

Mehr Teilhabechancen

**für Menschen mit geistiger Behinderung
und komplexem Unterstützungsbedarf**

**Anforderungen
an ein modernes Teilhaberecht**

Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung
mit der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit
für Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)
am 29./30.01.2015 in Berlin

DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (HRSG.)

**MEHR TEILHABECHANCEN
FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG
UND KOMPLEXEM UNTERSTÜTZUNGSBEDARF**

**ANFORDERUNGEN
AN EIN MODERNES TEILHABERECHT**

**DOKUMENTATION
DER GEMEINSAMEN FACHTAGUNG
MIT DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT
BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG
AM 29./30.01.2015
IN BERLIN**

■ **IMPRESSUM** _____

HRSG.: DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT E.V. (DHG)
REDAKTIONELLE BEARBEITUNG: CHRISTIAN BRADL
FOTOS: RUTH HANNA WIEGERING
EIGENVERLAG DHG
ISBN 978-3-9817519-0-1
DRUCK: RURTEC DÜREN
© DHG 2015, BERLIN / JÜLICH 2015

DHG-GESCHÄFTSSTELLE:

AM SCHULZENTRUM 9-11, 52428 JÜLICH
WWW.DHG-KONTAKT.DE
MAIL@DHG-KONTAKT.DE

Inhalt

Vorwort	7
---------------	---

■ **Grußworte**

Verena Bentele, Bundesbehindertenbeauftragte	9
Monika Seifert, Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG)	10
Michael Seidel, Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)	13

■ **Referate**

Antje Welke: Von der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht - Stand der Reformdiskussion zum Bundesteilhabegesetz	15
Iris Beck: Exklusion als Realität und Risiko für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf	18
Friedrich Dieckmann: Die Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf im Lebensbereich Wohnen	30
Michael Seidel: Teilhabe im Lebensbereich Gesundheit - Stand der Reformdiskussi- on zum Bundesteilhabegesetz	42
Norbert Müller-Fehling: Anforderungen an ein modernes Teilhaberecht für Men- schen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf	50
Karin Terfloth: Teilhabe im Lebensbereich Arbeit / Beschäftigung	59

■ **Aus den Arbeitsgruppen**

Silvia Pöld-Krämer Von der Eingliederungshilfe zur Teilhabeleistung	65
Carsten Krüger Teilhabe weiterentwickeln im Lebensbereich Wohnen	66
Susanne Siebert Inklusive Infrastruktur - eine kommunale Verantwortung	68
Sven-Olaf Rogahn Heilpädagogische Intensivbetreuung als Teilhabeleistung	71
Michael Seidel Teilhabe und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen	73
Doris Langenkamp Teilhabe in Kombination mit Pflegeleistungen	75

Erik Weber	
Beratung und Teilhabeplanung	76
Christian Bradl	
Teilhabe im Alltag von Wohneinrichtungen	79
Norbert Müller-Fehling	
Hilfebedarfsermittlung für erfolgreiche Teilhabe	83
Susanne Göbel & Martin Hackl	
Teilhabe wünschselbst artikulieren	85
Friedrich Dieckmann	
Mehr Teilhabe – auch im Alter	87
Matthias Westecker	
Teilhabe weiterentwickeln im Lebensbereich Beschäftigung	89
Michael Seidel	
Teilhabe und regionale Gesundheitsversorgung	90
Jan Glasenapp	
Psychotherapie zwischen Teilhaberecht und Recht auf therapeutische Regelversorgung	92
Albrecht Rohrmann	
Örtliche Teilhabeplanung	93
Gudrun Dobslaw	
Case Management und Teilhabeplanung	95
■ Podiumsgespräch	
Wie kann die Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf gesichert werden?	97
■ DHG-Preise	
DHG-Preis: Arbeit ist Vielfalt	
Präsentation der DHG-Preisträger	107
Ankündigung DHG-Preis 2015	
Leben im Alter gestalten	113

Vorwort



Christian Bradl
Deutsche Heilpädagogische
Gesellschaft

Das Versprechen des Koalitionsvertrags von CDU/CSU/SPD Ende 2013, in der neuen Legislaturperiode die Eingliederungshilfe zu reformieren und ein modernes Teilhaberecht in Form eines Bundesleistungsgesetzes zu entwickeln, löste auch in Fachverbänden rege Aktivitäten mit Tagungen, Stellungnahmen und Forderungen aus. Dabei wurden sehr schnell die unterschiedlichen Interessen sichtbar: Einerseits die Förderung von Teilhabechancen im Einklang mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, andererseits die Begrenzung auf leistungsrechtliche Fragen im Zuge fiskalischer und anderer wirtschaftlicher Zwänge.

Mit der gemeinsamen Fachtagung wollten sich die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) und die Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) gemeinsam an der notwendigen Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht beteiligen und vor allem die fachlichen und konzeptionellen Herausforderungen diskutieren. Insbesondere sollte es im Interesse beider Verbände

darum gehen, für Menschen mit geistiger Behinderungen mit komplexem Unterstützungsbedarf (z.B. infolge herausfordernden Verhaltens, psychischer Störungen, Mehrfachbehinderung) die erforderlichen Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe sicher zu stellen und weiter zu entwickeln. Darüber hinaus sollte mit Blick auf den genannten Personenkreis die gegenwärtigen Unterstützungssysteme weiter entwickelt werden, unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen an Schnittstellen zu benachbarten Systemen, z. B. zum Gesundheitssystem, zur Pflegeversicherung und zur sozialräumlichen Infrastruktur. Das leitende Anliegen von DHG und DGSGb war und ist es zu verhindern, dass Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf auf die Verliererseite geraten und in der Verwirklichung von Teilhabechancen benachteiligt werden.

Inzwischen, ein halbes Jahr nach der gemeinsamen Tagung, ist der Reformprozess zwar fortgeschritten, jedoch scheint sich allenthalben unter Betroffenen und Fachverbänden eine große Ernüchterung breit zu machen.

Zur Vorbereitung des Gesetzesverfahrens sowie zur Beteiligung von Menschen mit Behinderung und Verbänden war vom zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) die Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz¹ eingesetzt worden, die von Juli 2014 bis April 2015 Grundlagen eines Bundesteilhabegesetzes beraten sollte; der Abschlussbericht liegt noch nicht vor, richtungsweisende Entscheidungen sind offenbar nicht zu erwarten (Stand Ende Juni 2015).

Erwartet wird im Herbst 2015 der Referentenentwurf eines Bundesteilhabegesetzes, aus dem sich dann klarer die Konturen des Teilhaberechts ablesen lassen. Geplant ist, das Gesetzesvorhaben ab Anfang 2016 in den Gremien zu

¹ Dokumentation der Arbeitsergebnisse der AG:
www.gemeinsam-einfach-machen.de

beraten und im Sommer 2016 abzuschließen.²

Schon von Anfang an stand der politisch formulierten Anforderung, es dürfe „keine neue Ausgabedynamik“ entstehen, das große Interesse von Betroffenen und Fachverbänden gegenüber, mit Entwicklung eines modernen Teilhaberechts substantielle Verbesserungen für Menschen mit Behinderungen im Gefolge der Behindertenrechtskonvention zu erreichen. Im März 2015 erhielt der Reformprozess einen heftigen Rückschlag, als die im Koalitionsvertrag zugesagte Kopplung einer jährlichen Entlastung der Kommunalhaushalte in Höhe von 5 Mrd. Euro zugunsten einer Reform der Eingliederungshilfe politisch gekippt wurde.

Wir werden mit großer Aufmerksamkeit verfolgen, welche Anteile vom beabsichtigten modernen Teilhaberecht in das weiterhin angekündigte Bundesteilhabegesetz einfließen werden. Wichtigste „Mindestinhalte“ für ein Bundesteilhabegesetz waren und sind dabei nach Ansicht der Fachverbände³ insbesondere:

- Behinderungsbegriff im Sinne BRK und ICF weiterentwickeln
- Personenzentrierte Gestaltung von Teilhabeleistungen, d.h. Trennung von Fachleistungen der Eingliederungshilfe von existenzsichernden Leistungen, rechtssichere Zuordnung von Bedarfen und Leistungen
- Bundeseinheitliches Verfahren auf ICF-Basis zur Bedarfsermittlung und -feststellung

² Jenny Axmann: Der Prozess um ein Bundesteilhabegesetz geht weiter. In: Rechtsdienst der Lebenshilfe. Nr.2/2015 (Juni 2015), S.55-57; Beitrag auch zum Download: www.lebenshilfe.de/de/buecher-zeitschriften/rechtsdienst

³ Siehe auch: Vorschläge der Fachverbände für Menschen mit Behinderung an die Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz im BMAS. Zum Download: www.diefachverbaende.de/aktuelles

- Hilfen aus einer Hand in primärer Koordinierungsverantwortung des Trägers der Eingliederungshilfe
- Unabhängige Beratung als Teil des Bedarfsermittlungsverfahrens
- Weiterentwicklung der Teilhabe am Arbeitsleben, u.a. auch Zugang zu entsprechenden Teilhabeleistungen für Menschen mit hohen Unterstützungsbedarfen
- Leistungen der Eingliederungshilfe als Nachteilsausgleich, d.h. Verzicht auf Bedürftigkeitsprüfungen für Menschen mit Behinderung und Angehörige
- Integrierte Leistungen von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe - nebeneinander und gleichrangig
- Sicherstellung häuslicher Krankenpflege auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Und vor allem werden wir zu beobachten haben, welche Effekte der Reformprozess für Menschen mit Behinderung und komplexen Unterstützungsbedarfen haben wird. Schon jetzt ist festzustellen, dass die Exklusionstendenzen und -risiken für diesen Personenkreis zunehmen und die Schere zwischen fachlichen Ansprüchen und der Realität in den Einrichtungen immer weiter auseinander geht. Diese Exklusionsrisiken sind im Bundesteilhabegesetz explizit zu berücksichtigen. Bei der Neuausrichtung des Systems Behindertenhilfe sind personenzentrierte und individuelle Unterstützungsarrangements auch für Menschen mit komplexen Bedarfslagen sicherzustellen. Leistungsrechtliche Barrieren dafür müssen benannt und abgebaut werden⁴.

■ DR. CHRISTIAN BRADL
DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE
GESELLSCHAFT
JÜLICH

⁴ Vgl. Positionspapier der DHG zur Reform der Eingliederungshilfe von Monika Seifert: www.dhg-kontakt.de

Grußworte



Verena Bentele
Bundesbehindertenbeauftragte

Sehr geehrte Frau Dr. Seifert,
sehr geehrter Herr Professor Seidel,
sehr geehrte Mitglieder der Deutschen
Heilpädagogischen Gesellschaft und sehr
geehrte Mitglieder der Deutschen Gesell-
schaft für Seelische Gesundheit bei Men-
schen mit geistiger Behinderung,
sehr geehrte Damen und Herren,

leider kann ich heute nicht – wie geplant
– bei Ihnen sein und mit Ihnen über das
Thema "Mehr Teilhabechancen für Men-
schen mit geistiger Behinderung und
komplexen Unterstützungsbedarf. Anfor-
derungen an ein modernes Teilhaber-
echt" in den Dialog treten. Das bedauere
ich sehr und möchte mich hierfür ent-
schuldigen.

Gerne habe ich für Ihre Tagung die
Schirmherrschaft übernommen, weil es
mir als Beauftragte für die Belange von
Menschen mit Behinderung ebenso wich-
tig ist wie Ihnen, die Teilhabechancen
gerade von Menschen mit komplexem
Unterstützungsbedarf zu fördern und zu
sichern.

Ihre Fachtagung beleuchtet aus unter-
schiedlichen Perspektiven die komplexen
Ansätze und Problemstellungen bei der
Reform der Eingliederungshilfe, und Ant-
je Welke von der Lebenshilfe, die eben-
falls in der großen Partizipationsrunde
des Bundesministerium für Arbeit & So-
ziales vertreten ist, wird Ihnen, wie ich
weiß, gleich im Anschluss einen Einblick
in den Stand der Reformdiskussion ge-
ben.

Einer meiner Eckpunkte im Zusammen-
hang mit der Bundesteilhabereform ist
auch ganz klar: Der bedingungslose
Wegfall der Einkommens- und Vermö-
gensgrenze für Menschen mit hohem
Assistenzbedarf. Es muss möglich sein,
dass auch wir das Recht haben, für eine
Ausbildung unserer Kinder oder einen
Urlaub zu sparen. Menschen mit Behin-
derung müssen selbst entscheiden kön-
nen, wie sie unterstützt und gefördert
werden möchten und das auch hinsicht-
lich ihrer Finanzen. Das Wunsch- und
Wahlrecht muss gestärkt werden.

Die im Koalitionsvertrag festgeschriebe-
ne Abkehr vom Fürsorgesystem geht
Hand in Hand mit dem Wegfall der Ein-
kommens- und Vermögensgrenze.

Es müssen natürlich gleichzeitig die er-
forderlichen Leistungen für Menschen mit
Mehrfachbehinderungen sicher gestellt
sein. In dieser Reform wird es um alle
Menschen mit Behinderung gehen, und
es muss darum gehen, ihre Lebenssitua-
tion eindeutig zu verbessern und Prozes-
se zu vereinfachen. Hierbei werden na-
türlich verschiedene Punkte nach und
nach erarbeitet werden müssen.

Ich werde mich dafür einsetzen, dass
Menschen mit Behinderung und das heißt
eben auch Menschen mit komplexem
Unterstützungsbedarf ihren Wohn-, Ar-
beitsraum und Lebensmittelpunkt selbst
aussuchen können. Hier muss die indivi-
duelle Entscheidung im Vordergrund ste-
hen, welche zu keiner Benachteiligung
hinsichtlich der Hilfeleistungen führen

darf. Das betrifft auch den Bereich der Arbeit. Werkstätten sollen für Menschen mit Behinderung, auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, weiterhin eine reelle Option sein, aber eben nicht die Einzige. Auch hier sollten personenzentrierte Lösungen im Vordergrund stehen. Sie überreichen im Verlauf Ihrer Tagung einen Preis für die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit spezifischem Unterstützungsbedarf. Hiermit setzen Sie ein Zeichen und machen positive Beispiele publik. Das ist meines Erachtens der richtige Ansatz.

Der Artikel 8 der UN-BRK fordert unter anderem, „das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderung zu fördern“. Dafür stehen wir alle heute hier, und dafür stehe auch ich ganz persönlich ein. Das betrifft auch den Arbeitsmarkt. Hier muss über Konzepte wie das Budget für Arbeit und die Arbeitsassistenz vertieft gesprochen werden. Die Potenziale und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen müssen in allen gesellschaftlichen Bereichen ankommen.

Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf dürfen nach der Teilhabereform nicht schlechter gestellt sein als vorher - im Gegenteil, und das von Anfang an, auch und gerade im Kinder- und Jugendalter. Daher möchte ich mich auch hier noch mal für die Große Lösung in der Kinder- und Jugendhilfe aussprechen. Denn Kinder sind in erster Linie Kinder, nicht mehr und vor allem nicht weniger.

Zu guter Letzt möchte ich Ihnen allen für Ihr Engagement danken und wünsche Ihnen eine produktive und ergebnisreiche Tagung. Ich würde mich freuen, wenn Sie mich über das ein oder andere Ergebnis aus Ihren Arbeitsgruppen informieren.

■ VERENA BENTELE
BUNDESBEHINDERTENBEAUFTRAGTE
BERLIN
WWW.BEHINDERTENBEAUFTRAGTE.DE



Monika Seifert
Deutsche Heilpädagogische
Gesellschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Vorsitzende der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG) begrüße ich Sie im Namen des Vorstands zur diesjährigen Fachtagung, die wir erstmals gemeinsam mit unserem Kooperationspartner DGSGB, der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, durchführen.

Wir freuen uns über das große Interesse an der Tagung. Fast 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 13 Bundesländern und der Schweiz sind gekommen, nur Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland sind nicht vertreten.

Ganz besonders möchte ich unsere Referentinnen und Referenten im Plenum und die Moderatorinnen und Moderatoren der Arbeitsgruppen sowie die Preisträger des DHG-Preises zum Themenfeld „Arbeit ist Vielfalt“ begrüßen.

Schirmherrin der Tagung ist die Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Verena Bentele, die ihre Teilnahme

leider kurzfristig absagen musste, aber ein Grußwort geschickt hat, das ich nachher verlesen werde.

Das Thema der Tagung „Mehr Teilhabechancen für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf – Anforderungen an ein modernes Teilhaberecht“ ist höchst aktuell. Noch in dieser Legislaturperiode soll das Bundesteilhabegesetz in Kraft treten – ein Gesetz, das den Anspruch hat, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zu verbessern und damit das deutsche Recht im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention weiterzuentwickeln. Wesentliche Punkte sind (BMAS, August 2014):

- Selbstbestimmung und individuelle Lebensplanung sollen „vollumfänglich unterstützt“ werden.
- Die Leistungen sollen personenzentriert gestaltet werden, unabhängig von Wohnort und -form.
- Die Eingliederungshilfe soll sich auf die Fachleistung konzentrieren.
- Die Bedarfsfeststellung soll im Rahmen eines bundeseinheitlichen partizipativen Verfahrens erfolgen.
- Die Möglichkeiten einer unabhängigen Beratung sollen geprüft werden.

Gerade zwei Wochen ist es her, dass sich die Fachverbände für Menschen mit Behinderung auf einem Diskussionsforum in Berlin über den aktuellen Stand der Beratungen zum Bundesteilhabegesetz ausgetauscht haben. Und nun schon wieder eine Tagung zum Thema – diesmal aber mit einem besonderen Akzent: Im Mittelpunkt steht die Frage, was das neue Gesetz für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf bringt!

Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf – wer ist damit gemeint? Es ist ein Personenkreis, der in unseren Städten und Gemeinden weitgehend unsichtbar ist, dessen spezifischer Unterstützungsbedarf zur Realisierung von Teilhabe in der Inklusionsdebatte nahezu völlig ausgeblendet wird und der in unse-

rer Gesellschaft keine Lobby hat. Konkret: Es geht um Menschen,

die (schwere) kognitive Beeinträchtigungen haben, häufig begleitet durch körperliche oder sinnesbezogene Beeinträchtigungen oder chronische Erkrankungen,

- die in allen oder vielen Lebensbereichen von umfänglicher personeller Unterstützung abhängig sind,
- die überwiegend nonverbal kommunizieren und ihre Befindlichkeiten, ihre Bedürfnisse und Interessen durch jeweils eigene Ausdrucksformen signalisieren,
- die durch herausforderndes Verhalten „auffallen“,
- die von psychischen Störungen oder Erkrankungen betroffen sind.

Allen gemeinsam ist, dass sie nicht oder nur bedingt für sich selbst sprechen können und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen anwaltschaftlicher Unterstützung bedürfen – weil sie andernfalls Gefahr laufen, in ihren Bedürfnissen und Ansprüchen missachtet und Interessen von Dritten ausgeliefert zu sein.

Ein Rückblick auf die vergangenen 20 Jahre zeigt, dass es für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf viele positive Entwicklungen gab, auf der Handlungsebene und auch strukturell. Wir haben die Veränderungen auf unseren Tagungen, in Fachgesprächen und mit dem DHG-Preis gewürdigt und Impulse zur Weiterentwicklung gegeben. Seit einigen Jahren beobachten wir in der Arbeit mit diesem Personenkreis mit Sorge, dass die Schere zwischen fachlichen Ansprüchen und der Realität vor Ort immer weiter auseinander geht:

- Wohnen inmitten der Gesellschaft? – Für die meisten nicht realisiert. Nach wie vor lebt der größte Teil der Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in Großeinrichtungen, ohne alltägliche Kontakte mit der Bevölkerung. Trotz der angestoßenen Kon-

versionsprozesse ist zu befürchten, dass Restgruppen in den Institutionen verbleiben werden.

