundsätzlich offen sind für neue Mitglieder.

Es handelt sich um ein sog. Bottom-up-Netzwerk, es entsteht in der Situation vor Ort (vgl. Minderop 2015). Unmittelbare Akteure des unterstützenden Netzwerkes der Schülerinnen und Schüler im autistischen Spektrum sind die Eltern, Lehrkräfte, Assistenten und therapeutischen Fachkräfte. Mittelbare Akteure sind die

Dienste, Rehabilitationsträger und Schulleitungen, da sie als Rahmengerber die Zusammenarbeit der Akteure wesentlich beeinflussen. Abbildung 1 zeigt die diversen Ebenen des unterstützenden Netzwerkes von Schüler\*innen im autistischen Spektrum.

Abbildung 1: Zusammenführung verschiedener Planungskulturen in der inklusiven Sozialplanung (Eigene Darstellung)



## 5 Kooperation im Kontext schulischer Assistenz für Schüler\*innen im autistischen Spektrum

Im Kontext der Maßnahme einer schulischen Assistenz spielt die multiprofessionelle Kooperation eine zentrale Rolle. Die Vielzahl der beteiligten Professionen und Systeme, bringen sich mit ihrem jeweiligen Berufshabitus, ihrem Rollenverständnis und ihren eigenen Verfahrenslogiken in die Gemengelage ein. Dazu kommt, dass zwischen den schulischen Assistenzen und ihren Kooperationspartnern oft wenig Gemeinsamkeiten bzgl. Anstellungsbedingungen und Ausbildungshintergrund bestehen. Oft fehlt bei den schulischen Assistenzen ein klares berufsbezogenes Rollenverständnis, was zu einer unklaren Position innerhalb der Kooperationsbeziehungen führt. Nicht zuletzt ist die Maßnahme sowohl im System Schule als auch vor Ort noch nicht angemessen integriert.

### 5.1 Kooperationsanteile der einzelnen Akteure

#### *Die Schüler*

Die Schüler kooperieren eng mit den Lehrkräften, den Schulbegleitern und den Eltern, ggf. auch mit therapeutischen Fachkräften. Obwohl anzunehmen ist, dass der Erfolg der Maßnahme regelmäßig von der Motivation der Schüler\*innen zur Zusammenarbeit mit den Beteiligten abhängig ist, werden sie häufig an gemeinsamen Gesprächen die sie betreffen nicht beteiligt. Trost (2012) nennt jedoch die Artikulation der eigenen Wirklichkeit und Bedürfnislage der Schüler\*innen als notwendig für eine angemessene Förderung. Darüber hinaus stellt die Sicht des Schülers ein wichtiges Korrektiv für den Verlauf und die Ausgestaltung der Maßnahme schulische Assistenz dar und sollte regelmäßig mit einbezogen werden.

#### *Die schulische Assistenz*

Hauptsächlich kooperiert die schulische Assistenz mit den Lehrern und den Eltern sowie, falls der/die Schüler\*in Therapie erhält, auch mit den therapeutischen Fachkräften.

Die Kooperation mit den Lehrkräften ist deutlich von der Haltung der Lehrkraft geprägt. Die Kooperation kann durch klare Hierarchie gekennzeichnet sein (Assistent arbeitet nur auf Anweisung der Lehrkraft mit wenig eigener Entscheidungskompetenz) oder auch egalitär gestaltet werden (Assistenz ist gleichberechtigt am Arbeitsteam beteiligt und hat eigene Entscheidungskompetenz). In der Kooperation mit den Lehrkräften ist es üblich, dass die schulische Assistenz ihr Handeln eng mit der Lehrkraft abstimmt. Ein Problem in der Kooperation mit der Lehrkraft stellt die Weisungsbefugnis dar. In vielen Fällen ist diese nicht eindeutig geklärt, was im Einzelfall zu Unklarheiten und Missverständnissen z.B. welche Aufgaben die schulische Assistenz übernimmt, führt.

Die Kooperation mit den therapeutischen Fachkräften, falls vorhanden, ist weitgehend von den Stundenkontingenten die der Assistenz für die Kooperation mit außerschulischen Partnern zur Verfügung steht abhängig. In vielen Fällen hospitieren die schulischen Assistenzen bei Therapie-sitzungen und können sich mit den therapeutischen Fachkräften über die Besonderheiten des Einzelfalls austauschen. Allerdings stellen einige Dienste keine Stundenkontingente für die Kooperation mit außerschulischen Kooperationspartnern bereit, was im Einzelfall dazu führt, dass die Assistenzen sich in ihrer Freizeit mit den therapeutischen Fachkräften austauschen.

Je nach Ansprüchen des Dienstes und der Schule kooperiert die schulische Assistenz in unterschiedlichem Ausmaß mit den Eltern. Dieser Kontakt kann sehr intensiv sein, oder auch nur rudimentär gestaltet werden um z. B. Positionskonflikte zu vermeiden. Die Kooperation mit den Eltern hat in ihrer Ausgestaltung die größte Spannweite. Es gibt einerseits schulische Assistenzen die private Kontakte zur Familie entwickeln und im Laufe der Zeit zu engen Vertrauenspersonen der Schüler\*innen und Eltern werden, andererseits schulische Assistenzen die die Eltern der Kinder die sie begleiten maximal bei außerunterrichtlichen Veranstaltungen (z.B. Weihnachtsbasar, Sommerfest) im Kontext von Schule kennen gelernt haben. Die Unklarheit in der

der eigenen Rolle und die unterschiedlichen Erwartungen der beteiligten Akteure, dazu ein wenig strukturiertes Arbeitsfeld (z. B. fehlende Aufgabebeschreibung, keine ausreichende Vorbereitung der Assistenzen auf ihre Aufgabe) stellen die Assistenzen in ein Arbeitsfeld das üblicherweise von Unsicherheit geprägt ist. Da die schulische Assistenz die Teilhabe der Schüler\*innen innerhalb der Klasse fördern soll, steht sie auch mit den Mitschülern in Kontakt. Außerdem kooperiert die die schulische Assistenz mit ihrem Anstellungsträger und in vielen Fällen auch mit den Leistungsträgern z.B. im Hilfeplangespräch.

### *Die Lehrkräfte*

Die Kooperation mit vor allem außerschulischen Akteuren ist allgemein von einem gefestigten beruflichen Habitus von Lehrkräften geprägt, die Lehrkraft weiß wofür sie üblicherweise zuständig ist. Die Regelung von Nähe und Distanz in den Kooperationsbeziehungen gelingt den Lehrkräften meist problemlos. Dabei haben die Lehrkräfte einen großen Spielraum in der Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen, ihre Haltung prägt diese meist nachhaltig.

Allerdings sind viele Lehrkräfte herausgefordert ihre eigene Rolle innerhalb der vielfachen Kooperationsbeziehungen die heute im Kontext Schule verlangt werden neu zu definieren. Die Kooperation mit inner- und außerschulischen Akteuren ist gerade bei Schüler\*innen mit besonderen Förderbedarfen notwendig und geboten. Dies stellt vor allem Lehrkräfte der Regelschule vor neue berufliche Herausforderungen, die auf der einen Seite noch wenig strukturell verankert sind (z.B. fehlende Stundenkontingente für die Kooperation) auf der anderen Seite neue Anforderungen an die berufliche Rolle der Lehrkraft stellen (z.B. Anleitung von Assistenzkräften, Koordination der Kooperation mit schulischen und außerschulischen Partnern, Moderation der Zusammenarbeit). Unklare Regelungen bzgl. Der Weisungsbefugnis, fehlende Regelungen für die Ausgestaltung der Zusammenarbeit oder Unklarheit über die Aufgaben der Assistenzen in Bezug auf die eigenen Aufgaben sowie unklare Erwartungen der

anderen beteiligten Akteure z.B. der Eltern, können zu Spannungen und Konflikten in der Kooperation führen.

### *Die Sonderpädagogen*

Innerhalb des schulischen Kontextes kooperieren die Sonderpädagogen üblicherweise eng mit den Klassenlehrkräften und den Assistenzen und bilden mit diesen den Kern des Klassenteams. Sie bringen ihre Expertise neben den üblichen unterrichtlichen Aufgaben hauptsächlich in der Förderplanung, der Beratung von Lehrkräften und Eltern, aber auch in der Zusammenarbeit mit den schulischen Assistenzen ein.