- Selbstbestimmung? – Unter den gegebenen leistungsrechtlichen und strukturellen Bedingungen kann den Wünschen und eigenen Qualitätszielen von Menschen mit hohem Hilfebedarf kaum Rechnung getragen werden.
- Intensivpädagogische und psychotherapeutische Ansätze für Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen? – Der Anspruch auf die notwendigen Hilfen, z. B. bei gravierend herausforderndem Verhalten, ist immer schwieriger durchzusetzen und zu gestalten.
- Medizinisch-psychiatrische Versorgung in der Region? – Das Gesundheitssystem ist auf die Erfordernisse für diesen Personenkreis nicht eingestellt.
- Teilhabe am allgemeinen Leben? – Die Umsetzung stößt auf viele Hindernisse, die teils in Einstellungen der Bevölkerung, teils in kommunalen Strukturen, teils in unzureichenden Rahmenbedingungen zur Förderung der Teilhabe begründet sind.

In den genannten und weiteren Bereichen, die auf der Tagung thematisiert werden, wollen wir gegensteuern, indem wir auf die spezifischen Bedarfe dieser Personengruppe aufmerksam machen und ihre unbedingte Zugehörigkeit zur Gesellschaft einschließlich der notwendigen Unterstützungsleistungen für ihre Teilhabe einfordern. Wir können es nicht zulassen, dass die Diskussion um die Ausgestaltung des Bundesteilhabegesetzes auf fiskalische Aspekte verengt wird und inhaltliche Fragen eher sekundär sind. Wir müssen die fachlichen und konzeptionellen Anforderungen an das neue Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit komplexem Unterstüt-

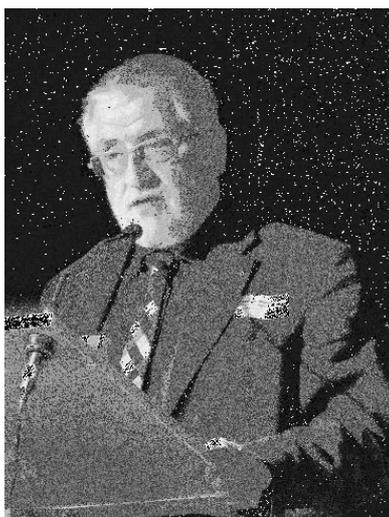
zungsbedarf konkret benennen. Genau das wollen wir auf dieser Tagung tun.

Zentrale Leitfragen sind:

- Wie können in den unterschiedlichen Lebensbereichen und Lebenslagen Teilhabechancen weiter entwickelt werden?
- Welche teilhaberechtlichen Anforderungen ergeben sich daraus für die Reform der Eingliederungshilfe, einschließlich der Schnittstellen zu anderen Bereichen des Leistungsrechts?
- Welche fachlichen und leistungsrechtlichen Anforderungen gelten besonders für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf?
- Diese Leitfragen werden wie ein roter Faden die Tagung durchziehen – in den Vorträgen im Plenum, in den Arbeitsgruppen und auf dem abschließenden Podium. Ich wünsche uns allen fruchtbare Diskussionen.

Last but not least möchte ich noch meinen Dank aussprechen an Organisationen und Personen, die diese Tagung unterstützt haben, insbesondere der Berliner Lebenshilfe gGmbH, dem Berliner Landesverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbands und allen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern rund um die Tagung. Vielen Dank!

- DR. MONIKA SEIFERT
VORSITZENDE DER DEUTSCHEN
HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT
(DHG)
BERLIN



Michael Seidel
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung

Liebe Frau Seifert, lieber Herr Bradl,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

in meiner Eigenschaft als Vorsitzender der DGSGB, der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, als Mitveranstalter der Fachtagung, obliegt auch mir, Sie herzlich zu begrüßen.

Zunächst kann ich mich voll und ganz den freundlichen Grüßen und den guten Wünschen von Frau Seifert anschließen. Auch ich bedanke mich jetzt schon nicht nur bei allen Mitwirkenden für die aktiven Beiträge zu unserer Veranstaltung, sondern auch schon bei allen Referentinnen und Referenten für die pünktliche Einreichung ihrer Beiträge zur alsbaldigen Drucklegung.

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung begeht im Dezember dieses Jahres den 20. Jahrestag ihrer Gründung. Wir freuen uns über die Möglichkeit, gemeinsam mit der Deutschen Heil-

pädagogischen Gesellschaft diese Fachtagung ausrichten zu können. Die DGSGB ist eine interdisziplinäre, multi-professionelle Fachgesellschaft. Dementsprechend kommen sowohl unsere Mitglieder als auch das Publikum unserer regelmäßigen Arbeitstagungen aus allen möglichen Berufen und Tätigkeitsfeldern. Die Durchführung von Veranstaltungen in Kooperation mit anderen Fachgesellschaften hat eine lange Tradition. Als Partner erwähne ich neben der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft beispielhaft die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Forschung bei Menschen mit geistiger Behinderung (DIFGB) oder das Netzwerk Intensivbetreuung.

Meine Damen und Herren! Die Bundesregierung beabsichtigt, im Rahmen eines umfassenden Reformvorhabens die bisherige Gesetzgebung der Eingliederungshilfe zu einem zeitgemäßen Teilhaberecht umzuwandeln. Im Hinblick auf dieses höchst anspruchsvolle und komplexe Reformvorhaben werden allerdings sehr unterschiedliche Erwartungen deutlich: Auf der einen Seite, und hier finden Sie DHG und DGSGB, wird erwartet, dass dieser Reformprozess sich an den Maßgaben und Zielvorgaben der UN Behindertenrechtskonvention orientiert und diese Intentionen in den Vordergrund stellt. Auf der anderen Seite, verständlicherweise finden sich dort Vertreter der Leistungsträger, gibt es die Hoffnung, die Reform der Eingliederungshilfe setze ein beträchtliches Einsparpotenzial frei oder führe wenigstens nicht zu Mehrkosten. Dass das ganze Vorhaben kostenneutral sein müsse, hat jedenfalls die Bundesregierung unterstrichen. Die Kommunen, bekanntlich unter erheblichem finanziellem Druck, wünschen sich natürlich, dass eine spürbare finanzielle Entlastung zustande kommt.

Die DHG und die DGSGB sind vereint in der Sorge um die Menschen mit geistiger Behinderung, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Wir wissen, schon heute wird dieser besondere Unterstützungsbedarf oft gar nicht oder

nicht im ausreichenden Maße gedeckt. Unsere Erwartung an das Reformvorhaben der Bundesregierung geht dahin, dass in Zukunft ein weiterhin offener Leistungskatalog, endlich eine bundesweit einheitliche und differenzierte Hilfebedarfsermittlung und vor allem ausreichende finanzielle Mittel ermöglichen, dass gerade diese vulnerable Gruppe in Zukunft die notwendigen Hilfen im Interesse ihrer optimalen Teilhabe bekommen wird.

Meine Damen und Herren, die Veranstaltung heute und morgen soll beitragen, den Diskurs um die Reform der Eingliederungshilfe mit fachlichen Aspekten und Impulsen anzureichern und aus einer gewissen leistungsrechtlichen und finanzpolitischen Verengung herauszuführen.

Gerade weil wir aus voller Überzeugung den dringend erforderlichen Strukturwandel der Behindertenhilfe in Richtung auf Dezentralisierung, Institutionalisierung, Sozialraumbezug usw. unterstützen, machen wir nachdrücklich geltend: Menschen mit geistiger Behinderung brauchen oft erheblich mehr als selbstbestimmte Wohnformen oder selbstbestimmte Beschäftigungsoptionen, nämlich differenzierte fachliche Unterstützung in vielen Lebensbereichen.

Ich freue mich auf die Vielfalt der Beiträge, auf eine lebendige und hoffentlich auch kontroverse Diskussion. Wie gut das gelingt, liegt an uns allen, auch an Ihnen, liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Ich wünsche unserer gemeinsamen Veranstaltung viel Erfolg und Ihnen im Namen des Vorstandes der DGSGB eine gute, erfolgreiche Zeit in Berlin.

- PROF. DR. MICHAEL SEIDEL
VORSITZENDER DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT BEI MENSCHEN GEISTIGER BEHINDERUNG (DGSGB)
BIELEFELD



Von der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht

Stand der Reformdiskussion zum Bundesteilhabegesetz

Antje Welke
Bundesvereinigung Lebenshilfe, Berlin



 Lebenshilfe

Von der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht – Stand der Reformdiskussion zum Bundesteilhabegesetz

Gemeinsame Fachtagung der DHG und der DGSGb,
am 29. und 30.1.2015
in Berlin

Antje Welke
Justiziarin und Leiterin der Abteilung „Konzepte und Recht“
Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

 Lebenshilfe

| Von der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
| Antje Welke
| 29. Januar 2015: DHG und DGSGb Jahrestagung

1. bisheriger Reformprozess, Koalitionsvertrag und Entwicklungen seit Beginn der 18. Legislaturperiode und Zeitplan

- jahrelanger ASMK-Prozess
- Grundlagenpapier der Bund-Länder-AG (2012)
- Bundesrats-Beschluss zum Bundesleistungsgesetz vom 22.03.2013
- Ergänzung durch Bericht einer Länder-AG (2013)
- Koalitionsvertrag

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE | 2

 Lebenshilfe

| Von der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
| Antje Welke
| 29. Januar 2015: DHG und DGSGb Jahrestagung

Übersicht

1. bisheriger Reformprozess, Koalitionsvertrag und Entwicklungen seit Beginn der 18. Legislaturperiode und Zeitplan
2. Arbeit der AG Bundesteilhabegesetz
3. Aktivitäten der Verbände

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE | 2

 Lebenshilfe

| Von der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
| Antje Welke
| 29. Januar 2015: DHG und DGSGb Jahrestagung

- *„Wir werden ein Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz) erarbeiten.“*
- *Dabei werden wir die die Neuorganisation der Ausgestaltung der Teilhabe zugunsten der Menschen mit Behinderung so regeln, dass keine neue Ausgabendynamik entsteht“.*
- *„die Kommunen im Rahmen der Verabschiedung eines Bundesteilhabegesetzes im Umfang von fünf Milliarden Euro jährlich von der Eingliederungshilfe entlastet werden.“*

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE | 4

| Ton der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Anja Welke
 | 29. Januar 2015: DHJG und DGSGG Jahrestagung



- *Wir wollen den Übergang zwischen Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und dem ersten Arbeitsmarkt erleichtern, Rückkehrrechte garantieren und die Erfahrungen mit dem „Budget für Arbeit“ einbeziehen.“ (Seite 110)*
- *„Wir wollen die Einführung eines Bundesteilhabegeldes prüfen.“*
- *„Wir wollen die Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben, aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln. (Seite 111)*
- *Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionenzentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden.*

BUNDEVERBAND LEBENSILFHE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSILFHE.DE

| Ton der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Anja Welke
 | 29. Januar 2015: DHJG und DGSGG Jahrestagung



2. Arbeit der AG Bundesteilhabegesetz

Zusammensetzung der „Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz“

Deutscher Behindertenrat hat 10 Plätze:

- Adolf Bauer, SoVD
- Ulrike Mascher, VdK
- Holger Borner, BAG SELBSTHILFE
- Hans-Werner Lange, DBSV
- Renate Welter, Deutsche Gesellschaft der Hörgeschädigten
- Norbert Müller-Fehling, bvkm
- Ulla Schmidt, BVLH
- Ruth Fricke, BPE
- Dr. Sigrid Amade, ISL
- Peter Braun, ABID

BUNDEVERBAND LEBENSILFHE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSILFHE.DE

| Ton der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Anja Welke
 | 29. Januar 2015: DHJG und DGSGG Jahrestagung



- *Wir werden das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention berücksichtigen.*
- *Menschen mit Behinderung und ihre Verbände werden von Anfang an und kontinuierlich am Gesetzgebungsprozess beteiligt.“*

BUNDEVERBAND LEBENSILFHE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSILFHE.DE

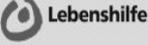
| Ton der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Anja Welke
 | 29. Januar 2015: DHJG und DGSGG Jahrestagung



- BAGFW,
- Die Fachverbände, Michale Conty (BEB)
- BAG WfbM
- BAG Werkstatträte
- 5 Ländervertreter
- BAGüS
- KSV
- DGB
- BDA
- Sozialversicherungen
- Andere Ministerien als Gäste

BUNDEVERBAND LEBENSILFHE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSILFHE.DE

| Ton der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Anja Welke
 | 29. Januar 2015: DHJG und DGSGG Jahrestagung



2014:

- informelle Gespräche
- parteiinterne Arbeitsgruppen
- hochrangigen Beteiligungsprozess von Juli 2014 bis April 2015 (www.gemeinsam-einfach-machen.de)

2015

- Erarbeitung des Gesetzes durch BMAS
- Abstimmung mit den anderen Ressorts und den Ländern

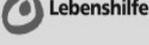
2016

- Gesetzgebungsverfahren
- Verabschiedung des Gesetzes vor der Sommerpause 2016

2017: angestrebtes Inkrafttreten (?)

BUNDEVERBAND LEBENSILFHE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSILFHE.DE

| Ton der Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Anja Welke
 | 29. Januar 2015: DHJG und DGSGG Jahrestagung



17.09.2014	1. Leistungsberechtigter Personenkreis - Behinderungsbegriff 2. Abgrenzung Fachleistungen zu existenzsichernden Leistungen 3. Bedarfsermittlung und -feststellung: bundeseinheitliche Kriterien und Koordinierungsverantwortung 4. Unabhängige Beratung
14.10.2014	Teilhabe am Arbeitsleben
19.11.2014	1. Soziale Teilhabe, einschließlich Assistenzleistungen 2. Bedürftigkeits-un-/abhängigkeit der Fachleistungen 3. pauschalierte Geldleistung als mögliche Leistungsform der Fachleistung/Prüfung Einführung Bundesteilhabegeld, Blinden- und Gehörlosengeld

BUNDEVERBAND LEBENSILFHE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSILFHE.DE

| Von der: Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Antje Welke
 | 29. Januar 2015: DRiG und DGSGG Jahrestagung



10.12.2014	1. Mögliche Änderungen im SGB IX 2. Aufgaben und Verantwortung der Länder und Träger 3. Leistungserbringungsrecht/ Vertragsrecht in SGB XII und SGB IX
20.01.2015	1. Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) - Große Lösung SGB VIII 2. Kulturbereich: inklusive Bildung (einschließlich Hochschule)

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

| Von der: Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Antje Welke
 | 29. Januar 2015: DRiG und DGSGG Jahrestagung



3. Aktivitäten der Verbände

BVLH und Fachverbände

- EGH frei vom **Einsatz von Einkommen und Vermögen**
- **Ergänzendes Teilhabegeld**; anrechnungsfreie pauschale Geldleistung zum Ausgleich behinderungsbedingter Teilhabebeeinträchtigungen. Höhe in Anlehnung an § 31 BVG (100 – 200 €).
- **Reform im SGB IX**
- **Individuelle Bedarfsdeckung**, keine Altersgrenze
- **Partizipative Bedarfsfeststellung** und Teilhabeplanung nach einheitlichen Kriterien
- **unabhängige Beratung** durch anerkannte Beratungsstellen – Folge der Personenzentrierung: Erhöhter Bedarf an Beratung und Begleitung.

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

| Von der: Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Antje Welke
 | 29. Januar 2015: DRiG und DGSGG Jahrestagung



19.02.2015	1. Krankenversicherung (SGB V), insbesondere häusliche Krankenpflege und Soziotherapie 2. Pflegeversicherung (SGB XI), insbesondere Pflegebedürftigkeitsbegriff neu - § 43a SGB XI - § 55 SGB XII 3. Hilfe zur Pflege
12.03.2015	1. Finanzielle Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen 2. Kommunale Entlastung (Bundesteilhabegeld, Aufgabenverlagerung) 3. Gegenfinanzierung Leistungsverbesserungen 4. Finanzierungstableau
14.04.2015	1. Übergangsregelungen - Inkrafttreten 2. Abschluss

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

| Von der: Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Antje Welke
 | 29. Januar 2015: DRiG und DGSGG Jahrestagung



- **Teilhabe am Arbeitsleben**
 - dauerhafter Lohnkostenzuschuss!
 - Gleichberechtigter Zugang zur Arbeitswelt für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf
- **Zuordnung von Leistungen**
 - Fachleistungen der Eingliederungshilfe (§ 53 ff. SGB XII); bedarfsdeckend, egal wo man wohnt; auch Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags
 - Hilfen zum Lebensunterhalt (§ 41 ff. und § 27 ff. SGB XII) behinderungsbedingte Mehrbedarfe: Öffnungsklausel bei Pauschallierung; Kosten der Unterkunft bei gemeinschaftlichem Wohnen müssen gesondert kalkuliert werden
- **Vertragsrecht (§ § 75 ff. SGB XII)**
 - Overhead-, Sach- und Investitionskosten sind als Bestandteile der Fachleistung dieser zuzuordnen

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

| Von der: Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Antje Welke
 | 29. Januar 2015: DRiG und DGSGG Jahrestagung



Exkurs: finanzieller Rahmen der Reform

- Koalitionsvertrag: Kopplung der 5 Mrd. Euro an Einführung eines Bundesteilhabegesetzes
- vorab: 1 Mrd. Euro an Kommunen (2015 – 2017)
- unklar, wie 5 Mrd. des Bundes anschließend an Kommunen weitergeben werden sollen
- Art. 104a GG zu beachten – Bund kann nur Geldleistung finanzieren

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

| Von der: Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht
 | Antje Welke
 | 29. Januar 2015: DRiG und DGSGG Jahrestagung



DBR, BAGFW, KfV

- Bundesteilhabegesetz im Rahmen des SGB IX
- Leistungen der Eingliederungshilfe sind einkommens- und vermögensunabhängig zu leisten
- Die Teilhabeleistungen müssen auch bedarfsdeckend erbracht werden
- Das Wunsch und Wahlrecht muss uneingeschränkt gelten
- Zugang zu den Teilhabeleistungen erfolgt über eine individuelle und partizipative Bedarfsermittlung, es sind bundeseinheitliche Verfahrensschritte zur Bedarfsfeststellung
- Rechtsanspruch auf plurale, leistungsträgerunabhängige Beratung
- Zusätzlich zu den individuell erforderlichen Teilhabeleistungen ist ein weiterer Nachteilsausgleich in Form einer ergänzenden, pauschalierten Geldleistung vorzusehen.

BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE E.V., LEIPZIGER PLATZ 15, 10117 BERLIN, TEL. 030 206411-0, WWW.LEBENSHILFE.DE

Stand: 29.01.2015

■ **ANTJE WELKE**
 BUNDEVEREINIGUNG LEBENSHILFE
 BERLIN
 WWW.LEBENSHILFE.DE



Exklusion als Realität und Risiko für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf

Iris Beck
Universität Hamburg

Im Mittelpunkt der Tagung steht die Frage nach den Teilhabechancen, insbesondere vor dem Hintergrund des Bundesparteilhabegesetzes. Was lässt sich sagen zum Stand der Realisierung der Teilhabe? Dafür muss man fragen: um wen geht es? Und woran bemessen wir Teilhabe oder Exklusion? Was wissen wir diesbezüglich tatsächlich, bezogen auf die Lebenslagen der behinderten Menschen? Und von der strukturellen Seite her gefragt: Welche Entwicklungen sind in den Institutionen erkennbar? Denn die strukturellen Rahmenbedingungen, die Organisation und die Handlungsprozesse des professionellen Systems stellen die zentralen Kontextfaktoren der Lebenschancen dar. Es gilt deshalb auch nach deren Nutzen, Angemessenheit und Wirksamkeit und zwar mit Blick auf eine Erhöhung der Handlungsspielräume zu fragen.