In einzelnen inklusiven schulischen Settings delegiert die Klassenlehrkraft den Unterricht der Schüler\*innen mit besonderem Förderbedarf komplett an die Sonderpädagogen, die diesen dann in enger Zusammenarbeit mit den schulischen Assistenzen, alleinverantwortlich leisten.

Mit anderen außerschulischen Partnern kooperieren die Sonderpädagogen meist in den Hilfeplangesprächen.

Innerhalb der Förderschulen sind Sonderpädagogen meist als Klassenlehrkräfte tätig und arbeiten innerhalb der Klasse intensiv mit anderen Lehrkräften, schulischen Assistenzen, evtl. medizinischem Fachpersonal und anderen Hilfskräften (freiwilliges soziales Jahr oder Bundesfreiwilligendienst) zusammen. Innerhalb des Schulsettings kooperieren sie üblicherweise auch mit außerschulischen Partnern wie z.B. den therapeutischen Fachkräften. Hier haben sie neben unterrichtlichen vor allem koordinierende Aufgaben. Die helfenden Kräfte arbeiten meist auf klare Anweisung der Lehrkraft, die mit ihrer Haltung die Zusammenarbeit (hierarchisch vs. egalitär) wesentlich prägt. Die Kooperation mit anderen Professionellen ist durch deren eigene berufliche Entscheidungskompetenzen geprägt, die ihre Leistungen selbstverantwortlich in (enger) Absprache mit der Lehrkraft erbringen.

### *Die Eltern*

Die Eltern sind als Experten des Alltags der Schüler\*innen zentrale Ansprechpartner in der Kooperation mit Lehrkräften, schuli-

schen Assistenzen und therapeutischen Fachkräften. Sie erleben meist den größten Problemdruck, da sie bei Problemen in der Regel die ersten Ansprechpartner sind und die Problemlösung an sie delegiert wird. Schulen erwarten meist, dass die Eltern die notwendigen Ressourcen zur Beschulung der Schüler\*innen im autistischen Spektrum organisieren.

Dabei kann die Kooperation mit den Lehrkräften auch ambivalent wahrgenommen werden. Eltern beklagen die geringe Bereitschaft der Lehrkräfte sich auf die besonderen Bedarfe ihrer Kinder einzustellen, Lehrkräfte beschreiben Eltern als überengagiert die nur die Interessen ihres eigenen Kindes im Blick haben. Häufig unterscheiden sich die Erwartungen der Lehrkräfte und Eltern an Unterricht und Schule deutlich. Üblicherweise erwarten die Lehrkräfte eine Anpassung der Schüler\*innen an das System Schule, während Eltern die Anpassung des Systems Schule an ihre Kinder und deren Bedarfe erwarten.

in dieser Gemengelage stellt der Einsatz einer schulischen Assistenz einen Kompromiss von jeder Seite dar. Einerseits entlastet sie die Lehrkräfte deutlich, andererseits erleben die Eltern das die Bedarfe ihres Kindes nun ausreichend berücksichtigt werden. Häufig kooperieren die Eltern umfangreich und regelmäßig mit den schulischen Assistenzen, in Einzelfällen findet jedoch keine Kooperation zwischen Eltern und schulischer Assistenz statt.

Besondere Kooperationspartner finden die Eltern meist in den therapeutischen Fachkräften. Hier erleben sie sich in ihrer anstrengenden Alltagssituation mit einem besonderen Kind verstanden und die Expertise der therapeutischen Fachkräfte wird uneingeschränkt geschätzt. Gerade bei der Lösung von Alltagsproblemen aber auch in Krisen kooperieren Eltern und therapeutische Fachkräfte eng. Hier erhalten Eltern oft die Möglichkeit die seltsamen Verhaltensweisen ihrer Kinder zu verstehen, ihr Alltagshandeln auf deren Bedürfnisse einzustellen und gewinnen so eigene Lebensqualität zurück.

### *Die therapeutischen Fachkräfte*

Mit Blick auf die schulische Situation von Schüler\*innen im autistischen Spektrum wird in der Literatur kaum über die Kooperation mit außerschulischen Fachkräften berichtet. Das ist insofern erstaunlich, da die Schüler\*innen oft über Jahre durch therapeutische Fachkräfte unterstützt werden. Im Zusammenhang mit der Untersuchung der Netzwerke der Schüler\*innen im autistischen Spektrum ist daher hervorzuheben wie wertvoll alle Akteure eine Kooperation mit den therapeutischen Fachkräften einschätzen. Verhalten reagieren meist nur die Lehrkräfte, da sie den Aufwand für eine Kooperation meist hoch einschätzen und ihn oft als nicht realisierbar einschätzen, zudem halten sie die eigene Expertise für ausreichend im Umgang mit Schüler\*innen im autistischen Spektrum. Kommt es auf Ebene Lehrkraft – therapeutische Fachkraft zu einer Zusammenarbeit berichten die Lehrkräfte alle, dass sie von der Kooperation wesentlich profitieren, der Umgang mit der Schüler\*in einfacher wird und der Schulalltag besser gestaltet werden kann.

Die schulischen Assistenzen sind häufig sehr interessiert an einer Kooperation mit den therapeutischen Fachkräften, da diese als ausgewiesene Experten im Thema Autismus den Umgang mit dem/der Schüler\*in erklären und seltsame Verhaltensweisen verständlich machen kann. Sie vermitteln klare methodische Herangehensweisen von denen die Assistenzen im Schulalltag profitieren. Die fachliche Ausrichtung der schulischen Assistenzen steigt in der Kooperation mit den therapeutischen Fachkräften, die Assistenzen erleben sich kompetenter und handlungsfähiger.

### *Die Mitschüler*

Die Mitschüler kooperieren innerhalb der Klasse mit den Lehrkräften und den schulischen Assistenzen. Dabei nehmen die Mitschüler die die schulischen Assistenzen auf eine bestimmte Art und Weise wahr und positionieren sich ihr gegenüber. Für Schüler\*innen im autistische Spektrum stellt das interaktionale Gefüge der Klasse als Gruppensystem in dem „immer wieder Freundschaften, Allianzen, Interessengemeinschaften, Nähe, Distanz, Zuneigung und Abneigung sowie Hierarchien verhandelt

werden“ (Moosecker 2009, S.434) eine große Herausforderung dar. Die Mitschüler sind für ihr Wohlbefinden außerordentlich wichtig. Ihr Einbezug durch z.B. Informationen über Autismus und seine Folgen für das Verhalten der Mitschüler\*innen im autistischen Spektrum, tragen wesentlich zum Verständnis und einer positiven Beziehung bei. Der positive Einbezug der Schüler\*innen im autistischen Spektrum in die Klasse und die Moderation dieser informellen Beziehungen ist eine wesentliche Aufgabe der schulischen Assistenzen.

### *Die Dienste*

Die Dienste kooperieren meist mit allen Akteuren. Sie sind Ansprechpartner für die Lehrkräfte, die Eltern teilweise kooperieren sie mit den therapeutischen Fachkräften, da sie in der Rolle der fallverantwortlichen Koordinationskräfte agieren. Einige Dienste interpretieren ihre Aufgaben anders, was ihre Kooperation mit den beteiligten Akteuren einschränkt, so bieten sie für ihre schulischen Assistenzen z. B. keine Austauschplattformen und Teamgespräche an.

Üblicherweise kooperieren die Dienste eng mit den schulischen Assistenzen. Regelmäßige Formate zum fachlichen Austausch mit anderen Assistenzkräften und zwischen Leistungskraft und Assistenz sind üblich. Häufig haben die schulischen Assistenzen einen festen Ansprechpartner bei den Diensten an den sie sich (vor allem bei Problemen) jederzeit wenden können. Dieser Ansprechpartner steht auch den Lehrkräften und Eltern zur Verfügung.

Enge Kooperationsbeziehungen bestehen meist auch zwischen den Eltern und den Diensten. Dabei übernehmen die Dienste vor allem beratenden Funktionen und unterstützen die Eltern bei der Beantragung und der Weiterbewilligung der Maßnahme schulische Assistenz. Auch hier ist die Intensität der Kooperation verschieden. Einige Dienste nehmen von sich aus regelmäßig Kontakt zu den Eltern auf um einerseits die Zufriedenheit mit der Maßnahme und andererseits die Situation der Eltern zu bespre-

chen, andere Dienste nehmen nur bei Problemen Kontakt mit den Betroffenen auf.