1. Um wessen Teilhabe geht es?

In der Nomenklatur des neuen Teilhabeberichts der Bundesregierung entsteht Behinderung – unter Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention - „aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (Bundesregierung 2013, S. 30f.).

Die Behinderung ist also eine Situation zwischen Menschen und ihrem Umfeld; die Bundesregierung hat die Entscheidung, in Bezug auf Menschen von ‚Beeinträchtigung‘ zu sprechen, bewusst getroffen. Diese Entscheidung hatte auch Folgen für den Einbezug von Datenquellen und hier insbesondere für die einzigen Daten, aus denen sich vorsichtig etwas über Exklusionsrisiken ableiten lässt, deshalb sei dies vorausgeschickt. So begründet die Entscheidung ist, kann doch nicht übersehen werden, dass der Begriff der Beeinträchtigung noch unanschaulicher und weiter gefasst ist als der Behinderungsbegriff. Die Gefahr besteht, dass hierunter nur ein physiologischer Struktur- oder Funktionsschaden verstanden wird. Beeinträchtigungen sind aber ebenso wie Behinderungen immer schon Folge eines Wechselspiels zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren.

Die DHG spricht von Menschen mit geistiger Behinderung; für mich drückt sich damit der Kern ihrer Lage, nämlich die Erschwerung ihrer Teilhabe, klar aus, und gleichzeitig besteht nicht die Gefahr der Superlative: der Rede von schwersten oder mehrfachen Behinderungen, die dem Grundgedanken des Behinderungsverständnisses der UN-BRK zuwiderlaufen.

Mit dem Zusatz „Unterstützungsbedarf“ wird m.E. vielmehr eine dynamische und nicht schädigungszentrierte Sichtweise fortgesetzt. Denn ein Bedarf bezeichnet die Konkretisierung eines als notwendig

oder erstrebenswert empfundenen Inhaltes. Er ist zwar bezogen auf ein Individuum, aber immer sozial beeinflusst, dynamisch und veränderlich. Ein Bedarf muss artikuliert werden, er entsteht in der Auseinandersetzung mit Lebensbedingungen und ist durch sie beeinflusst. Man kann ihn weder zeitlich noch inhaltlich ein für alle Mal festlegen, noch dies tun, ohne die Lage des Betroffenen zu kennen. Ein Bedarf realisiert sich zudem immer im Spannungsfeld zwischen dem individuell Erwünschten oder Notwendigen und dem gesellschaftlich Möglichen. Der Begriff zwingt also dazu, den Sachverhalt genau zu beleuchten, und verweist m.E. zugleich eindeutig darauf, dass es sich dabei nicht um ein rein individuelles Problem handelt, sondern soziale und strukturelle Aspekte miteinbezogen werden müssen.

Der Zusatz „Komplex“ meint ein geschlossenes Ganzes, dessen Teile vielfältig verknüpft sind; für Komplexeinrichtungen ist dies mit Sicherheit eine treffende Beschreibung. Insofern könnte der Zusatz als institutionelle Kategorie missverstanden werden („Hilfebedarfsgruppe 4 oder 5“).

Man muss ihn aber gerade gegenteilig betrachten: So geht es darum, wirksame, der individuellen Lage angemessene, dem Wunsch- und Wahlrecht entsprechende und diesem folgende Unterstützungssettings zu schaffen. Dabei äußert sich die Komplexität des Bedarfs und das gemeinsame Ganze dieser sehr heterogenen Gruppe darin, dass die dem Bedarf zugrundeliegende Bedürfnisverwirklichung und damit die Entwicklung der Persönlichkeit, der Identität und Selbstbestimmung durch eine Vielzahl von Faktoren in besonderem Maß erschwert ist und eine sehr hohe soziale Abhängigkeit mit sich bringt.

Diese Faktoren können je individuell unterschiedlich zusammenwirkende Einschränkungen von Kognition und Kommunikation, Kognition und körperlichen und motorischen Funktionen oder aber Kognition und Verhalten sein, immer im Wechselspiel mit sozialen, strukturellen

und individuell-biographischen Bedingungen. Gleichzeitig gehen mit dieser Bedarfslage besonders hohe Beschränkungen der Zugangsmöglichkeiten zur vollen Breite der Angebote der Erziehung, Bildung, Förderung und Therapie einher und zwar sowohl in Bezug auf das Regel- als auch auf das Sonder- bzw. Rehabilitationssystem (Schädler 2011, 28).

2. Was bedeutet Teilhabe?

Wenn man über Teilhabe spricht, spricht man über die Lebensführung. Damit geht es um die grundsätzliche – für uns alle geltende – Frage, ob Handlungsspielräume vorhanden und so gestaltet sind, dass es neben den Zwängen und Abhängigkeiten auch freie Wahlmöglichkeiten gibt; dass über Zugehörigkeit und Anerkennung identitätsstärkende Erfahrungen gemacht werden können und dass man den Alltag ebenso wie Belastungen, die sich stellen, bewältigen kann.

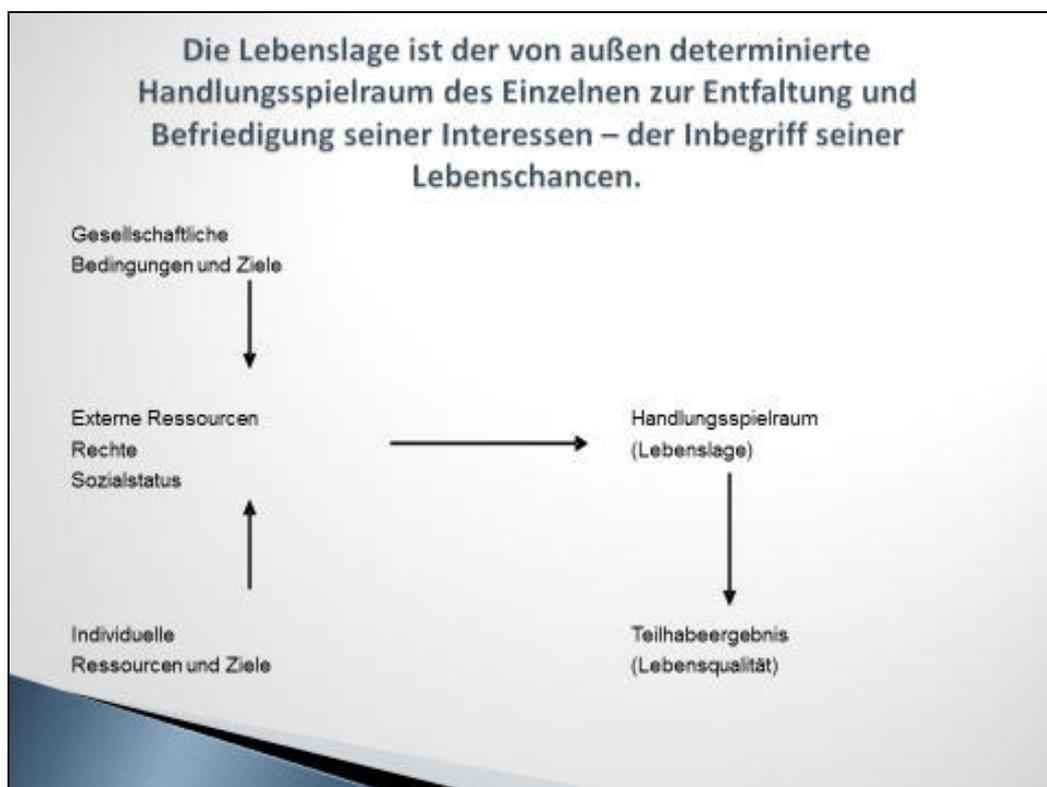
Wissenschaftlich umfasst wird dies im Begriff der Lebenslage. Die Lebenslage bezeichnet den äußeren, strukturell vorgegebenen Handlungsspielraum, den „die gesellschaftlichen Umstände dem einzelnen zur Entfaltung und Befriedigung seiner wichtigen Interessen bieten. Sie stellt damit den Gesamtbegriff der sozialen Chancen des einzelnen dar“ (Nahnsen 1975, 148). Die Handlungsspielräume werden auch als Dimensionen der Lebenslage beschrieben. Im Teilhabebericht der Bundesregierung sind sie als Teilhabefelder aufgenommen worden. Sie konstituieren sich auf der einen Seite durch Ressourcen und Bedingungen des Umfelds, auf der anderen durch die des Individuums. Der Handlungsspielraum stellt somit eine Chancenstruktur zur Entfaltung und Befriedigung wichtiger Bedürfnisse der Lebensführung dar und ist wesentlich von außen beeinflusst.

Das Lebenslagenkonzept, wie es der Sozialpolitiktheoretiker Gerhard Weisser

(1978) in den 1950er Jahren formulierte, fand Eingang in politische Programme und ins Sozialgesetzbuch (vgl. Beck/Greving 2012) Teilhabe stammt aus dem Bereich des Rechts und findet sich als Zielbegriff vor allem in der Sozialpolitik.

Die im SGB XII zu findenden „besonderen Lebenslagen“ beschreiben Risikolagen und zwar bezogen auf die Gefährdung des Zugangs zu Lebensbereichen. Im Kern geht es also nicht um die Her-

stellung eines „idealen Einbezogenseins“ in alle denkbaren Lebensbereiche und Felder der Lebensführung, sondern um die Regulierung von Verteilungskonflikten mit Blick auf den sozial ungleichen, ungerechten Zugang zu solchen Gütern (wie Bildung oder Arbeit) und Ressourcen, die für die Ermöglichung einer möglichst selbstständigen und selbst bestimmten Lebensführung eine zentrale Bedeutung haben.



Teilhaberechte sind also strukturelle Bedingungen der Lebenschancen (vgl. Beck/Greving 2012). Die Reform der Eingliederungshilfe und das Teilhabegeld sind von zentraler Bedeutung für die Herstellung gleichberechtigter Zugänge. Aber sie stellen nicht sicher, dass es auch zur gleichberechtigten Teilnahme kommt. Ob der Einzelne sein Recht wahrnehmen kann und ob und wie er dann tatsächlich aktiv an Feldern der Lebensführung teilnimmt, ist damit nicht gesagt. Denn zentrale Grundsätze der

UN-BRK, z.B. Artikel 19 mit dem Recht auf ein Leben in der Gemeinschaft, freie Wahl des Wohnens und Zugang zu gemeindenahen Diensten, aber auch des SGB IX wie das Wunsch- und Wahlrecht werden derzeit durch den Nachrang des SGB XII und den Mehrkostenvorbehalt unzureichend berücksichtigt und darüber hinaus in den Leistungsgesetzen teilweise konterkariert.

Zudem ist es fraglich, ob mit der Reform das Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit der Leistungen und der Verwirkli-

chung individueller Bedarfsgerechtigkeit zugunsten der Lebenschancen gelöst wird. Doch auch wenn dies erreicht wird, entfaltet das Recht seine Wirkung erst in der Umsetzung. Dafür braucht es Kenntnis und Willen, Information, Kooperation und Koordination bei allen Trägern, eine entsprechende Infrastruktur und die konzeptionellen, finanziellen, personellen Rahmenbedingungen vor Ort.

Die in Demokratietheorien geläufige Unterscheidung von Teilhabe und Teilnahme, die beide im Partizipationsbegriff umfasst sind, verweist auf eine wichtige Differenz: Teilnahme ist aktiv und bezieht sich auf das Individuum; zur Realisierung muss der Einzelne teilnehmen wollen, aber auch können: er braucht dafür zugängliche Kontexte. Inklusion wiederum bezieht sich in der Soziologie ebenfalls auf die Kontexte – sie bezeichnet die Art und Weise, wie in hoch differenzierten Gesellschaften Mitgliedschaften zu den Teilsystemen und ihren Organisationen hergestellt wird. Inklusion lässt aber den aktiven Part des Individuums und seine Mitwirkung außen vor. Inklusion und Partizipation vollziehen sich genau auf dieser Ebene der konkreten sozialräumlichen Bedingungen vor Ort.

Inklusion hebt dabei vorrangig auf die Ebene der Organisationen und ihre Ein- und Ausschlusskriterien ab. im Duktus von Niklas Luhmann (1995) ist hier ein nüchterner Vorgang gemeint, der viele Formen und Stufen kennt und sich auf alle Organisationen bezieht, auf ihre Erwartungen an die Mitgliedschaftsrolle, die Regeln und Ressourcen, die damit verknüpft sind. Genau deshalb kann es prekäre Inklusionen geben, z.B. befristete Arbeitsplätze, ebenso wie Exklusion nicht per se negativ sein muss: entscheidend ist die Frage, wie wichtig die Mitgliedschaft für die Lebensführung ist und wie sie sich mit Blick auf die Lage des Einzelnen genau gestaltet!

Deshalb ist keine Inklusion per se gut oder schlecht, sondern immer erst im Hinblick auf einen zu bewertenden Zustand. Die Gefährdungen oder Risiken

können sich deshalb genauso auf Inklusionen beziehen. Da der Begriff politisch und fachlich aber in der Regel nicht in diesem Sinn verwandt wird, sondern, im Sinne einer Forderung nach dem idealen Einbezogensein in alles, von Anfang an und bedingungslos, normativ aufgeladen wird, wird er zum Zweck an sich: Inklusion ist per se gut und Sonderorte per se schlecht – oder aber: alles ist Inklusion.

Diese Gefahr der begrifflichen Leerhülle betrifft alle Leitziele. Inklusion, Partizipation und Teilhabe sind aber letztlich keine Zwecke an sich, sondern immer nur Mittel – und zwar für Lebenschancen. Sie sind zentrale Bedingungen des Handlungsspielraums. Damit geht es um die Veränderung sozial ungleicher, ungleicher Zugangschancen, um die Umsetzung der Standards und Qualitätsmerkmale, wie sie die UN-BRK vorgibt. Diese benennt Partizipation als Bedingung von Inklusion, damit die Wahlmöglichkeiten und die Wirksamkeit und Angemessenheit der Leistungen sichergestellt werden – und zwar an allen Orten.

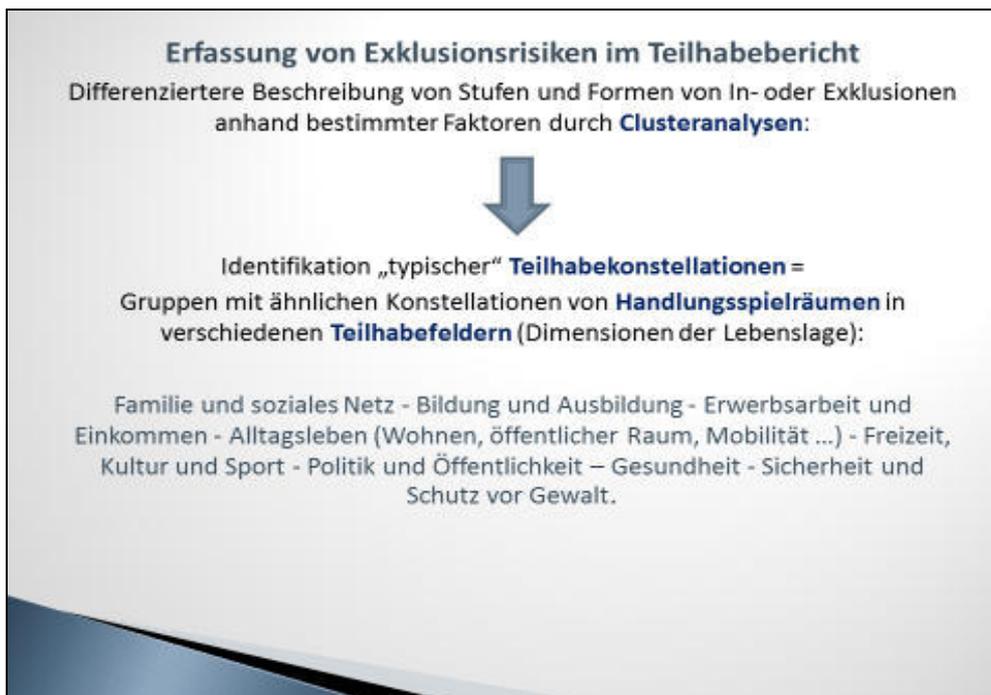
Deshalb sehe ich eine der größten Gefahren in den derzeitigen Auseinandersetzungen in einem Inklusionsverständnis, das in einem Schwarz-Weiß von Sonder- und Regeleinrichtungen, von ambulant und stationär, von WfbM oder erstem Arbeitsplatz denkt. Ein solches Denken und Handeln entlässt die Sondereinrichtungen aus dem Zwang, ihre eigene Inklusivität, ihre Qualität, ihre Regeln und Erwartungen zu prüfen, ihre Rolle als Kontextfaktor für die Inklusion in andere Lebensbereiche wahrzunehmen, und dies gilt auch für Angebote, die dem Namen nach inklusiv sind.

Viel gravierender aber ist, dass dieser binäre Code dazu führt, dass nicht die Inklusivität der Organisation, sondern der Person hinterfragt wird und eine Grenzziehung weiter festgeschrieben wird, die, wie das Johannes Schädler sagt, den Akteuren auch als „Legitimationsmuster zur Fortführung bestehender stationärer Einrichtungsroutinen“ dienen kann. (2011, S. 26).

3. Exklusionsrisiken

Der Teilhabebericht hat auf ernüchternde Weise verdeutlicht, wie schlecht unsere empirische Kenntnis der Lebenslagen behinderter Menschen insgesamt ist. Dabei gibt es aber noch Steigerungen, was die toten Winkel betrifft, gerade in Bezug auf den hier angesprochenen Personenkreis. Dieser wird in keiner der Repräsentativbefragungen, wie z.B. dem Mikrozensus, erfasst. Die letzte Untersuchung der Lage der Heimbewohner stammt aus dem Jahr 1998. Oft fallen sie aus den Nutzerbefragungen, die in vielen Einrichtungen durchgeführt werden, heraus. Will man so etwas wie die Inklusivität der Organisationen analysieren,

kann man sich deshalb fast nur auf institutionelle Fallzahlen und Angebotsdaten beziehen. Die Lebenswirklichkeit der Menschen erfasst man dadurch nicht. Dies gilt auch und vor allem für die Lebenswirklichkeit ihrer Familien, auf die sich der Blick insbesondere dann fast gar nicht richtet, wenn die erwachsenen Kinder nur teilweise oder gar nicht ins Hilfesystem einbezogen sind. Finden sich schließlich einzelne Studien, dann bieten diese in der Regel nur Einblicke in bestimmte Aspekte der Lebensführung und arbeiten häufig mit begrenzten Fallzahlen.



Um im Teilhabebericht zumindest eine Annäherung an Lebenslagen zu erreichen, wurde deshalb auf die Daten des Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP) zurückgegriffen, das breit Daten zur Lebenslage erhebt. Im SOEP werden sowohl Menschen mit Schwerbehindertenausweis einbezogen, als auch Menschen,

die auf Nachfrage angeben, im Alltag aufgrund von längerfristigen Beeinträchtigungen Einschränkungen ihrer Partizipation zu erfahren. Durch die Kombination objektiver Daten wie Einkommenshöhen oder Eingebundenheit in soziale Beziehungen mit subjektiven Bewertungen, wie Gefühl der Einsamkeit oder der

mangelnden Kontrolle über das Leben, ließen sich annähernd Schlüsse auf Handlungsspielräume ziehen. Dabei stellte sich die Frage, ob sich Gruppen mit ähnlichen Spielräumen finden – also ob

sich Cluster bilden mit ähnlichen oder sehr unterschiedlichen Lebenssituationen - und wenn ja, welche Faktoren dies bedingen.