### *Die Leistungsträger*

Mit dem Leistungsträger wird in der Regel zwar regelmäßig aber wenig intensiv kooperiert. Ist das Jugendamt der Leistungsträger finden regelmäßig Hilfeplangespräche, mit in der Regel allen an der Maßnahme Beteiligten Akteuren statt (Ausnahmen sind hier die therapeutischen Fachkräfte, diese werden nicht regelhaft an Hilfeplangesprächen beteiligt.) Ist das Sozialamt der Leistungsträger findet eine Kooperation meist auf Ebene Dienstleistungsträger statt, da die Dienste die Eltern z.B. bei der Weiterbewilligung der Maßnahme unterstützen.

## 6 Strukturen, Formate und Häufigkeit der Kooperation

Die Strukturiertheit der Kooperation variiert von wenig strukturiert z. B. bei spontanem Austausch in Tür- und Angelgesprächen, zu hochstrukturiert z.B. beim Austausch in Teamsitzungen, runden Tischen oder Hilfeplangesprächen. Zu welchen Anlässen und in welcher Regelmäßigkeit Austausch und Absprachen stattfinden ist vielgestaltig und hängt vom Einzelfall ab. Üblicherweise stehen die unmittelbar am unterstützenden Netzwerk beteiligten in regem Austausch.

Lehrkräfte und schulische Assistenzen kooperieren als Mitglieder des Klassenteams im Regelfall eng und tauschen sich intensiv miteinander aus. In einigen Fällen beschränkt sich der Austausch auf spontane Gespräche, in anderen Fällen finden regelmäßig Klassenteamgespräche mit Beteiligung der schulischen Assistenzen in anderen Fällen ohne deren Beteiligung statt. Ähnlich stellt sich die Kooperation mit zwischen den schulischen Assistenzen und den Eltern dar. In einzelnen Fällen gibt es keinen Austausch in anderen Fällen tauschen die Kooperationspartner täglich Informationen aus.

Zudem ergibt es sich, dass die schulischen Assistenzen teilweise enger mit den therapeutischen Fachkräften kooperieren als die Lehrkräfte. Hier erwächst ihnen evtl. eine undankbare Rolle, da

sie in die Lücke zwischen dem therapeutischen und dem schulischen System geraten und im Einzelfall als verlängerter Arm der Therapie wahrgenommen werden.

Mit mittelbaren außerschulischen Partnern des unterstützenden Netzwerkes, wie den Diensten und den Leistungsträgern, findet die Kooperation üblicherweise nicht sehr intensiv statt. Der Austausch beschränkt sich beim Jugendamt auf das Hilfeplangespräch, im Ausnahmefall hospitieren die Mitarbeiter\*innen des Jugendamtes auch in der Schule. Mit dem Sozialamt werden teilweise nur schriftliche Unterlagen mit den Diensten ausgetauscht, es kommt aber zu keinem persönlichen Austausch mit den unmittelbar am unterstützenden Netzwerk beteiligten Akteuren.

Auf welchen Wegen die Akteure kommunizieren, sich austauschen, gemeinsam reflektieren und Vereinbarungen treffen ist je nach Einzelfall verschieden. Es zeigt sich das die Vielfalt der Wege und Formate notwendig ist um die Kooperationspartner in ihrer individuellen Situation zu erreichen. Genutzt werden persönliche Gespräche, E-Mails, Elternsprechtage, Hospitationen, Teamgespräche, runder Tisch, Hilfeplangespräche und vieles mehr. Dokumentationen wie Förderpläne, Entwicklungsberichte oder Mittelungshefte unterstützen die Kooperation.

Mit der Komplexität der Fragestellungen ändern sich meist die Formate des Informationsaustausches. Anspruchsvollere Kooperationsformen wie die arbeitsteilige Kooperation oder die Ko-Konstruktion werden verstärkt innerhalb persönlicher Kontakte verhandelt. Sind umfangreiche Absprachen zu treffen oder komplexe Sachverhalte zu klären, sind zunehmend mehr Akteure beteiligt. Andererseits werden nicht immer alle Akteure in die Problemlösung einbezogen, was dazu führt das wichtige Kompetenzen oder verschiedene Perspektiven nicht berücksichtigt werden.