Bedeutende Kontextfaktoren für Exklusionsrisiken, belegt aus der Ungleichheits- und Lebenslagenforschung:

- › Gesundheitszustand
- › Erwerbstätigkeit
- › Äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen
- › Partnerschaft/soziale Bindungen
- › Schulabschluss
- › Beruflicher Abschluss
- › Kontrollgefühl und Zufriedenheit

In der Lebenslagen- und Ungleichheitsforschung werden Exklusionsrisiken untersucht. Sie machen sich an bestimmten Kontextfaktoren fest, die für die Lebensführung wichtig sind. Dabei geht man zum einen von Schwellenwerten wie der Armutsgrenze aus, zum anderen aber von gesicherten Erkenntnissen darüber, wodurch strukturelle soziale Benachteiligung sowie das subjektive Gefühl eingeschränkter Lebensqualität von Belastungen verursacht werden.

Wichtig ist, dass nicht der Kontextfaktor per se ein Risiko darstellt, sondern dass das Risiko der negativen Auswirkung einer Exklusion mit Form und Art dieser Kontextfaktoren in Zusammenhang steht. Besonders gravierend sind dabei sogenannte Exklusionsverkettungen. Der

Schulabschluss hat in Deutschland hochgradig Einfluss auf die Berufsausbildungschancen, und der Arbeitsmarkt ist wiederum hochgradig verregelt und starr, was Zugangswege und formale Qualifikationen betrifft, so dass sich hieran – sofern man nicht vermögend ist – die Einkommenschancen knüpfen und daran wiederum das Wohnen usw. Erwerbstätigkeit ist deshalb nach wie vor einer der bedeutendsten Kontextfaktoren für das Risiko einer prekären Lebenslage. Es werden aber auch weitere, subjektive Faktoren deutlich: nämlich das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben und das Gefühl der Eingebundenheit in soziale Beziehungen.

Teilhabeconstellationen 2013, basierend auf den Erhebungen des Sozio-Ökon. Panel 2010, Lebenslagen in Deutschland. Repräsentativbefragung unter Einschluss beeinträchtigter Menschen

Alter in Jahren	Teilhabeconstellation mit ...						Insgesamt
	... geringen Einschränkungen		... mittleren Einschränkungen		... großen Einschränkungen		
	Anteil	In 1.000	Anteil	In 1.000	Anteil	In 1.000	
18 bis 49	31%	1.127	38%	1.413	31%	1.139	100%
50 bis 64	30%	1.562	50%	2.628	20%	1.060	100%
65 bis 79	12%	693	68%	3.841	20%	1.133	100%
Insgesamt	23%	3.366	54%	7.904	23%	3.326	100%

Quelle: SOEP- Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Ergebnisse der Clusteranalysen im Teilhabebericht (2013) verdeutlichen, dass sich tatsächlich Konstellationen unterscheiden lassen, und zwar mit geringen, mittleren und großen Einschränkungen. Wodurch sind diese Konstellationen gekennzeichnet? Man könnte sagen, von Aufwärts- und Abwärtskreisläufen: die Gruppe der gering Eingeschränkten sind weniger stark beeinträchtigte sinnes- oder körperbehinderte Menschen, die in der Regel über Schul- und Berufsabschlüsse sowie über soziale Bindungen verfügen und auch subjektiv das Gefühl der Kontrolle über ihr Leben haben. Die mittlere Gruppe fühlt sich gesundheitlich stärker beeinträchtigt, ist seltener berufstätig, kompensiert dies aber entweder durch einen verdienenden Partner oder Rentenleistungen. Die letzte

Gruppe verdeutlicht m.E. zentrale Merkmale auch der Gruppe der geistig behinderten Menschen: niedrige oder fehlende Schulabschlüsse, geringes Einkommen, wenig Bindungen, hohe Beeinträchtigungen – kurz: wenig oder gar keine Handlungsspielräume und damit eine hohe Abhängigkeit sowie damit auch wiederum das fehlende Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben.

Die Faktoren, die die Gruppen getrennt haben, sind genau die, die bereits breit empirisch belegt sind, nicht nur in der Ungleichheitsforschung, sondern auch in der Forschung zur Bewältigung von Übergängen oder kritischen Lebensereignissen. Hervorzuheben sind dabei insbesondere die Faktoren Kontrollgefühl, vertrauensvolle Bindungen und: Selbstwirksamkeit.

Ergebnis der Clusteranalysen: Identifikation von 3 „typischen“ Konstellationen anhand folgender Faktoren, die jeweils zusammen ähnliche Handlungsspielräume bedingen:

- die Einkommenshöhe,
- die Art der Erwerbstätigkeit,
- das Vorhandensein einer Partnerschaft bzw. von engen Bindungen,
- der Gesundheitszustand und
- das subjektive Empfinden der Kontrolle über das eigene Leben.

Letztere ist Voraussetzung für die Entstehung von Kontrollgefühl und meint die Möglichkeit, sich als auf seine Umwelt einflussnehmend wahrnehmen zu können. Dies fängt bei ganz basalen Dingen an, dass z.B. eine Kopfbewegung eine Reaktion bei einem anderen Menschen auslöst. So kann sich ein Interesse an Dingen oder anderen Menschen entfalten, wenn die entsprechenden Antworten gegeben werden. Darüber entstehen wiederum die Motivation zu handeln und Handlungsweisen, die entscheidend dafür sind, ob und wie Anforderungen, die sich stellen, angegangen werden können.

In der Forschung zur Bewältigung von Übergängen in die Ausbildung von Jugendlichen, die keine Schulabschlüsse besitzen und Maßnahmenkarrieren bis zur Kompletterweigerung und Verhaltensproblematiken hinter sich haben (Stauber/Pohl/Walther 2007), zeigte sich, dass sich die Erfahrungen dieser Jugendlichen zu negativen Motivationskarrieren aufschichten können. Am Beispiel der Bewältigung von Übergängen wird also dasselbe Muster der Exklusi-

onsverkettung wie bei der Gruppe der schwer beeinträchtigten Menschen sichtbar. Diese aufzubrechen, erfordert das Ermöglichen von Optionen, die als sinnhaft erlebt werden können, und eine wirksame Beteiligung, die wiederum die Selbstwirksamkeit und Kontrolle über das Leben fördert. Von entscheidender Bedeutung sind des Weiteren die Stützung/Förderung der sozialen Netzwerke und vor allem das Passungsverhältnis zwischen individuellen Möglichkeiten und strukturellen Anforderungen.

Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass diese Faktoren, die sich als zentral für die Lebensbewältigung und die Bewältigung von belastenden Lebenssituationen herausgestellt haben, für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexen Unterstützungsbedarf nicht relevant sind, im Gegenteil. Die individuellen Möglichkeiten dafür sowie die ganze biographische Entwicklung insgesamt sind aber hochgradig geprägt und beeinflusst von institutionellen Vorgaben, Angeboten und Handlungsweisen.

Motivationskarrieren (Stauber/Pohl/Walther 2007)

= „Aufschichtung“ unterschiedlicher motivationsrelevanter Erfahrungen vor dem Hintergrund der möglichen Optionen.

Aufbrechen negativer Kreisläufe:

- › ‚Sinnhafte‘ Optionen.
- › Beteiligung.
- › Förderung der Selbstwirksamkeit und der Kontrolle über das Leben.
- › Stützung/Förderung der sozialen Netzwerke.
- › Passungsverhältnis zwischen individuellen Möglichkeiten und strukturellen Anforderungen.

Deshalb sind die Fragen, die sich hieraus an die Angebote ableiten, noch viel bedeutsamer für die individuelle Lage: Auf welche Ressourcen kann man zurückgreifen? Wieviel Selbstwirksamkeitserleben, und Kontrollgefühl hat man entwickeln können? Wieviel soziale Unterstützung ist vorhanden, und wie tragfähig sind die Beziehungen? Gibt es Optionen und wie offen sind sie? Welche Infrastruktur steht vor Ort bereit, insbesondere bezüglich einer guten Beratung? Welche Weichen werden mit der Inanspruchnahme eines bestimmten Angebots der Eingliederung eigentlich gestellt? Der Einzelne und seine Familie sind dabei mindestens Co-Produzenten der professionellen Leistungen: Sie müssen davon wissen, sie müssen sie aufsuchen und in Anspruch nehmen können

und wollen; und sie müssen sie als wirksame Bewältigungshilfe empfinden.

Über die bestehenden Wahlmöglichkeiten und die derzeit dominanten Angebotsstrukturen lässt sich zwar im Vergleich zum Befund der Psychiatrie-Enquete von 1973 sagen, dass sie sich vergleichsweise weiter entwickelt haben. Dennoch treffen die Kritikpunkte auch heute noch zu.

Für geistig behinderte Menschen mit funktionalen oder kommunikativen Einschränkungen oder schweren kognitiven Einschränkungen und für geistig behinderte Menschen mit herausforderndem Verhalten hat das professionelle Hilfesystem zahlreiche Kategorisierungen und unterschiedliche institutionalisierte Angebote entwickelt.

Strukturprobleme 1973 (Psychiatrie-Enquete):

- ▶ Uneinheitlicher Ausbaustand zwischen Bundesländern, aber auch zwischen Regionen.
- ▶ Mangel an Kooperation und Koordination.
- ▶ Mangel an wohnortnahen und offenen Angeboten insgesamt *plus* spezielle Bedarfslücken.
- ▶ Starre Strukturen, Alles-oder-Nichts-Lösungen; überwiegend separiert.
- ▶ Dauerhaftigkeit von Institutionalisierungen.

Gemeinsam ist diesen Angeboten aber, dass sie mehrheitlich innerhalb des Sondersystems und dort in eigenen, häufig separierten Settings leben oder, wenn sie in der Familie leben, auf deutliche Grenzen der Zugänglichkeit und Geeignetheit wohnortnaher Angebote stoßen. Dies lässt sich der Statistik eindeutig entnehmen. Es ist allerdings auch bekannt, was auf Seiten der strukturellen Bedingungen und auf Seiten der professionellen Handlungsprozesse notwendig ist, um diese Bruchstellen zu überwinden.

Dabei erscheinen mir derzeit insbesondere folgende Aspekte besonders bedeutsam:

- das Durchbrechen der Förderlogik nach Bedarfsgruppe bzw. Etikett
- die Erhöhung der Durchlässigkeit der Anschlussfähigkeit nach unten und oben der Angebote und die Entwicklung einer Vielfalt statt Schwarz-Weiß-Lösungen
- die Realisierung einer hohen und den UN-Standards entsprechenden Qualität des Wohnens, Arbeitens, der Bildung oder gesundheitlichen Versor-

gung unabhängig von der Angebotsform

- und die umfassende Umsetzung sozialräumlicher Orientierung, angefangen beim allerengsten Umfeld des jeweiligen Wohn- oder Arbeitsplatzes bis hin zur Frage, welche Rolle eigentlich Komplexeinrichtungen für die Schaffung regionaler Unterstützungssettings einnehmen.

Die institutionelle Logik des Bedarfs selektiert im Prinzip nach der Eignung für hergebrachte Strukturen und bringt diese dann organisatorisch immer wieder erneut hervor. In der Dissertation von Daniel Franz (2103) wurde diesbezüglich exemplarisch nachgewiesen, wie aus Unterschieden der individuellen Situation organisatorische werden (Hilfebedarfsgruppen und entsprechend zugeordnete Settings) und sich gleichzeitig der Auftrag verschiebt: Begleitung im ambulanten und Betreuung im stationären Bereich. Da stationär mit Gruppengefüge gleichzusetzen ist, zerfällt die personale Orientierung in Dokumentationszwang und der Teilhabeauftrag liegt gleichsam irgendwo „draußen“.

Eine Förderlogik im Sinn einer systemischen Antwort müsste die herkömmlichen Statuszuschreibungen und Etikettierungen ebenso auflösen wie un-

zweckmäßige Angebotskategorisierungen.

**Vielfalt, Wirksamkeit, Angemessenheit ermöglichen:
Kontextbedingungen und Settings als Ermöglichungsstrukturen**

- Neue „Unterstützungslogik“ als systemische Antwort, Durchbrechen der Förderlogik nach „Etikett“.
- Auflösung unzweckmäßiger Angebotskategorisierungen („ambulant“ - „stationär“), die die institutionelle Förderlogik festschreiben.
- Erhöhung der Durchlässigkeit und der Anschlussfähigkeit (nach „unten“ und „oben“) der Angebote und Entwicklung einer Vielfalt statt Schwarz-Weiss-Lösungen.
- Realisierung einer hohen und den UN-Standards entsprechenden Qualität des Wohnens, Arbeitens, der Bildung oder gesundheitlichen Versorgung unabhängig von der Angebotsform.
- Umfassende Umsetzung sozialräumlicher Orientierung, angefangen beim allerengsten Umfeld des jeweiligen Wohn- oder Arbeitsplatzes bis hin zur Frage, welche Rolle eigentlich Komplexeinrichtungen für die Schaffung regionaler Unterstützungssettings einnehmen.

Demgegenüber müsste ein Bedarf an Partizipationsleistungen Maßgabe dafür sein, personenzentrierte Angebote zu motivieren. Ich stelle mir den Begriff als einen Indikator vor, der zunächst die erschwerte Lage anzeigt, nicht ein individuelles Defizit. Dieser Indikator müsste in erster Linie auf den ungeteilten Anspruch der Teilhabe mit Blick auf Bildung, Wohnen usw. verweisen. Darunter müsste dann die individuelle Ausgangslage erhoben werden, und zwar sowohl mit Blick auf die persönliche Situation einschließlich möglicher Beeinträchtigungen sowie auf die soziale Lage und Umfeldfaktoren im Sinne der ICF.

Darauf bezogen ließen sich erforderliche Kompetenzen des Personals beschreiben. Jede Lage individualisiert sich ja hochgradig in Abhängigkeit der spezifischen Voraussetzungen des Einzelnen, auf deren Grundlage dann Passungen gesucht

werden müssten über Analysen von Orten und Formen der Teilhabe.

Und nur, wenn alle diese Orte ein Bewusstsein dafür haben, dass neben der größtmöglichen Verringerung von Abhängigkeit und Förderung der Teilhabe an regulären Strukturen im Einzelfall auch Besonderheiten und Schutzräume zu beachten und zu gewährleisten sind und dass dieses Spannungsfeld produktiv gestaltet werden muss, können „Schwerstbehindertenzentren“ und „Sackgassen“ verhindert werden. Dies gelingt nur über hochgradige Individualisierung bei gleichzeitiger Orientierung an Werten der Anerkennung und Gleichberechtigung. Es erfordert die kreative Entwicklung neuer Ideen und angepasster Lösungen. Es erfordert die Zustimmung der Nutzer zum Angebot, die sich daran erkennen lässt, inwiefern eine aktive Partizipation der Nutzer möglich ist und inwieweit deren Bedürfnissen Rech-

nung getragen wird. Es erfordert die Vernetzung zwischen Angeboten und die genaue Analyse der Feinstrukturen der sozialräumlichen Bedingungen vor Ort.

Literatur

- Beck, I. & Greving, H., 2012: Lebenswelt, Lebenslage. – In: Beck, I. & Greving, H. (Hg.): Lebenslage, Lebensbewältigung. Band 5 des Enzyklopädischen Handbuchs der Behindertenpädagogik. Stuttgart: 15-59
- Beck, I. & Degenhardt, S., 2010: Inklusion – Hinweise zur Verortung des Begriffs im Rahmen der internationalen politischen und sozialwissenschaftlichen Debatte um Menschenrechte, Bildungschancen und soziale Ungleichheit. – In: Schwohl, J./Sturm, T. (Hg.): Inklusion als Herausforderung schulischer Entwicklung. Hamburg: 55-82
- BuR (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Download oder Bestellung beim BMAS Berlin.
- Düe, W., 2012: Übergänge und Krisen. – In: Beck, I./Greving, H.: Lebenslage, Lebensbewältigung. Band 5 des Enzyklopädischen Handbuchs der Behindertenpädagogik, hg. von Beck, I./Jantzen, W./Feuser, G./Wachtel, P. Stuttgart: 292-295
- Franz, D., 2013: Anforderungen an MitarbeiterInnen in wohnbezogenen Diensten der Behindertenhilfe. Veränderung des professionellen Handelns im Wandel von der institutionellen zur personalen Orientierung. Marburg
- Heinz, W., 2012: Sozialisation, Biographie und Lebenslauf. – In: Beck, I./Greving, H.: Lebenslage, Lebensbewältigung. Band 5 des Enzyklopädischen Handbuchs der Behindertenpädagogik, hrsg. von Beck, I./Jantzen, W./Feuser, G./Wachtel, P. Stuttgart: 60-86
- Hirschberg, M., 2010: Partizipation – ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention. – In: Deutsches Institut für Menschenrechte: Positionen Heft 3. Berlin: 1-4
- Luhmann, N., 1995: Inklusion und Exklusion. – In: Luhmann, N.: Soziologische Aufklärung 6: Die Soziologie und der Mensch. Opladen: 237-264
- Nahnsen, I., 1975: Bemerkungen zum Begriff und zur Geschichte des Arbeitsschutzes. In:

Osterland, Martin (Hg.): Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktpotential. Frankfurt am Main, 145-166

Nassehi, A. (2002): Die Organisationen der Gesellschaft. Skizze einer Organisationssoziologie in gesellschaftstheoretischer Absicht. – In: Allmendinger, Jutta/Hinz,Thomas (Hg.), Organisationssoziologie. Sonderheft 4 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden, S. 443-478

Riecken, I./Jöns-Schnieder, K., 2014: Berufliche Inklusion und Teilhabe am Arbeitsleben. – In: Hensen, G. u.a. (Hg.): Inklusive Bildung. Organisations- und professionsbezogene Aspekte eines sozialen Programms. Weinheim: 149-205

Schädler, J. (2012): Individuelle Teilhabearrangements für Menschen mit komplexen Behinderungen als professionelle „Erfindungsaufgabe“. – In: DIFGB: Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung zwischen Exklusion und Inklusion. Dokumentation der Jahrestagung der GUFGB 2011. Eigen-druck: www.difgb.de

Stauber, B./Pohl, A./Walther, A. (Hg.), 2007: Subjektorientierte Übergangsforschung. Rekonstruktion und Unterstützung biographischer Übergänge junger Erwachsener. Weinheim

UN, United Nations, 2006/2008: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (dreisprachige Fassung im Bundesgesetzblatt Teil II Nr. 35 vom 31.12.2008).

Walther, A./Stauber, B., 2007: Übergänge in Lebenslauf und Biographie. – In: Stauber, Barbara/ Pohl, Axel/ Walther, Andreas (Hg.): Subjektorientierte Übergangsforschung. Rekonstruktion und Unterstützung biographischer Übergänge junger Erwachsener. Weinheim: 19-40

Weisser, Gerhard, 1978: Beiträge zur Gesellschaftspolitik. In: Katterle, Siegfried et al. (Hg.): Sammelband. Göttingen

WHO – World Health Organization, 2001: International Classification of Functioning (ICF). Genf: WHO

■ PROF. DR. IRIS BECK
UNIVERSITÄT HAMBURG
WWW.EW.UNI-HAMBURG.DE



Die Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf im Lebensbereich Wohnen

Friedrich Dieckmann
Kath. Hochschule NRW, Münster

Wie ist es um die Teilhabechancen von Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf im Lebensbereich Wohnen bestellt? Dieser Beitrag sucht eine Antwort auf diese Frage in drei Etappen zu geben. Im Abschnitt 2 wird auf jüngere Entwicklungen eingegangen, die die Wohnorte und die Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung im Wohnen mitbestimmen. Im Abschnitt 3 werden die aktuell wegweisenden Handlungskonzepte für die Verwirklichung von Teilhaberechten erläutert. Und im Abschnitt 4 werden konkrete Faktoren identifiziert, die die Schaffung von Teilhabechancen fördern oder behindern. Bevor wir uns jedoch mit den aktuellen Entwicklungen, Handlungskonzepten und Bedingungen für die Wahl einer Wohnung und die Organisation von Unterstützung bei Menschen mit Behinderung befassen, soll in Abschnitt 1 in Erinnerung gerufen werden, wieso dem Wohnen eine so zentrale Bedeutung für die Lebensgestaltung gerade auch von Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf zukommt. Unter Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf wird hier ein in sich sehr vielfältiger Personenkreis verstanden, dessen Lebenssituation häufig durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

- eingeschränkte Fortbewegungsfähigkeit bzw. mangelnde Verkehrssicherheit
- auffälliges interaktives Verhalten, z. B. wenig oder gar keine sprachliche

oder quasisprachliche Kommunikation, herausforderndes Verhalten

- ein vergleichsweise geringes Spektrum ausgeprägter Interessen
- ein vergleichsweise kleines Netzwerk persönlicher Beziehungen (vor allem zur Herkunftsfamilie, zu professionellen Unterstützer_innen, anderen Menschen mit Behinderung gebunden an Wohn-, Arbeits- oder Freizeitkontexte)

Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf sind angewiesen auf eine verlässliche und im positiven Sinne fürsorgliche, d.h. mitdenkende, für den Anderen Verantwortung übernehmende Unterstützung bei der täglichen Lebensführung. Unterstützerinnen sind mehr als Assistenten: Sie sind ein dialogisches Gegenüber, Vertrauensperson, Erschließungsgehilfe für die Welt, Dolmetscher zwischen Menschen mit und ohne Behinderung und auch Erwachsenenbildner.

Es gibt Menschen mit Behinderung, die Zeit ihres Lebens einen komplexen Unterstützungsbedarf haben, solche, die nur in einem bestimmten Lebensabschnitt (z. B. in der Jugend) über einen solchen Bedarf aufweisen, und solche, die erst spät im Leben, im Alter, im höheren Maße der Unterstützung bedürfen.

1. Wohnen und Lebensgestaltung

Der Mensch ist nicht zufällig ins Weltall geworfen. Wohnen verankert den Men-

schen an einem Ort auf der Erde. Die Wohnung ist der Ausgangs- und Rückkehrpunkt im täglichen Leben. Von der Wohnung aus erschließt sich die Umwelt als eine Gelegenheitsstruktur für Aktivitäten, soziale Kontakte und Beziehungen. Die Wohnumwelt des Menschen gliedert sich in die Wohnung; das Wohnumfeld um die Wohnung herum (z. B. die Nachbarschaft); das Stadtviertel, der Ortsteil bzw. die dörfliche Gemeinde, in der wir wohnen, und Geschehensorte, die ein Anwohner /eine Anwohnerin darüber hinaus aufsucht. Von der Wohnung aus erschließt der Mensch seine Wohnumgebung, sucht mit einer gewissen Regelmäßigkeit bestimmte Aktivitätsorte auf bzw. kehrt von ihnen in seine Wohnung zurück. Die Erreichbarkeit persönlich bedeutsamer Orte (ihre Nähe, ihre barrierefreie Zugänglichkeit, die Nutzbarkeit von Transportmitteln / Verkehrsmitteln) beeinflusst dabei die alltägliche Lebensqualität eines Individuums (Dieckmann 2012, Flade 2006).

Die Wohnung zeichnet sich durch ihre Zentralität für die individuelle Lebensführung aus. Sie ist der Ort, an dem wir und von dem aus wir unser Leben organisieren, Die Wohnung hilft uns, einen Haushalt zu führen, uns zu versorgen, zu pflegen und zu erholen. Sie ist ein Ort des Zusammenlebens, der es erleichtert, persönliche Beziehung zu führen und die Kommunikation zu regulieren. Wenn wir die Möglichkeit dazu haben, selektieren wir sehr genau, mit wem wir in den eigenen vier Wänden zusammen leben wollen, und wen wir in unsere Wohnung hineinlassen und wen nicht. Die Wohnung ermöglicht es uns, Zustände von Privatheit und von Intimität mit anderen herzustellen. In einem Zustand von Privatheit kann der Mensch frei von Rollenanforderungen sich verhalten, was von uns allen, insbesondere aber auch von Menschen mit geistiger Behinderung, als entlastend erlebt wird in einem von Anforderungen bestimmten (Sozial-)Leben. Die Wohnung ist der Ort, den wir gestalten, und über den wir ein hohes Maß an Kontrolle ausüben können (Territoriali-

tät). Die Größe und Ausstattung der Wohnung selbst und ihre Lage (z. Beispiel in welchem Viertel) zeugen vom gesellschaftlichen Status ihrer Bewohner. Die Areale in der Wohnung, die jemand nutzen und über die jemand verfügen kann, sagen etwas aus über die Macht einer Person innerhalb einer Haushaltsgemeinschaft (Dieckmann 2012).

Wohnen heißt auch Gewohnheiten auszubilden, Routinen zu entwickeln und zu automatisieren, die den Alltag erleichtern. Die Automatisierung von Routinen, für die Menschen mit Lernschwierigkeiten mehr Zeit benötigen, eröffnet Freiräume für die Teilhabe an anderen Aktivitäten. Zugleich eignet sich das Individuum seine Wohnumwelt an, ein höchst individueller Prozess, in dem Erfahrungswissen über Orte gesammelt wird und Orte emotional gefärbt werden. Aus dem Haus wird ein Zuhause. Lieblingsorte und Meideorte, Attraktoren und Barrieren formen die kognitive Landkarte einer Person (vgl. Seifert 2010). Aneignung der Wohnumwelt heißt auch sich zu arrangieren mit Wohnbedingungen, die nicht den eigenen Wünschen entsprechen. Man kann (und will) die Wohnung nicht wechseln wie die Hemden. Deshalb sind die allermeisten Menschen mit ihrer Wohnung zufrieden, auch wenn Wohnbedingungen sie tatsächlich im Alltag beeinträchtigen (Paradox der Wohnzufriedenheit). In einem geglückten Aneignungsprozess bildet sich beim Individuum eine Ortsbindung heraus, es entsteht Ortsidentität (Dieckmann 2012).

2. Entwicklungen für die Teilhabechancen im Lebensbereich Wohnen

Vier Entwicklungen in der Behindertenhilfe seien hervorgehoben, die die Teilhabechancen von Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf aktuell und in Zukunft beeinflussen.

2.1 Die sog. Ambulantisierung von Hilfen Leistungen der Eingliederungshilfe, die bisher in stationären Wohneinrichtungen erbracht wurden, werden zunehmend von ambulanten Wohndiensten und komplementären Angeboten in den Gemeinwesen übernommen. Laut Kennzahlenbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtliche Sozialhilfeträger ist der Anteil der ambulant unterstützten Leistungsempfängerinnen von Eingliederungshilfe im Wohnen von 20 % im Jahre

2000 auf 44 % im Jahre 2012 gestiegen (BAGüS 2013). Die Verteilung der erwachsenen Leistungsempfängerinnen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2011 zeigt, das immer noch fast jede/r Zweite in stationären Wohneinrichtungen lebt, etwas mehr als ein Drittel bei Mitgliedern der Herkunftsfamilie oder selbstständig und 17 % ambulant unterstützt in der eigenen Wohnung (vgl. Tab. 1).

Wohnen erwachsener Empfänger von Eingliederungshilfe mit geistiger Behinderung in NRW			
Altersstufen	stationär	ambulant	familiär selbstständig
18 -29	31,1 %	17,4 %	51,5 %
30-39	37,6 %	20,4 %	42,0 %
40-49	48,6 %	17,7 %	33,7 %
50-59	57,7 %	15,8 %	26,4 %
60-69	75,6 %	14,0 %	10,4 %
gesamt	47,0 % (28.070)	17,2 % (10.290)	35,8 % (21.373)

Tabelle 1: Prozentanteile von Eingliederungshilfeempfängerinnen und -empfänger in NRW nach Art des Wohnens und Alter in den Altersstufen bis 69 Jahre, Stichtag 31.12.2011 (Quelle: LWL, LVR)

Insbesondere fällt auf, dass Menschen mit geistiger Behinderung, die in Förder- und Betreuungsbereichen beschäftigt bzw. in der Pflegeversicherung eingestuft sind, fast ausschließlich in stationären Wohneinrichtungen oder in ihren Herkunftsfamilien leben (vgl. Dieckmann & Metzler 2013). Die sog. Ambulantisierung hat nur vereinzelt dazu geführt, dass Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf in der eigenen Wohnung ambulant betreut leben. Auch wenn einzelne Sozialhilfeträger wie die Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen Anreize für die Gründung ambulanter Wohn- und Hausgemeinschaften schaffen, machen die Leistungsanbieter nur zögerlich davon Gebrauch und scheuen offenbar die Entwicklung solcher Wohnmög-

lichkeiten. Sehr selten stößt man im ambulant betreuten Wohnen auf Personen, die Eingliederungshilfeleistungen mit SGB XI- oder SGB V- Leistungen kombinieren. Bei vielen Sozialhilfeträgern wird die ambulante Unterstützung nur dann vorrangig gewährt, wenn sie weit unterhalb stationärer Leistungsentgelte liegt.

2.2 Die sog. Dezentralisierung von Komplexeinrichtungen

Unter der sogenannten Dezentralisierung von Komplexeinrichtungen wird die Verlagerung von Wohnungen und Wohndiensten für Menschen mit Behinderung aus großen Sondereinrichtungen mit entsprechendem Gelände in die Stadtviertel, Ortsteile und Gemeinden verstanden, in

denen Menschen üblicherweise wohnen und ihr Leben führen. Menschen mit Behinderung sollen zentraler am Leben in den Gemeinwesen teilhaben können als bisher. Der Begriff der Dezentralisierung ist irreführend und von der Großinstitution her gedacht. Dass die Verlagerung von Wohnungen und Wohndiensten in übliche Wohngebiete zu Zuwächsen an Selbstbestimmung, an sozialer Teilhabe (zum Beispiel an Aktivitäten und sozialen Kontakten) und an Kompetenzen führt, zeigen empirische Evaluationen solcher Prozesse wie von Metzler & Springer (2010). Kritisch ist jeweils zu fragen,

- ob auch Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf die Möglichkeit eröffnet wird, (wieder) in die Gemeinden zu ziehen.
- ob die neuen Wohndienste tatsächlich quartiersbezogen ihre Arbeit verstehen und sich einbinden oder wie ein Satellit an der alten „Zentrale“ orientiert bleiben,
- ob die Leistungserbringer tatsächlich bereit sind, die zurückbleibenden Immobilien auf dem Zentralgelände aufzugeben bzw. für gänzlich andere Zwecke zu verwenden, statt sie mit neuen, potenziell aussondernden „Versorgungsfunktionen“ zu füllen (zum Beispiel in Pflegeheime umwandeln).

2.3 Demographischer Wandel

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland (Dieckmann, Giovis & Westermann 2015) und dem Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre wird die Anzahl der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in den nächsten Jahrzehnten steigen und sich ihre Altersstruktur grundlegend ändern. Dass viele Menschen mit geistiger Behinderung wie andere auch die Lebensphase Alter erleben und gestalten können, ist eine positiv zu

bewertende gesellschaftliche Errungenschaft. Aus einer Perspektive, die die ganze Lebensspanne in den Blick nimmt, gilt es für jeden Lebensabschnitt nach gleichberechtigten Teilhabechancen zu fragen und zu beachten, dass die Übergänge zwischen Lebensabschnitten, zum Beispiel zwischen dem Arbeitsleben und dem Ruhestand, für Menschen mit geistiger Behinderung mit besonderen Exklusionsrisiken behaftet sind (Rohrman et al. 2014). Vom Alter her denken heißt darüber hinaus, im gesamten System der Behindertenhilfe stärker zu berücksichtigen, dass Unterstützungsbedarfe sich individuell im Leben qualitativ und quantitativ verändern, also nicht statisch sind, und die Unterstützung entsprechend flexibel angepasst werden muss.

2.4 Menschen mit lebenslanger Behinderung in stationären Pflegeheimen

In den vergangenen Jahren sind Bestrebungen einiger Sozialhilfeträger zu beobachten, insbesondere ältere Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf aus Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe in SGB XI-Pflegeheime umzusiedeln, um Kosten in der Eingliederungshilfe zu sparen. Einige Anbieter der Behindertenhilfe, vor allem traditionelle Komplexeinrichtungen, haben so ihre eigentlich limitierten stationären Plätze erweitert und - meistens ohne Verankerung in der kommunalen Teilhabe- oder Pflegebedarfsplanung - Pflegeheime für Menschen mit Behinderung errichtet. Solche Pflegeheime üben eine Sogwirkung aus, sie „müssen“ dann durch Umzüge „gefüllt“ werden, die im Einzelfall vermeidbar wären und von den Betroffenen selbst meistens nicht gewünscht sind. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der individuelle Anspruch auf Eingliederungshilfe ein Leben lang unabhängig vom konkreten Pflegebedarf besteht und ein Teilhabe-Anspruch ist. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht nur von der Personalstruktur und Organisation der Unterstützung andere Lebensorte als unterstützte Wohnangebote der Einglie-

derungshilfe. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind Lebensorte für relativ kurze Zeit am Ende des Lebens. Es ist ein allgemein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, die Aufnahme in ein stationäres Pflegeheim zugunsten von Alternativen zu vermeiden oder erst möglichst spät im Leben zu vollziehen. Das sollte auch für Menschen mit lebenslanger Behinderung gelten.

3. Wege der Verwirklichung von Teilhaberechten

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gibt deutlich die Richtung vor, in die Unterstützungsstrukturen weiterzuentwickeln sind. Im Art. 19 zur unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft heißt es, dass Menschen mit Behinderungen „gleichberechtigt die Möglichkeit haben ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.“ Menschen mit Behinderung sollen „Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen [haben] [...] einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft [...] sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist.“ Und weiter: „Gemeindenaher Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit [sollen] Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.“

Darüber hinaus gibt es eine Reihe anderer Artikel in der UN-BRK, die das Wohnen von Menschen mit Behinderungen in den Gemeinwesen und ihre Unterstützung beim Wohnen betreffen: Bewusstseinsbildung (Art. 8), Zugänglichkeit (Art. 9), persönliche Mobilität (Art. 20), Bildung - auch im Erwachsenenalter (Art. 24), angemessener Lebensstandard und

sozialer Schutz (Art. 28), Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben (Art. 29), Teilnahme am kulturellen Leben, an Erholung, Freizeit und Sport (Art. 29).

Die Personenorientierung und die Sozialraumorientierung stellen zwei Handlungskonzepte dar, die helfen können, die Teilhaberechte von Menschen mit Behinderungen im Lebensbereich Wohnen zu verwirklichen. Beide Handlungskonzepte finden sich im Grundlagenpapier der Bund Länder Arbeitsgemeinschaft der Arbeits- und Sozialministerkonferenz aus dem Jahre 2012 wieder, wobei die Personenorientierung sehr viel deutlicher Eingang gefunden hat in die Formulierung von Eckpunkten für das neue Bundesteilhabegesetz. Im Grundlagenpapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (Bund-Länder AG der ASMK 2012) wird als vorrangiges Ziel des Bundesteilhabegesetzes, die Unterstützung einer individuellen Lebensführung genannt. Leistungen sollen nicht mehr einrichtungszentriert, sondern personenzentriert bemessen, geplant und erbracht werden. Umfang und Art der Leistungen sollen sich nicht mehr an der Wohnform orientieren. Die bisher übliche Einteilung in stationäre, teilstationäre und ambulante Hilfen soll überwunden werden. Die Bemessung soll einheitlich nach individuellen Fachleistungsstunden erfolgen, ergänzt um Leistungen zum Lebensunterhalt und zum Wohnen. Der Mensch mit Behinderung soll aktiv in die Gesamtplanung einbezogen werden, sein Wunsch- und Wahlrecht sei zu berücksichtigen.

Komplementär dazu kann eine „inklusive Gemeinschaft“ (Bund-Länder AG der ASMK 2012) Teilhabechancen bereithalten. Die Sozialraumorientierung als zweites Handlungskonzept für die Einlösung von Teilhaberechten wird im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens m. E. zu wenig diskutiert. Verfolgt man das Leitbild eines inklusiven Gemeinwesens, wie Schädler & Rohrmann (2009) es gefasst haben, geht es nicht mehr nur darum, Strukturprobleme der Leistungserbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe

zu lösen und Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen zu klären (zum Beispiel zur Pflegeversicherung), sondern gerät das örtliche Gesamtgeschehen in den Blick. Es fehlt jedoch eine gesetzliche Flankierung einer sozialräumlichen Planungs- und Gestaltungsperspektive. Kommunen und Sozialhilfeträger sollten gesetzlich zu einer gemeinsamen Planung und zur Beteiligung von Menschen mit Behinderung und Anbietern verpflichtet werden, wie es in der Jugendhilfe mit dem Kinder- und Jugendhilfegesetz bereits jetzt der Fall ist.

Die kommunale Teilhabepaltung muss Wert darauf legen, die sogenannte „schwachen Interessen“, also Personengruppen mit geringem sozialen oder kulturellen Kapital, zu denen insbesondere auch Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf gehören, am Planungsprozess zu beteiligen. Wie das gelingen kann, probiere ich gerade mit meinen Kolleginnen Sabine Schäper und Christiane Rohleder sowie anderen Mitarbeiter_innen im BMBF-Projekt SOPHIA an der KathO NRW Münster aus. Anfang 2016 werden wir ein Manual für eine inklusive Sozialplanung veröffentlichen. Inklusives Sozialplanung heißt, orientiert an konkreten Sozialräumen Hilfesysteme und Anbieter übergreifend Dienste und Angebote zu planen. So können zum Beispiel Angebote der Behindertenhilfe und der Altenarbeit bzw. -hilfe (zum Beispiel ambulante Pflegedienste, Beratungsbüros, Freiwilligenagenturen, Tagespflege) inklusiver gestaltet und genutzt werden. Noch steckt die verbindlich vereinbarte Kooperation unter Anbietern in der Behindertenhilfe und mit anderen Akteuren in einem Sozialraum erst in den Anfängen. Vorbilder hierfür bilden sozialpsychiatrische Verbände (wie in der Stadt Stuttgart) oder rechtlich geregelte Vernetzungsstrukturen in der Altenhilfe (z. B. Ahlener System, vgl. Woltering 2007). Als Korrektiv für Planungen im Sozialraum bieten sich Leitziele an, die adressatenorientiert formuliert und von den verschiedenen Planungsinstanzen ge-

meinschaftlich getragen werden. In Bezug auf das Wohnen wurde beispielsweise im BMBF-Projekt SOPHIA formuliert, dass Menschen mit und ohne Behinderung im Alter auch bei sich verändernden Unterstützungsbedarf in ihrem Sozialraum und bis zu bestimmten Grenzen in ihrer Wohnung (Häuslichkeit) wohnen bleiben können. Dabei soll es inklusive und bedarfsgerechte Unterstützungsformen zum Wohnen im Quartier geben. Menschen mit und ohne Behinderung im Alter soll die notwendige Palette verschiedenartiger Unterstützungsangebote im Sozialraum zur Verfügung stehen, aus der sich je nach individuellem Bedarf auswählen können.