Zusammenfassend lässt sich aus den Kooperationserfahrungen der Akteure feststellen, dass die meisten Lehrkräfte, Assistenzen und Eltern sowie einige der therapeutischen Fachkräfte mit der Kooperation in ihrem Netzwerk prinzipiell zufrieden sind. Positiv hervorgehoben wird die allseitige Motivation zur Zusammenar-

beit. Ein regelmäßiger Austausch, die Offenheit der Akteure und die Bereitschaft auch Schwierigkeiten anzusprechen und anzuhören, ein sensibler und wertschätzender Umgang unter den Kooperationspartnern, sowie klare Absprachen sind gute Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation.

## 7 Bedingungen guter Kooperation

Einen wesentlichen Beitrag zu einer gelingenden Kooperation der Akteure leisten gute Rahmenbedingungen. Prinzipiell sind die Schulen und Leistungsträger der Eingliederungshilfe für die Bildungsteilhabe von Schüler\*innen zuständig. Der Dienst der schulischen Assistenz anbietet, übernimmt damit ebenfalls Verantwortung. In einem ersten Schritt ist es deshalb notwendig dass diese drei Organisationen auf Basis geltenden Richtlinien gemeinsam eine Kooperationsvereinbarung treffen und diese in regelmäßigen Abständen reflektieren.

Zu einer guten Ausgangsbasis gehört auch, die strukturelle Rahmung der Kooperation der unmittelbar beteiligten Akteure. Wer die Kooperationsverantwortung trägt und wie die Kooperation in Arbeits- und Zeitstrukturen verankert ist, bleibt in vielen Fällen leider offen. Noch immer bleibt die Bereitschaft zur Kooperation der einzelnen Motivation der Beteiligten und ihrer Bereitschaft sich über ihren Arbeitsauftrag hinaus zu engagieren überlassen. Dieser Umstand drängt sich gerade bei der Kooperation bei Schüler\*innen im autistischen Spektrum die durch eine umfangreiche Austausch- und Reflexionsnotwendigkeit gekennzeichnet ist, auf. Die Erarbeitung eines gemeinsamen Problemverständnisses und einer abgestimmten Förderplanung werden hierdurch behindert. Die knappe Ressourcenzuweisung führt oft zur Vernachlässigung der Kooperationsnotwendigkeit, gegebene Spielräume wie z. B. die schulischen Assistenzen an Besprechungen zu beteiligen, werden nur teilweise genutzt. Zudem wird den Veränderungen im Aufgabenspektrum von Lehrkräften in inklusiven Schulsettings und der Notwendigkeit für schulische Assistenzen sich umfangreich mit anderen Akteuren auszutauschen und ab-

zusprechen in den Arbeitsbedingungen noch zu wenig Rechnung getragen.

Im Weiteren ist die Kooperation fraglos von der verlässlichen Verständigung und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure abhängig. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung der Rolle, bzw. das professionelle Selbstverständnis der Akteure und die Rollenzuschreibung durch andere sind in der Regel nicht gänzlich deckungsgleich, widersprechen sich sogar in manchen Teilen. Zur Klarheit der Aufgabeverteilung sollten daher gemeinsame und besondere Ziel der Kooperationspartner bekannt sein, eine grundlegende Rollenklärung stattfinden und Verbindlichkeiten vereinbart werden. Dies erfordert von den Beteiligten Netzwerkpartnern vor allem Offenheit für die Sicht und Belange der anderen Akteure und die Bereitschaft zu einer gemeinsamen Problemlösung beizutragen. Dazu ist es erforderlich eine gemeinsame Problemsicht zu erarbeiten und dafür die eigene Deutungshoheit (wenigstens ein Stück weit) zurückzustellen, die jeweils eigenen Kompetenzen und Grenzen der Netzwerkpartner anzuerkennen und diese aktiv einzubinden. Von den daraus resultierenden Synergien, profitieren neben den Akteuren nicht zuletzt die Schüler\*innen im autistischen Spektrum, deren Bildungsteilhabe und Bildungserfolg optimal unterstützt wird.