4. Konkrete Ansatzpunkte: Förderliche und hinderliche Bedingungen

Welche Faktoren fördern und welche erschweren die Verwirklichung von Teilhaberechten? Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden konkrete Ansatzpunkte für Veränderungen benannt.

Entstehung einer Vielfalt von Wohnsettings mit Unterstützung

Jenseits der Herkunftsfamilie, dem klassischen stationären Wohnheim und dem ambulant betreuten Einzelwohnen ist in den letzten Jahren in Deutschland eine Vielfalt von Wohnsettings mit Unterstützung entstanden, die nachweislich ein großes Teilhabe- und Inklusionspotenzial haben. In der Tabelle 2 werden gängige Wohnsettings für Erwachsene mit geistiger Behinderung unterschieden. Das Wohnen in der Herkunftsfamilie (mit Eltern oder Geschwistern), das betreute Wohnen allein, zu zweit oder in einer Wohngemeinschaft und das betreute Einzel-, Paar- oder WG-Leben im Drubbel, das heißt in Nachbarschaft zu anderen Anwohnern mit Behinderung (mehrere Wohnungen in einem sozialräumlichen Cluster) zeichnen sich durch die organi-

satorische Trennung von Wohnung und professioneller Unterstützung aus. In anderen Wohnsettings, wie dem Wohnen in sogenannten Gastfamilien, den integrativen Wohn- oder Hausgemeinschaften, dem Genossenschaftswohnen, Apartmenthäusern für Menschen mit Behinderung oder dem betreuten Wohnen in der Altenhilfe (Service-Wohnen), sind die Wohnung und die professionelle Unterstützung stärker aneinander gebunden. Stationäre Wohnsettings, wie die sogenannten „Außenwohngruppen“, kleine stationäre Kerne in einer Nachbarschaft, das typische gemeindeintegrierte Wohnheim oder das Heim auf einem Zentralgelände mit nahegelegener WfbM und Beschäftigungsangeboten, zeichnen sich durch die organisatorische Kopplung der Wohnung an professionelle Unterstützung aus.

Erst wenn eine Auswahl zwischen verschiedenen Wohnsettings besteht, die unabhängig vom individuellen Hilfebedarf bezogen werden können, besteht eine Wahlfreiheit im Sinne der UN-BRK. Einige, noch zaghafte Entwicklungen fördern die Entstehung einer Vielfalt von Wohnsettings für Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarf. So bieten Sozialhilfeträger, z. B. die Landschaftsverbände in Nordrhein Westfalen zusätzliche Leistungsmodule im ambulant betreuten Wohnen an, um Hintergrunddienste, pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfe zu ermöglichen.

Einzelne Anbieter beginnen, die in getrennten Abteilungen organisierten stationären und ambulanten Wohndienste zugunsten sozialräumlicher Mitarbeiter-teams aufzuheben (Aselmeier 2013). Einzelne Leistungsanbieter verstehen sich auch zunehmend als ein Ermöglicher von Wohnvorstellungen ihrer Klienten und weniger als Anbieter von Fertiglösungen (vgl. Dieckmann et al. 2013). Ein gutes Beispiel für ein neuartiges Wohnsetting, in dem auch Menschen mit geistiger Behinderung und komplexen Unterstützungsbedarf leben, ist die 4er-Wohngemeinschaft des integrativen Wohnhauses in Münster, Stadtteil Kin-

derhaus, das von der Lebenshilfe Münster konzipiert wurde. Über die Grundversicherung werden die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Wohnkosten der WG-Mitglieder finanziert. Die pädagogische Assistenz wird aus der Eingliederungshilfe (Sozialhilfeträger), die Pflegeassistenz durch ambulante Sachleistungen der Pflegeversicherung bestritten. Dieses Modell ermöglicht den Bewohnern nachweislich sehr viel häufiger individuelle Begleitmöglichkeiten als das im stationären Gruppenwohnen üblich ist. Organisatorische Details und eine ausführliche Evaluation der Auswirkungen solcher Wohnsettings auf die Lebensqualität und Teilhabe von Menschen mit Behinderung finden sich bei Dieckmann et al. (2012).

Hinderlich für solche Wohnsettings für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf ist es, wenn der Mehrkostenvorbehalt sehr restriktiv gehandhabt wird, insbesondere wenn bei Hilfemixlösungen zum Beispiel ambulante Pflegeleistungen auf die Eingliederungshilfe angerechnet werden. Außerdem können heimähnliche Auflagen für Wohngemeinschaften, die trägerabhängig sind und alle Leistungen aus einer Hand anbieten, in den bundesländerspezifischen Wohn- und Teilhabegesetzen die Schaffung und den normalen Alltag in der eigenen Wohnung erschweren, zum Beispiel wenn ausschließlich Fachkräfte in der Nachtbereitschaft tätig werden können oder wenn durch Hygienevorschriften das kulturell übliche, „normale“ Haushalten erschwert wird. Im ländlichen Raum besteht ein größerer Nachholbedarf für innovative Wohnsettings. In städtischen Gebieten mangelt es oft an geeigneten, finanzierbaren Grundstücken oder an Fördermitteln durch den sozialen Wohnungsbau. Problematisch ist es auch, wenn eine Wohnbauförderung mit starken Einschränkungen bei der Auswahl der Mieter verbunden ist (z. B. ausschließlich mit Wohnungsberechtigungschein), was zu einem nicht förderlichen Mietermix führen kann.

Sozialräumliche Verteilung von Wohnmöglichkeiten

Häufig befinden sich die Wohnmöglichkeiten nicht dort, wo Menschen mit geistiger Behinderung und komplexen Unterstützungsbedarf ihren Lebensmittelpunkt haben. Am Beispiel der Stadt Münster konnten wir zeigen, dass Wohnangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung in den Außenbezirken der Stadt überrepräsentiert, in den dichter bevölkerten, attraktiven zentrumsnahen Lagen unterrepräsentiert sind. Mehrere Faktoren haben zu dieser Entwicklung beigetragen: Erstens gibt es Obergrenzen für Mieten, die durch Wohngeld abgedeckt werden, die es in manchen Stadtteilen schwer machen, Wohnraum zu finden. Zweitens sind Leistungsanbieter in der Behindertenhilfe oft nicht so identifiziert und verankert mit bestimmten Stadtteilen, wie das zum Beispiel in der Altenhilfe der Fall ist. In der Altenhilfe ist die Lage, die Nähe und Verankerung eines Wohnangebots im Stadtteil ein wesentlicher Wettbewerbsvorteil. Und drittens steuern häufig die Kommune und die Sozialhilfeträger die Schaffung barrierefreien Wohnraums für Menschen mit Behinderungen unzureichend unter sozialräumlichen Gesichtspunkten. Es gibt aber auch zahlreiche Beispiele, wie die Stadtplanung, die kommunale Teilhabeplanung und Wohnungsbaugesellschaften zusammenarbeiten, um gezielter dort Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung zu schaffen, wo sie benötigt werden.

Hilfemix und Poolen von Leistungen

Voraussetzung für viele neue Wohnsettings mit einem höherem Teilhabe- und Inklusionspotenzial ist die Möglichkeit, verschiedenartige Leistungen, z. B. Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung, für eine Person zu einem Hilfemix zusammenzuführen und gleichartige Leistungen über mehrere Personen zu poolen (zum Beispiel in ambulant betreuten Wohngemeinschaften). Ein Hilfemix und das Poolen von Leistun-

gen ermöglicht die wirtschaftliche Abdeckung von Assistenzzeiten. Eine solche Assistenzkette ist eine Voraussetzung für ein verlässliches Wohnsetting für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Das Poolen darf jedoch nicht zu einer Entindividualisierung und Reduzierung von Hilfen führen, wie wir es von Gruppenbetreuungssettings in stationären Wohnheimen kennen, wo zum Beispiel an Wochenenden häufig nur eine Minimalbesetzung vorgehalten wird, die eine individuelle Lebensführung stark einschränkt. In stationären Wohnsettings sind als Maßnahme gegen die Entindividualisierung von Hilfen individuelle Teilbudgets, zum Beispiel für Freizeitaktivitäten, eingeführt und getestet worden.

Pädagogische Begleitung und Pflege

In stationären Wohnsettings werden pädagogische und pflegerische Leistungen von einem Arbeiterteam, aus einer Hand erbracht. Im ambulanten Bereich sind zwei getrennte Dienste (ein pädagogischer Dienst und ein ambulanter Pflegedienst) für die Erbringung der Leistung verantwortlich. Diese Trennung führt im Alltag von Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarf zu Schwierigkeiten und Risiken. Beide Dienste müssen ein gemeinsames Teilhabeverständnis haben, um Klienten, die nicht über Regiekompetenzen verfügen oder die sich oft nicht sprachlich verständlich machen können, aufgrund einer gemeinsamen Planung teilhabeorientiert zu unterstützen. Zweitens muss sichergestellt sein, dass alle Informationen verlässlich kommuniziert und die Assistenzzeiten verlässlich abgedeckt werden. Drittens führt der Einsatz von zwei getrennten Diensten in der Regel dazu, dass die Anzahl der Assistenten, die einen Menschen mit Behinderung im Alltag unterstützen, steigt und die Teamgrößen (Anzahl der Mitglieder beider dort tätigen Dienste) wächst. Zusätzlich zu bedenken ist, dass die Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste häufig einen geringeren Stundenlohn erhalten als Mitarbeiter im pä-

dagogischen Dienst. Im Rahmen der Gesetzgebung sollten pflegekompetente ambulante Wohndienste als Erbringer von Pflegeversicherungsleistungen anerkannt werden, sodass Menschen mit Behinderung selber wählen können, ob sie diese Leistung durch zwei getrennte Dienste oder aus einer Hand erbracht haben wollen.

Inzwischen beraten vielerorts gesundheitsbezogene Dienste / Pflegezirkel professionelle Unterstützer und Menschen mit Behinderung zu Fragen der Pflege und Gesundheitsförderung. Diese Beratung sollte auch für Menschen, die in ambulant betreuten Wohnsettings oder bei ihren Angehörigen leben, verfügbar sein. Bewegung und Beweglichkeit ist ein entscheidender Faktor für Teilhabechancen im Alter. In Zukunft müssen Menschen mit Behinderung stärker dabei unterstützt werden, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil als Alternative zu einem immobilen auszubilden. Auch viele Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf haben ein starkes Bedürfnis nach Bewegung und Aktivität.

Begleitung in der Nacht

Viele Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf sind auf eine Kontaktmöglichkeit während der Nacht angewiesen, manche benötigen regelmäßig Unterstützung in der Nacht. Falls die kleineren gemeindeintegrierten Wohnsettings solche Unterstützungsleistungen nicht bieten, werden Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarf gänzlich aus diesen Wohnsettings ausgegrenzt. Ihnen wird der Einzug in diese Wohnsettings verwehrt oder sie werden gezwungen, im Falle eines steigenden Unterstützungsbedarfes auszuziehen. Für die Teilhabechancen von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf ist die Möglichkeit während der Nacht Begleitung zu finden, von entscheidender Bedeutung. Begleitung in der Nacht kann über einen Hausnotruf, eine Rufbereitschaft, eine Präsenzbereit-

schaft oder eine Nachtwache realisiert werden. Bei komplexem Unterstützungsbedarf müssen Rufbereitschaften relativ schnell vor Ort sein können, häufig wird die Einrichtung einer Präsenzbereitschaft notwendig. Für die wirtschaftliche Organisation einer ortsnahen Ruf- und Präsenzbereitschaft bedarf es einer Mindestanzahl von Nutzerinnen und Nutzern. Es bietet sich an, solche Dienste sozialräumlich, d.h. für alle Nutzer innerhalb eines Quartiers oder eines Wohnumfelds zu organisieren, wozu die dort tätigen Träger kooperieren müssten. Beim Hausnotruf und bei der nächtlichen Rufbereitschaft ist das sicherlich machbar. In welchem räumlichen Radius das auch bei einer Präsenzbereitschaft während der Nacht funktionieren kann, gilt es zu erproben. Wie im wahrsten Sinne naheliegend solche Organisationsformen sind, zeigt z. B. die geografische Verteilung von kleinen stationären Wohnsettings fünf verschiedener Träger der Behindertenhilfe im Stadtteil Hilstrup-West in Münster (s. Abb. 1).

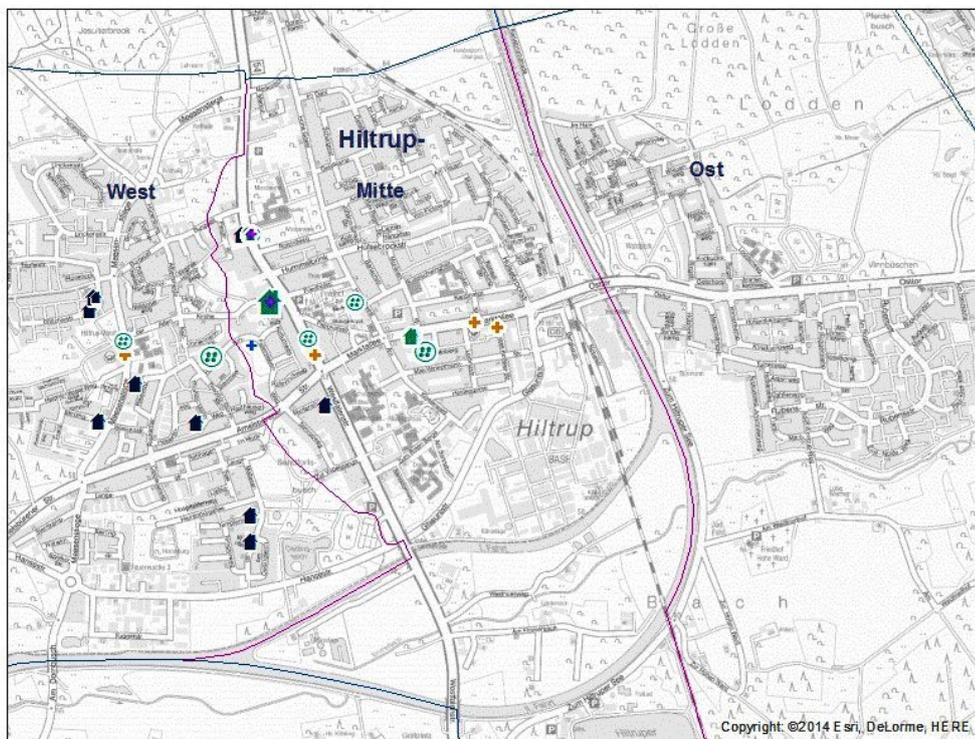
Orte der Begegnung außerhalb der Wohnung, Quartierstreffs

Begegnungsorte können z. B. inklusive oder spezifische Arbeits- oder Tagesangebote für Menschen mit Behinderung sein, aber auch einfache offene Treffmöglichkeiten oder Kursangebote. Solche zweiten Milieus im Sozialraum sind auch die Voraussetzung dafür, dass Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf im Ruhestand in den ihnen vertrauten Wohnsettings, z. B. in der Herkunftsfamilie, in einer Gastfamilie oder auch in ambulant betreuten Wohnangeboten verbleiben können.

Mobilität

Der Erhalt der Fortbewegungsfähigkeit und körperlichen Beweglichkeit, ein barrierefreier und gut getakteter ÖPNV, aber auch die Finanzierung von individuell nutzbaren Fahrdienste (eben nicht nur für körperbehinderte Menschen) erhöhen

Wohn- und Pflegeangebote der Alten- und Behindertenhilfe in Hilstrup



Kartengrundlage: Stadt Münster, Katasteramt

Abbildung 1: Räumliche Verteilung von Wohn- und Pflegeangeboten der Altenhilfe und Behindertenhilfe in Münster, Stadtteil Hilstrup (Quelle: BMBF-Projekt SOPHIA, Katho NRW 2015)

die Teilhabechancen von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf.

Soziale Beziehungen und soziale Kompetenzen

Die persönlichen sozialen Netzwerke sind bei Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf häufig sehr klein. Zur Unterstützung gehört es, dass Mitarbeiter_innen sich als Teil dieses Netzwerkes unterstützen und ihre sozialen Kompetenzen fördern. Mitarbeiter_innen sind hier in einer aktiven

Rolle als „Facilitator“ / Erleichterer, als Dolmetscher in sozialen Beziehungen und Mitgestalter eines „Circle of Support“, eines Unterstützernetzes, der bei der persönlichen Zukunftsplanung eines Menschen mit Behinderung, aber auch bei der konkreten Alltagsgestaltung hilfreich ist. Beispielsweise gilt es, Nachbarschaftskontakte, die auf ein Wechselseitigkeitsprinzip beruhen, aktiv anzubahnen, die zentral wichtigen Beziehungen zu Angehörigen (Eltern und Geschwister) zu stützen und gegebenenfalls wieder zu aktivieren, die Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen in

rechtlichen Fragen und familiären Angelegenheiten zu beraten.

Beratung

In den meisten Bundesländern fehlt eine ortsnahe, trägerneutrale Beratung über Wohn- und Unterstützungsalternativen. Vertreter der Menschen mit Behinderung und die Fachverbände fordern im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes, solche Beratungsleistungen zu verankern.

Aktive Beteiligung von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf an individueller Teilhabeplanung

Um Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf aktiv an der individuellen Teilhabeplanung zu beteiligen, muss das Assessment stärker als ein längerer Beobachtungs- und Interaktionsprozess verstanden werden, die Betroffenen - auch wenn sie sich sprachlich nicht äußern können - in den Teilhabe- bzw. Hilfeplankonferenzen anwesend sein, nicht-professionelle Vertrauenspersonen am Verfahren beteiligt und sämtliche Teilhabebereiche bei der Bedarfsfeststellung berücksichtigt werden. Es besteht die Gefahr, dass sonst zu sehr selektive Fremdwahrnehmungen die vermeintlichen Interessen abbilden.

Fallspezifische und fallunspezifische Erschließung des Sozialraums

Wohndienste nehmen zum einen im Einzelfall stärker die Ressourcen im Sozialraum wahr, z. B. die allgemeinen örtlichen Aktivitätsmöglichkeiten, Freiwillige, die eingebunden werden für die individuelle Freizeitgestaltung. Jenseits der individuellen Teilhabeleistungen muss es den Anbietern in der Behindertenhilfe möglich werden, den Sozialraum zu erschließen, sich dort selbst einzubinden und zu vernetzen. Insbesondere für sozialräumliche Vernetzungsleistungen ist eine Finanzierung erforderlich. Z. B. hat

die Stadt Münster Leistungsvereinbarungen für eine stadtteilbezogene Vernetzungsarbeit geschlossen, die hilfesystemübergreifend angelegt ist. In jedem Stadtbezirk ist ein Anbieter für die Koordination und Weiterentwicklung der Vernetzungsstrukturen vor Ort zuständig.

5. Fazit

Häufig gewinnt man den Eindruck dass sozialpolitische Veränderungen, welche die Unterstützung von Menschen mit lebenslanger Behinderung betreffen, nach dem Prinzip „vom Leichten zum Schweren“ konzipiert werden. Während es legitim erscheint, in Pilotprojekten, bei der erstmaligen Erprobung innovativer Impulse nach diesem Prinzip zu handeln, führt dieses Prinzip immer dann, wenn Veränderungen sozialpolitisch und sozialrechtlich beschlossen werden sollen, zu Ausgrenzungen von Personengruppen, deren Teilhaberechte gemindert werden. Bei einem so gewichtigen Reformvorhaben wie dem Bundesteilhabegesetz ist von der Vielfalt der Unterstützungsbedarfe auszugehen, die sich auch über die Lebensspanne verändern (Lebensspanne-Perspektive), also von der Komplexität von Lebenssituationen, vom „Schwierigem“. Ich würde dem Gesetzgeber empfehlen, die gesetzlichen Grundlagen, die jetzt geschaffen werden, einem Stresstest zu unterziehen, in dem beschrieben und bewertet wird, welche Spielräume für Unterstützungsstrukturen für die Teilhabe im Wohnen geschaffen werden und welche erschwert werden - gerade im Hinblick auf Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf, die gesellschaftlich besonders benachteiligt sind.

Literatur

Aselmeier, L. (2013). Zwischen „klassisch stationär“ und „klassisch ambulant“ - neue Wege für wohnbezogene Unterstützung. Vortrag im Rahmen des DHG-Fachgesprächs „Wohnformen zwischen Erneuerung und Ernüchterung“ am 06.12.2013 in Kassel. Download: <http://www.dhg-kontakt.de/pdf/2013/DHG-Aselmeier_2013.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Träger der Sozialhilfe / con_sens (2013). Kennwertevergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2012. Münster. Verfügbar unter: <http://www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenvergleich2012.pdf> (03.03.2015).

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK (2012). Grundlagendokument zu den Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK. Download: <<http://www.reha-recht.de/infotek/aus-der-politik/bundesebene/aus-den-bundesministerien/bundesministerium-fuer-arbeit-und-soziales-bmas/>>

Dieckmann, F. (2012): Wohnen. In: Beck, I. & Greving, H. (Hg.), Lebenslage und Lebensbewältigung. Behinderung, Bildung, Partizipation – Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 5. Stuttgart, 234-241.

Dieckmann, F.; Graumann, S.; Schäper, S.; & Greving, H. (2013). Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), Münster.

Dieckmann, F., Heele-Bökenkötter, L. & Wenzel, S. (2012). Ambulant unterstütztes Wohnen mit hohem Hilfebedarf. In: Greving, H., Dieckmann, F., Schäper, S. & Graumann, S. (Hg.): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung. Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Men-

schen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster, 81-158.

Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht des KVJS-Forschungsprojektes. Stuttgart.

Dieckmann, F., Giovis, C. & Westermann, I. (2015; in Druck). Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. In Müller, S. & Gärtner, C. (Hg.), Älterwerden von Menschen mit geistiger Behinderung. Heidelberg: Springer.

Flade, A. (2006): Wohnen – psychologisch betrachtet (2. Aufl.). Bern.

Metzler, H. & Springer, A. (2010). Umwandlung von Wohnangeboten in großen Komplexeinrichtungen zu gemeindeorientierten Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung. Bericht einer Evaluation. Tübingen.

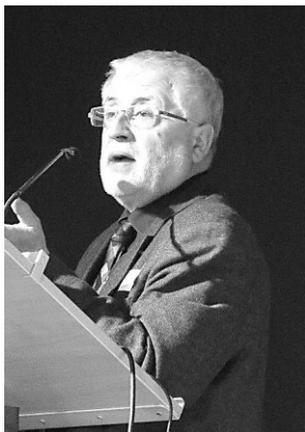
Rohrmann, A., Schädler, J., Kempf, M., Konieczny, E., Windisch, M. (2014) Inklusive Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe (hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW. Düsseldorf.

Seifert, M. (2010). Kundenstudie. Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung. Berlin.

Schädler, J. & Rohrmann, A. (2009). Szenarien zur Modernisierung der Behindertenhilfe. Teilhabe, 48 (2), 68-75.

Woltering, U. (2007). Das Ahlener System. Eine innovative und effektive Arbeitsstruktur für die Weiterentwicklung der Altenhilfe und Seniorenarbeit in der Stadt Ahlen. Ahlen. Download: <http://www.senioren-ah-len.de/fileadmin/pdf/ahleener_sysem_06_07_zwv.pdf> (26.05.2015).

■ PROF. DR. FRIEDRICH DIECKMANN
KATHOLISCHE HOCHSCHULE NRW
MÜNSTER
FORSCHUNGSSCHWERPUNKT TEILHABE-
FORSCHUNG
WWW.KATHO-NRW.DE/MUENSTER



Teilhabe im Lebensbereich Gesundheit Stand der Reformdiskussion zum Bundesteilhabegesetz

Michael Seidel
Bielefeld

Mir obliegt es, Ihnen einige Gedanken zur Teilhabe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf zu unterbreiten. In diesem Sinne verstehe ich die Überschrift „Teilhabe im Lebensbereich Gesundheit“. Dass ich schließlich im Hinblick auf unsere gegenwärtigen Verhältnisse der Gesundheitsversorgung zu einer kritischen Einschätzung kommen werde, wird Sie nicht wundern.

Mein Vortrag gliedert sich folgendermaßen: Im ersten Teil werde ich Gesundheit als einen Förderfaktor für soziale Teilhabe beleuchten. Es versteht sich von selbst, dass im Umkehrschluss Krankheiten oder Behinderungen als Barrieren für soziale Teilhabe angesehen werden können, wenn sie die Teilhabe behindern. Im zweiten Teil möchte ich einiges zu gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit Behinderung ausführen. Dabei werde ich sowohl einige grundsätzliche Aspekte erörtern als auch Merkmale der problematischen Versorgungssituation skizzieren.

1. Gesundheit als Förderfaktor

Als erstes erläutere ich Gesundheit als Förderfaktor für soziale Teilhabe. Wie ist das theoretisch zu begründen? Dazu müssen wir auf die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (abgekürzt: ICF)

der Weltgesundheitsorganisation¹ zurückgreifen. Die ICF beschreibt ICF Behinderung in einem *integrativen Modell*. Sie führt darin die oft gegeneinander ausgespielten Modelle, nämlich das *sog. medizinische Modell* von Behinderung und das *sog. soziale Modell*, zusammen und stellt sie in ein komplementäres Verhältnis zueinander.

Die ICF versteht *Behinderung* als Folge eines Gesundheitsproblems. Sie beschreibt Behinderung als Schädigungen von Körper und Körperstrukturen, als Beeinträchtigung von Aktivitäten und als Beeinträchtigung der Teilhabe. Zwischen diesen Ebenen von Beeinträchtigungen – auch Komponenten genannt – können Wechselwirkungen bestehen. Vor allem hebt die ICF hervor, dass die erwähnten Wechselwirkungen auf dem Hintergrund von sogenannten Kontextfaktoren vorstattengehen.

Die ICF definiert die Kontextfaktoren als diejenigen Faktoren, die die materielle, soziale und einstellungsbezogenen Umwelt abbilden, in der die Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Die Kontextfaktoren können positiv oder förderlich wirken, dann handelt es sich bei ihnen um

¹ World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva. Deutsche Version: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: ICF. Köln.

Förderfaktoren. Sie können negativ, hemmend oder hinderlich wirken, dann handelt es sich um *Barrieren*. Man unterscheidet überdies unter den Kontextfaktoren die *Umweltfaktoren*, die außerhalb der konkreten Person gelegen sind, und die *personbezogenen Faktoren*, die sich auf die betreffende Person selbst beziehen und den speziellen Hintergrund der

Person und deren Lebensführung umfassen. Dazu gehören beispielsweise das Lebensalter, der Lebensstil, die körperliche oder mentale Fitness, der soziale Status, andere Gesundheitsprobleme neben der aktuell im Mittelpunkt der Betrachtung stehenden Behinderung, Bewältigungsstile usw.

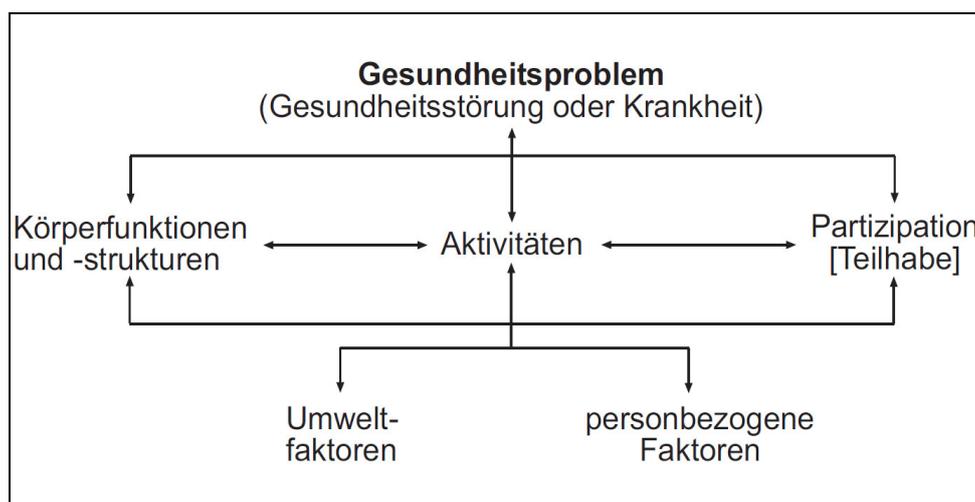


Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF

Auf dem Hintergrund des funktionalen Verständnisses von Gesundheit, wie es sich in der ICF darstellt, versteht man die Aussage von Gro Harlem Brundtland, der vormaligen WHO-Generaldirektorin: „Health ist he ability to live life to its full potential.“ Frei übersetzt heißt das, Gesundheit sei die Fähigkeit, das Leben in allen seinen Möglichkeiten zu leben. Auf diesem Hintergrund versteht sich die Aussage von selbst, dass ein guter Gesundheitszustand ein Förderfaktor für Teilhabe ist, ein schlechter Gesundheitszustand hingegen eine Barriere.

Im nächsten Schritt möchte ich Behinderung und Gesundheitsversorgung in ein grundsätzliches Verhältnis zueinander stellen. Vereinfacht sind im Hinblick auf dieses Verhältnis zwei Konstellationen zu unterscheiden: Zum einen handelt es sich um den *behinderungsunspezifischen*

gesundheitlichen Versorgungsbedarf, also einen medizinischen Versorgungsbedarf, den Menschen mit Behinderungen wie andere Menschen auch haben. Daneben gibt es denjenigen gesundheitlichen Versorgungsbedarf, nämlich den *behinderungsspezifischen* gesundheitlichen Versorgungsbedarf, der durch die Behinderung bewirkt wird bzw. sich auf deren Linderung oder Beseitigung bezieht.

Inwiefern unterscheiden sich diese beiden Konstellationen? Worin stimmen sie überein? Beginnen wir mit dem behinderungsunspezifischen Versorgungsbedarf, den Menschen mit Behinderung wie andere Menschen auch haben können. Hier stellt die konkrete individuelle Behinderung – etwa eine Sinnesbehinderung oder eine Körperbehinderung oder eine geistige Behinderung – den *Kontext* der Behandlung dar. Deshalb sind für eine

erfolgreiche Gesundheitsversorgung, für eine erfolgreiche Diagnostik oder Behandlung unter Umständen bestimmte Rahmenbedingungen (Setting) nötig. Dazu können je nach konkreter Situation eine angemessene Ausstattung, ein adäquates Fachwissen, kontextspezifische Handlungskompetenz, zielgruppenadäquate Kommunikationskompetenz und gegebenenfalls organisatorische Voraussetzungen wie geregelte Kooperationsbezüge, unterstützende Netzwerke, Absprachen zur konsiliarischen Unterstützung usw. gehören. Als Beispiele des behinderungsunspezifischen Versorgungsbedarfs nenne ich die Durchführung der Zahnbehandlung unter Vollnarkose bei einer eingeschränkt kooperationsfähigen Person mit schwerer geistiger Behinderung oder eine modifizierte Psychotherapie eines Mannes mit geistiger Behinderung oder eine adäquate Operationsaufklärung unter Mitwirkung eines Gebärdendolmetschers für eine hörbehinderte Patientin.

Im zweiten Falle ist die Behinderung – gegebenenfalls auf der Grundlage einer chronischen Krankheit beruhend – selbst Gegenstand der therapeutischen Bemühungen. Wie im ersten Fall stellt die Behinderung zugleich den Kontext der Versorgung dar. Demzufolge sind wohl zu meist auch hier Rahmenbedingungen notwendig, wie sie im ersten Falle schon dargelegt wurden. Darüber hinaus sind Rahmenbedingungen und Voraussetzungen notwendig, die unmittelbar mit der Behinderung zusammenhängen. Als Beispiele für einen solchen behinderungsbedingten Versorgungsbedarf sind beispielhaft zu nennen die Langzeitverordnungen von Krankengymnastik bei zerebralen Bewegungsstörungen oder erweiterte und modifizierte Präventionsmaßnahmen für die Mundgesundheit bei kognitiv beeinträchtigten oder körperlich beeinträchtigten Menschen oder die Versorgung mit technischen Geräten zur unterstützten Kommunikation für Menschen ohne lautsprachliche Kommunikation.

2. Teilhabe an den Gesundheitsleistungen

Aussagen der UN-Behindertenrechtskonvention

Ich komme nun zum zweiten Abschnitt, zur Teilhabe behinderter Menschen an den Gesundheitsdienstleistungen. Zunächst beziehe ich mich auf das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, kurz UN-Behindertenrechtskonvention oder UN-BRK, aus dem Jahr 2006². Der Artikel 1 UN-BRK bestimmt den Zweck dieser Konvention. Dort heißt es unter anderem: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Damit wird Behinderung zwar nicht definiert, aber bei der Bezeichnung der Zielgruppe der UN-BRK, bei den Menschen mit verschiedenen Formen von Behinderung, wird unverkennbar auf die ICF Bezug genommen.

Abgesehen davon, dass eine Reihe weiterer Artikel der UN-BRK im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung relevant sind, möchte ich mich auf den Artikel 25 konzentrieren. Er verlangt unmissverständlich zweierlei: Erstens, Menschen mit Behinderung sollen die Gesundheitsversorgung erhalten, wie sie anderen Menschen auch zuteil wird.

² United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Deutsch: Vereinte Nationen: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Präambel //www.brk-allianz.de/attachments/article/72/BMAS%20-%20Deutsch-abgestimmte%20uebersetzung.pdf

Zweitens, Menschen mit Behinderung sollen obendrein diejenigen Gesundheitsleistungen bekommen, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

Erlauben Sie mir einen kleinen Exkurs: Im Jahre 2004 konnten die Fachverbände der Behindertenhilfe einen Erfolg verbuchen. Ihre langjährigen Bemühungen hatten dazu geführt, dass der § 2 a SGB V in das Sozialgesetzbuch eingefügt wurde. Er lautet kurz, knapp und unmissverständlich: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“ Wenn dieser Paragraph tatsächlich eine praktische Wirkung entfaltet hätte, wäre die UN-Behindertenrechtskonvention vielleicht nicht nötig gewesen, um die Mängel der gesundheitlichen Versorgung zu überwinden.

Leider spiegeln sich in den Berichten von Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen unverändert viele schlechte Erfahrungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung. Die schlechten Erfahrungen belegen, dass einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung im Allgemeinen, von Menschen mit geistiger Behinderung im Besonderen noch immer vielfältige Barrieren entgegenstehen.

Parallelbericht der BRK-Allianz zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Die Unterzeichnerstaaten der UN-BRK sind verpflichtet, die Zivilgesellschaft an der Umsetzung und insbesondere an der Bewertung der Umsetzung der UN-BRK in den jeweiligen Staaten zu beteiligen. Zu diesem Zweck haben sich in Deutschland Selbsthilfegruppen, Fachverbände, Wohlfahrtsverbände und weitere Akteure in einer BRK-Allianz zusammengeschlossen, um einen sogenannten Parallel- oder Schattenbericht zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland zu verfassen. Dieser Bericht mit dem Titel „Selbstbestimmung, gleiche

Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion!“³ ist im Internet verfügbar.

Der Parallelbericht beschreibt die vielfältigen Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen (Seiten 51-59). Außerdem formuliert er konkrete Forderungen zur Überwindung der beschriebenen Mängel. Ich darf einige Kritikpunkte des Parallelberichtes auswählen:

- Das im Hinblick auf die Bedarfslagen von Menschen mit Behinderungen überaus wichtige SGB IX habe gegenüber unzulänglichen Bestimmungen anderer Gesetze (SGB V, SGB VI, SGB IX, SGB XI, SGB XII) keine zureichende Wirkung.
- Obwohl in der Patientenbeteiligungsverordnung von 2003 die Mitberatungsrechte von Patientenorganisationen geregelt seien, handele es sich nur um eine unzureichende Beteiligung, da die Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten kein Stimmrecht haben.
- Den Behindertenverbänden sei es nicht möglich, die Richtigkeit der Entscheidungen von Krankenkassen oder anderer Behörden auf dem Rechtsweg überprüfen zu lassen.
- Ein großes Problem stellen die komplexen und komplizierten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen im Gesundheitsbereich dar. Sie erschweren es Betroffenen, die ihnen zustehenden Ansprüche zu sehen und gegebenenfalls im Streitfall durchzusetzen.

³ Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention (2013): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. http://www.brk-alli-anz.de/attachments/article/93/beschlossene_fassung_final_endq-logo.pdf

- Gerichtliche Wege zur Klärung oder Durchsetzung von Ansprüchen, die nicht selten von Betroffenen, Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter gegangen werden müssen, seien langwierig und finanziell aufwändig.
- Leistungsträger ließen es häufig auf Widersprüche und Klagen ankommen. Damit seien viele Betroffene aus Unkenntnis oder Resignation überfordert; deshalb verzichteten sie lieber auf ihre Ansprüche.
- Leistungsträger hinterfragten Umfang und Qualität therapeutischer oder pflegerischer Leistungen für Menschen mit fortgeschrittenen Demenzen oder umwobenen Hirnschäden. Dieses Vorgehen zielt auf Kostenersparnis.
- Die Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes Krankenversicherung (MDK) führe dazu, dass Leistungen vorenthalten werden. Einerseits wird häufig eine Politik der Kostendämpfung verfolgt, andererseits sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK oft nicht ausreichend fachlich qualifiziert, um ihren Prüf- und Beratungsauftrag sachgerecht zu erfüllen.
- Die Rehabilitationslandschaft Deutschlands werde noch immer von stationären Angeboten beherrscht. Hingegen fehle es an ambulanten und lebensweltorientierten aufsuchenden Angeboten (mobile Rehabilitation).
- Der Zugang zu Leistungen wurde infolge gesetzlicher Neuregelungen (z. B. Gesundheitsreform 2008, überarbeitete Rehabilitationsrichtlinien) erschwert.
- Das individuelle Wunsch- und Wahlrecht werde eingeschränkt, zum Beispiel durch Zuzahlungen und mangelnde Barrierefreiheit (im umfassenden Sinne). In vielen Fällen erfolge die Auswahl der Einrichtung nach Kassenlage und nicht nach den individuellen Anforderungen.
- Frühestmögliche Überleitungen in die Frührehabilitation würden manchmal von den Krankenkassen behindert, weil sie häufig ihr finanzielles Interesse an der Ausschöpfung maximaler Verweildauer auf der Grundlage von Fallpauschalen in der klinischen Akutversorgung über die fachlichen Erfordernisse stellten.
- Eine weitere Auswirkung der Fallpauschalen seien zu frühe Entlassungen in Rehabilitationseinrichtungen, obwohl noch erheblicher Pflegebedarf bestehe, oder unzureichend vorbereitete Entlassungen direkt in Pflegeeinrichtungen, obwohl ein Potenzial für die Rückkehr in die ursprüngliche und vertraute Lebenswelt vorhanden sei.
- Den Ansprüchen auf Unterstützung hinsichtlich einer möglichst weitreichenden Inklusion bzw. Partizipation ständen die pauschalen Rehabilitationsleistungen und die faktische Dominanz stationärer Reha-Maßnahmen gegenüber.
- Maßnahmen der Rehabilitation – insbesondere der stationären Rehabilitation – würden nicht ausreichend an individuellen Reha-Zielen bemessen, sondern sehr pauschaliert dargeboten. Dabei wirke sich insbesondere der Mangel an wohnortnahen Anschlussangeboten aus.
- Viele Reha-Maßnahmen seien an ausdrückliche Voraussetzungen gebunden oder mit Ausschlusskriterien verbunden, die Menschen mit bestimmten Behinderungen oder komplexen Problemlagen (z. B. geistige Behinderung, Autismus, schwere Sinnes-, Körper- oder psychische Behinderungen) ausschließen. Alternative Reha-Angebote für derart ausgeschlossene Gruppen fehlten hingegen.