## 8 Literatur

- Beck, C., Dworschak, W., Eibner, S. (2010). Schulbegleitung am Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Zeitschrift für Heilpädagogik, 61 (7), s.244-254.
- Dworschak, W. (2012a). Schulbegleitung in Förderschwerpunkt geistige Entwicklung an der allgemeinen Schule. Ergebnisse einer bayrischen Studie im Schuljahr 2010/11. Gemeinsam leben. Zeitschrift für integrative Erziehung, 20 (2), S. 80-94.
- Dworschak, W. (2012b). Schulbegleitung/Integrationshilfe. Ergebnisse einer Studie des Lebenshilfe Landesverbandes Bayern. Abgerufen von <https://epub.ub.uni-muen->

- chen.de/13105/1/Dworschak\_13105.pdf [Datum des Zugriffs 21.11. 2018]
- Fuhse, J.A. (2016). Soziale Netzwerke: Konzepte und Forschungsmethoden. Konstanz und München: UVK.
- Fussangel, K., Gräsel, C. (2012): Lehrerkooperation aus der Sicht der Bildungsforschung. In: Baum, E., Till, S., Heiner, U. (Hrsg.): Kollegialität und Kooperation in der Schule. Theoretische Konzepte und empirische Befunde. (S.29-40). Wiesbaden: Springer.
- Gräsel, C., Fussangel, K, Pröbstel, C. (2006). Lehrkräfte zur Kooperation anregen – eine Aufgabe für Sisyphos? Zeitschrift für Pädagogik, 52, 205-219.
- Henn, K., Thurn, L., Besier, T., Künster, A.k., Fegert, J.M., Ziegenhain, U. (2014). Schulbegleitung als Unterstützung von Inklusion im Schulwesen. Erhebung zur gegenwärtigen Situation von Schulbegleitern in Baden-Württemberg. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 42 (6), S.397-403.
- Kißgen, R., Carlitscheck, J., Fehrmann, S.E., Limburg, D. Franke, S. (2016). Schulbegleiterinnen und Schulbegleiter an Förderschulen Geistige Entwicklung in Nordrhein-Westfalen. Soziodemographie, Tätigkeitsspektrum, Qualifikation. Zeitschrift für Heilpädagogik, 67, S.252-263.
- Kron, M., Schmidt, L., Fischle, A. (2018). Bildungsteilhabe durch schulische Assistenz. Netzwerkbasierte Unterstützung für Schüler und Schülerinnen im autistischen Spektrum. Siegen: Uniprint.
- Lindemann, H., Schlarman, A. (2016). Schulbegleitung: Eine deskriptive Analyse der Rahmenbedingungen. Zeitschrift für Heilpädagogik. 67, S.264-279.
- Lindmeier, B., Poleschner, S., Thiel, S. (2014). Schulassistenz in der Region Hannover. Bericht zur Fachtagung Rolle der Schulassistenz an Grundschulen. Abgerufen von <https://www.google.com/search?q=Schulassistenz+in+der+Region+Hannover.+Bericht+zur+Fachtagung+Rolle+der+Schulassistenz+an+Grundschulen&ie=utf->

- 8&oe=utf-8&client=firefox-b [Datum des Zugriffs 21.11.2018]
- Markowetz, R., Jerosenko, A. (2016). Integrationshelfer in der inklusiven Schule. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung – Projektlaufzeit 2013- 2016. Abgerufen von [https://bildungspakt-bayern.de/wp-content/uploads/2016/09/Abschlussbericht\\_wissenschaftliche\\_Begleitung.pdf](https://bildungspakt-bayern.de/wp-content/uploads/2016/09/Abschlussbericht_wissenschaftliche_Begleitung.pdf) [Datum des Zugriffs 21.11.2018]
- Mays, D. (2016). Wir sind ein Team. Multiprofessionelle Kooperation in der inklusiven Schule. Ein Ratgeber für Eltern, Förderpädagogen und Integrationshilfen. Weinheim und Basel: Beltz.
- Meyer, K. (2017). Multiprofessionalität in der inklusiven Schule: Eine empirische Studie zur Kooperation von Lehrkräften und Schulbegleiter/innen. (Göttinger Schulbegleitungsstudie GötS) Göttinger Beiträge zur erziehungswissenschaftlichen Forschung, 37. Abgerufen von <https://www.univerlag.uni-goettingen.de/handle/3/issn-2198-2384-37>. [Datum des Zugriffs: 03.08.2017]
- Minderop, D. (2015). BildungsNetzWerken. Eine Gebrauchsanweisung für Schulen und ihre Partner. Köln: Carl Link.
- Moosecker, J. (2009). Schüler mit Asperger-Autismus – Pädagogisch-didaktische Strategien und das Sprechen über Autismus in der Klasse. Zeitschrift für Pädagogik, 11, 434-441.
- Rürup, M., Rübken, H., Emmerich, M., Dunkake, I. (2015). Netzwerke im Bildungswesen. Eine Einführung in ihre Analyse und Gestaltung. Wiesbaden: Springer.
- Schönig, W., Motzke, K. (2016). Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung, Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, L.D.H. (2017). Schulische Assistenz. Ein Überblick über den Forschungsstand in Deutschland. Zeitschrift für Inklusion, (4). Abgerufen von <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/372> [Datum des Zugriffs 21.11.2018].