Die aufgeführten Mängel sind nur eine kleine Auswahl, die beliebig zu verlängern wäre.

Barrieren in der Gesundheitsversorgung

Was versteht man unter Barrieren? Bezieht sich der Begriff der Barrieren nur auf bauliche Aspekte? Nein, dem ist nicht so. Konzeptualisiert ist der Begriff der Barrieren in der ICF, in der Internationalen Klassifikation, Behinderung und Gesundheit der WHO. Deren Ansatz zufolge meint der Begriff der Barrieren keineswegs nur bauliche oder gebäudetechnische Unzulänglichkeiten. Vielmehr zielt der Begriff der Barrieren auf alle Faktoren der physischen und der sozialen Welt, die der unbeeinträchtigten Teilhabe von Menschen im Wege stehen.

Barrieren existieren insbesondere in folgenden Bereichen:

- Haltung und Einstellung zu Menschen mit Behinderung, Respektierung ihrer Würde
- Haltung zu Behinderung als fachliche Herausforderung
- Anwendungsbereites Fachwissen
- Handlungskompetenz
- Kommunikationskompetenz
- Zugänglichkeit
- Räumlichkeiten und Raumgestaltung

Die Ursachen der erwähnten Barrieren liegen zum einen auf der Ebene allgemeiner gesellschaftlicher und politischer Bedingungen, zum anderen auf der Ebene des Gesundheitssystems. Zu den Ursachen im Gesundheitssystem gehören Entscheidungen der Legislative von Bund und Ländern, Entscheidungen der Exekutive von Bund und Ländern, Entscheidungen der Selbstverwaltung sowie Entscheidungen und Verhaltensweisen auf der Ebene der individuellen Leistungserbringung vor Ort. Weil die Ursachen sehr vielfältig sind und auf verschiedenen Ebenen liegen, können die Probleme nur durch das koordinierte Handeln aller Akteure beseitigt werden.

Inklusion, Regelversorgung und Spezialisierung

Wie wir soeben von Frau Professor Beck hörten, findet sich der Begriff der Inklusion in der soziologischen Begrifflichkeit von Nicolas Luhmann. Bei Luhmann, in dessen deskriptiver systemtheoretischer Soziologie, meint der Begriff der Inklusion den Zugang zu sozialen Teilsystemen.

In unserem behindertenpolitischen Kontext ist der Begriff der Inklusion deutlich normativer und sehr stark von seiner Herkunft aus dem *bildungspolitischen Diskurs* geprägt. Ausgangspunkt dabei war und ist die Streitfrage, was für behinderte Kinder besser sei, die Bildung und Erziehung in hochspezialisierten Sondersystemen oder die Bildung und Erziehung im Regelbildungssystem, gemeinsam mit anderen Kindern. Die *Salamanca-Konferenz* der UNESCO im Jahre 1994 hatte sich in ihrem sogenannten *Salamanca-Statement*⁴ nachdrücklich für die Inklusion behinderter Kinder in das schulische Regelsystem ausgesprochen. Jedoch hat dieses Dokument – und das wird in der öffentlichen Diskussion gerne verschwiegen – ausdrücklich geltend gemacht, dass Kindern mit Behinderung auch im Regelschulsystem alle notwendige spezialisierte fachliche Unterstützung angeboten wird, die sie für ihre individuelle Entwicklung benötigen. Dass das mit erheblichem finanziellem Mehraufwand verbunden ist, muss man dabei beachten, vor allem im Hinblick auf die Begehrlichkeit mancher Politiker oder Verwaltungen, die sich von der irrigen Vorstellung leiten lassen, mit Inklusion ließe sich Geld sparen. Vielmehr muss man vermitteln, dass Inklusion ein teures Projekt ist.

Ich komme zurück auf den Begriff der Inklusion. Man kann Inklusion einmal als

⁴ UNESCO (1994): The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Need Education: http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF

ein Ziel – in Analogie zum Begriff der Normalisierung – verstehen. Man kann Inklusion aber auch als Instrument, als Methode verstehen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen.

Wendet man den Inklusionsbegriff mit seiner normativen Stoßrichtung auf die Gesundheitsversorgung oder das Gesundheitssystem an, heißt das zunächst, dass Menschen mit Behinderung uneingeschränkt die erforderliche gesundheitliche Versorgung erhalten sollen, keinesfalls ausgeschlossen, diskriminiert usw. werden sollen. Die anschließende Frage richtet sich darauf, ob Inklusion im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung meine, dass es keine Spezialangebote geben sollte, sondern alle medizinischen Problemlage im Regelversorgungssystem zu bearbeiten sein müssten.

Bei der Erörterung dieser Frage trifft man wie auch im Bildungssystem auf die Grunderkenntnis, dass für bestimmte Konstellationen spezialisierte Kompetenzen der Gesundheitsversorgung vorgehalten werden müssen, wenn sie bedarfsdeckend, effektiv und effizient sein soll. Demzufolge ist das deutsche Gesundheitswesen wie die Gesundheitssysteme anderer hochentwickelter Länder von einer arbeitsteiligen Spezialisierung geprägt. Das geht so weit, dass etwa Krankenhäuser bestimmte Leistungen nur dann abrechnen dürfen, wenn sie eine Mindestmenge solcher Leistungen in einem bestimmten Zeitraum nachweisen können. Das Ziel einer derart restriktiven Regelung ist, durch eine Mindestmenge von Leistungen die Qualität der Leistungen durch routinierte Erfahrung sicherzustellen.

Spezialisierung in der Medizin ist aus guten Gründen eine Selbstverständlichkeit geworden. Ich führe einige Beispiele dafür an:

- das System der niedergelassenen Fachärzte mit speziellen Weiterbildungsordnungen
- das System der spezialisierten Krankenhäuser oder spezialisierten Krankenhausabteilungen

- die Methodenspezialisierungen in der Psychotherapie
- spezielle Weiterbildungsabschlüsse als Voraussetzung für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung
- spezialisierte Angebote, die in der Versorgungsregion fehlen müssen, als Voraussetzung für Instituts- oder persönliche Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Die allgegenwärtige Tatsache von Spezialisierung im Gesundheitswesen steht erkennbar in Spannung zu der Auffassung, jedes medizinische Problem müsse überall und immer zu lösen sein. Im Hinblick auf die Frage, ob und in welchem Umfang Menschen mit Behinderung gegebenenfalls auf medizinische Spezialangebote angewiesen sind, hört man manchmal, dass so etwas keinesfalls zugelassen werden dürfe, denn es wirke sich als Exklusion aus. Bei dieser Position spielt auch die irriige Annahme eine Rolle, bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung käme es in erster Linie oder ausschließlich auf die richtige innere Einstellung und Haltung an. Dabei wird negiert, dass die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung gegebenenfalls auch im Hinblick auf fachliches Wissen, Handlungs- und Kommunikationskompetenz sowie die organisatorischen und andere Voraussetzungen einige Besonderheiten verlangt, die keinesfalls überall verfügbar oder auch nur mobilisierbar sind. Anders ausgedrückt: Die Nutzung von Spezialangeboten durch Menschen mit Behinderung muss sich daraus begründen, dass aus der medizinischen Problematik heraus spezielles Wissen, Kompetenzen, Rahmenbedingungen erforderlich sind.

Das heißt zugleich: Nicht schon weil jemand behindert ist, wird er auf das Spezialangebot verwiesen, sondern erst soweit und solange es eine vorliegende medizinische Problematik erfordert. Das medizinische Regelversorgungssystem – daran darf kein Zweifel bestehen – muss sich allerdings regelmäßig als der erste

Ansprechpartner für Menschen mit Behinderung verstehen und sich dafür fachlich und organisatorisch qualifizieren. Dass dafür seitens der Selbstverwaltung und der Politik geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, sei wenigstens der Vollständigkeit halber erwähnt. Kein Zweifel: Im Interesse von Ergebnisqualität und Bedarfsgerechtigkeit bei speziellen fachlichen Fragestellungen in der medizinischen Versorgung behinderter Menschen muss – das fordern die Fachverbände für Menschen mit Behinderung seit langem ⁵ – das Regelversorgungssystem durch spezialisierte und hochspezialisierte Versorgungsangebote ergänzt werden. Dazu gehören im ambulanten Sektor die seit langem bewährten Sozialpädiatrischen Zentren und künftig die derzeit im Gesetzgebungsprozess befindlichen Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. Im stationären Sektor gehören Spezialabteilungen in Krankenhäusern dazu.

Die Spannung zwischen der ausschließlichen Gesundheitsversorgung behinderter Menschen im Regelversorgungssystem – oft als zwingende Folge des Inklusionsgebotes missdeutet – und der fachlich unentbehrlichen Spezialisierung in der medizinischen Versorgung lässt sich wohl nur auflösen, indem man ein Sowohl-als-auch befürwortet.

⁵ Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e. V., Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., Verband Katholischer Einrichtungen für lern- und geistig behinderte Menschen e. V., Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit e. V. (2001): Expertise Gesundheit und Behinderung. <http://www.beb-ev.de/files/pdf/2010/2010-05-08ExpertiseGesundheitundBehinderung2001.pdf>

Seidel, M. (2013): Forderungen der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. *Med Men Geist Mehrf Beh* 10: 89 – 94.

Ausgewählte Problemfelder

Zweifellos könnte ich noch lange über die vielfältigen Mängel in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung, namentlich mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, sprechen. Nur schlaglichtartig möchte ich abschließend einige Themen benennen:

- hausärztliche Versorgung
- fachärztliche Versorgung
- psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
- suchtmmedizinische Versorgung
- Hilfsmittelversorgung
- Heilmittelverordnung
- Unterstützte Kommunikation
- Vorsorgeuntersuchungen
- arbeitsmedizinische Untersuchungen in den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen
- Rehabilitation in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form

Das alles sind Felder, in denen erhebliche Defizite im Hinblick auf die Nutzung durch Menschen mit Behinderung bestehen. Ihnen muss weiterhin größte Aufmerksamkeit und größte Anstrengung vieler Akteure auf verschiedenen Ebenen gewidmet werden, damit sich die Dinge zum Besseren wenden.

- PROF. DR. MICHAEL SEIDEL
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG
BIELEFELD
WWW.DGSGB.DE



Anforderungen an ein modernes Teilhaberecht für Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf

Norbert Müller-Fehling
Bundesverband für
körper- und mehrfachbehinderte Menschen
Düsseldorf

Mit meinem Beitrag möchte ich einen Blick auf die seit vielen Jahren andauernden Bemühungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe aus der Perspektive eines Selbsthilfeverbandes von Menschen mit Behinderung und Eltern behinderter Kinder werfen. Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm) wurde vor 55 Jahren als Spastikerverband von regionalen Elternselbsthilfegruppen gegründet. Heute sind ihm 270 örtliche Organisationen mit ca. 28.000 Mitgliedsfamilien angeschlossen. Ein großer Teil der Mitgliedsorganisationen ist auch Träger von Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe. Die meisten der vom bvkm vertretenen Menschen leben mit einer schweren, oft mit mehrfacher Behinderung und sind umfassend und häufig lebenslang auf Förderung, Begleitung, Assistenz, Pflege und Zuwendung angewiesen. In aller Regel besteht die Behinderung seit der Geburt oder trat frühkindlich auf. Die Eingliederungshilfe der Sozialhilfe ist daher für die Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung die bedeutendste Rechts- und Finanzierungsgrundlage für Teilhabe und Rehabilitation.

Auf kaum einem anderen Feld der Arbeit für und mit Menschen mit Behinderung sind so tiefgreifende Veränderungen im Gange wie beim Wohnen und bei der Alltagsgestaltung. Ich möchte mich daher auf diesen Themenkomplex konzent-

rieren, ohne damit die anderen im Zusammenhang mit einem Bundesteilhabegesetz aufgerufenen Themen Bildung, Große Lösung, Kostenheranziehung, Bundesbeteiligung, Teilhabe am Arbeitsleben und andere in ihrer Bedeutung herabzusetzen.

Die Gründe für die laufenden und zukünftigen Veränderungsprozesse sind vielfältig. Behinderte Menschen sind von Leistungen ausgeschlossen, auf die andere Bürger zugreifen können. Das System der Hilfe ist teuer. Die Zahl der Leistungsberechtigten steigt und damit die Ausgaben der Länder, Städte und Kreise. Behinderte Menschen und ihre Angehörigen erwarten, dass die moderne Behindertengesetzgebung, das SGB IX und die UN-Behindertenrechtskonvention (insbesondere Artikel 19 BRK), auch bei den Menschen ankommt, die für ihre Teilhabe auf Einrichtungen und Dienste angewiesen sind.

Die Ansprüche, die sich daraus ergeben, lassen sich nicht in einem Angebotssystem verwirklichen, das überwiegend auf stationäre Einrichtungen ausgerichtet ist. Wenn es ernstgemeint ist mit dem menschen- und bürgerrechtlichen Ansatz der UN-Behindertenrechtskonvention, kann ein System nicht aufrechterhalten bleiben, in dem sich Leistungsanbieter und Leistungsträger ohne die Einbeziehung

der Leistungsberechtigten vereinbaren und die Entscheidungen

- „Wie will ich wohnen?
- Mit wem und in welcher Nähe?
- Wer bestimmt den Tagesablauf?
- Wer leistet Pflege, Betreuung, Assistenz?
- Was wird mir abgenommen? Was mache ich selbst?“

von vornherein und langfristig gefallen sind.

Die rund 210.000 Menschen leben in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, weil sie aufgrund ihrer Behinderung in einem oder mehreren, bisweilen in nahezu allen Bereichen des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen sind. Der Bedarf reicht von der Hilfe bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen und Pflege über sozialpädagogische Unterstützung bei der Gestaltung und Bewältigung des Alltags bis hin zu einer umfassenden Versorgung, Betreuung und Zuwendung. In der Vergangenheit war die stationäre Einrichtung oft die einzige Antwort auf einen ungedeckten Bedarf in einem der genannten Bereiche. Für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf ist sie bis heute die bedeutendste, oft einzige Wohn- und Lebensbedingung. Ausgestaltung und Form variieren stark.

Die meisten Plätze in stationären Wohnformen stehen in Groß- und Komplexeinrichtungen mit deutlich mehr als 100 Plätzen zur Verfügung. In den letzten Jahren hat sich bei der Schaffung neuer Einrichtungen das gemeindenahes Wohnheim mit bis zu 24 Plätzen durchgesetzt. Es gibt natürlich auch stadtteilintegrierte Wohngruppen, die nahe an die Wohnformen nichtbehinderter Menschen herankommen. Trotz der Unterschiede in Konzept, Größe, Lage oder Personalausstattung ist allen gemeinsam, dass die Leistungen umfassend und in der Gesamtverantwortung der Einrichtung erbracht werden. Dazu gehören die Unterkunft, Verpflegung, Hauswirtschaft, Pfl-

ge, Betreuung im engeren und weiteren Sinne, Förderung, die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Freizeitgestaltung, die gesundheitliche Sorge und vieles mehr.

Die meisten Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, hatten nie eine Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen ein Leben in einer Einrichtung. Sie mussten sich mit diesen Lebensbedingungen arrangieren. Auch ihre Eltern arrangierten sich, weil sie nach 20, 30 oder mehr Jahren Pflege und Betreuung dringend Entlastung brauchen und vielfach die Kraft verloren haben, alles erkämpfen zu müssen. Werden aber Wahlmöglichkeiten angeboten und können sie unter angemessenen Bedingungen genutzt werden, entscheiden sich die Menschen für Wohnformen, die sich von denen nichtbehinderter Menschen am wenigsten unterscheiden.

Auch die Träger der Einrichtungen und Dienste hatten in der Vergangenheit kaum eine Wahl. Die Angebotsplanung und die Investitionsförderung waren ausschließlich auf stationäre Angebote ausgerichtet. Trotz des gesetzlich verankerten Vorrangs finden sich für ambulante Leistungen selten annähernd vergleichbare Rahmenbedingungen wie im stationären Bereich. Die Unterschiede in der Finanzierungssicherheit stationärer und ambulanter Angebote, wie wir sie in den meisten Bundesländern vorfinden, stellen ein großes Hindernis dar. Selbst ein knapp kalkuliertes Leistungsentgelt in einer stationären Einrichtung gibt derzeit dem Träger mehr Sicherheit und ein auskömmliches wirtschaftliches Ergebnis als die ambulante Leistung, die oft quer-subventioniert wird, in die Eigenmittel einfließen müssen und bei der ein hohes Maß an Flexibilität und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erwartet wird.

Trotz wachsender Gemeindenähe stehen die gängigen Wohnangebote für die meisten Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf oft außerhalb oder

am Rande der üblichen Lebensbezüge. Menschen mit Behinderung werden als Nachbarn und Mitbürger des Gemeinwesens kaum wahrgenommen. Die Angebote sind nahezu vollständig als berufliche Expertensysteme organisiert. Familiäres, ehrenamtliches, nichtberufliches und bürgerschaftliches Engagement findet kaum Raum in diesem System. Einrichtungen mit möglichst vielen Plätzen gelten als kostengünstig.

Die vorhandenen Strukturen stationärer Einrichtungen bieten allerdings ein hohes Maß an Versorgungssicherheit und die Übernahme von Verantwortung für viele Lebensbereiche auch für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Das wird verständlicherweise besonders von Eltern sehr geschätzt.

Der Ausgabenvergleich zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich belegt, dass Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf im ambulanten Bereich unter den gegenwärtigen Bedingungen keine Chance auf eine angemessene Betreuung haben. 2012 betragen die Pro-Kopf-Bruttoausgaben im ambulanten Bereich 13.925 Euro, während die Pro-Kopf-Bruttoausgaben im stationären Bereich 38.633 Euro betragen. Der Unterschied ist nicht das Ergebnis eines kostengünstigen Angebots, sondern einer Selektion der Leistungsberechtigten. Professor Burtscher von der Katholischen Hochschule in Berlin hat in seiner Studie „Unerhörte Eltern“ als Nebenbefund festgestellt, dass Menschen mit einer Pflegestufe selbst hier in Berlin mit einer guten Infrastruktur in ambulanten Versorgungszusammenhängen nur im niedrigen einstelligen Bereich vorkommen.

Entscheidungsmöglichkeiten haben am ehesten Menschen mit einem überschaubaren Unterstützungsbedarf. Haben sie die Möglichkeit, entscheiden sie sich für ambulante Wohnformen. Wie könnte es auch anders sein? Unter den ambulanten Bedingungen sehen sie am ehesten die Möglichkeit, ihre Lebensvorstellungen zu

verwirklichen. Auch die Eltern wünschen für ihre erwachsenen Kinder ein Leben in Nachbarschaft und so normal wie möglich.

Die Leistungsträger unterstützen diese Entwicklung, nicht zuletzt auch deshalb, weil gerade bei diesem Personenkreis im ambulanten System die größten Einsparungen gegenüber einer stationären Leistungserbringung zu erzielen sind. Das ist nicht zu kritisieren. Menschen mit einem überschaubaren Unterstützungsbedarf dürfen nicht in ihren Wahlmöglichkeiten eingeschränkt werden, weil die Menschen mit komplexem Hilfebedarf diese Möglichkeiten nicht haben. Aber die Selektion hat Folgen