Spieß, E. (2007). Kooperation und Konflikt. In: Schuler, H. (Hrsg.): Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation. (S.339-374). Göttingen: Hogrefe.

## Über die Autor\*innen

Lena Bertelmann; ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Siegen und Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Christian Dohmen, Dr.; war zum Zeitpunkt der Erstellung des Beitrags stellvertretender Geschäftsführer und Leiter der Unternehmensentwicklung- und steuerung des AWO Kreisverbandes Siegen-Wittgenstein/Olpe.

Miriam Düber; ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Siegen und Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Antje Fischle; ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Siegen und Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Luzie Gilde; ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Siegen.

Uwe Hellwig; ist wissenschaftlicher Referent für die Themen Sozialplanung und Sozialberichterstattung sowie Wohnen und demografischer/sozialer Wandel beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Carolin Herrmann; ist mit ihrer Firma Schnittpunkt / Alter im Bereich strategischer Projektberatung tätig.

Eva Konieczny; war zum Zeitpunkt der Erstellung des Beitrages wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Siegen sowie Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Wolfgang Kopyczinski; ist Fachreferent und Fachberater beim Lebenshilfe Landesverband Hessen e. V.

Janna Litzenberger; ist Studentin im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit an der Universität Siegen und Studentische Hilfskraft im Forschungsprojekt „Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik“ (KoKoP).

Paul Oswald; war zum Zeitpunkt der Erstellung des Beitrages Volontär bei der AWO Kreisverband Siegen-Wittgenstein/Olpe.

Martin F. Reichstein; ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Siegen und Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Johannes Schädler, Prof. Dr.; ist Professor für Sozialpädagogik mit dem Schwerpunkt Inklusion und Sozialplanung an der Universität Siegen und Geschäftsführer des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Sabine Schäper, Prof. Dr.; ist Professorin für das Lehrgebiet „Heilpädagogische Methodik und Intervention“ im Studiengang Heilpädagogik an der KatHO NRW, Abteilung Münster.

Tanja Serapinas; war zum Zeitpunkt der Erstellung des Beitrags Studentin im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit an der Universität Siegen und Studentische Hilfskraft im Forschungsprojekt „Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik“ (KoKoP).

Wolfgang Wiederer; ist Fallmanager beim Landschaftsverband Rheinland.

Peter Wüllner; ist Mitarbeiter der Psychiatrischen Institutsambulanz des Kreisklinikums Siegen.

Seit September 2016 führt das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen das Forschungsprojekt „Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie (KoKoP)“ durch. Das Projekt wird im Rahmen des Programms „Vorbeugende Sozialpolitik“ des nordrhein-westfälischen Forschungsinstituts für Gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW) finanziell gefördert.

Ziel des Projektes ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Möglichkeiten für Kommunen bestehen, durch Planung und Koordination die Wirkungen von Teilhabeleistungen in den Leistungsbereichen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie zu optimieren sowie professionelle Hilfen stärker mit informellen Ressourcen zu verknüpfen. Mögliche Problemquellen werden u. a. in einer ausgeprägten Sektoralisierung des Leistungsgeschehens vermutet.

Im Rahmen eines eintägigen Expertenworkshops am 14. November 2017 wurden zum einen Zwischenergebnisse bisheriger Untersuchungen vorgestellt und diskutiert. Zum anderen wurden in drei Arbeitsgruppen zentrale Fragestellungen des Projekts erörtert. Der vorliegende Band ist eine Zusammenschau von Beiträgen einzelner Teilnehmer\*innen dieses Workshops.

**Prof. Dr. Johannes Schädler** ist Professor für Sozialpädagogik mit dem Schwerpunkt Inklusion und Sozialplanung an der Universität Siegen und Geschäftsführer des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

**Martin F. Reichstein** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Siegen und Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste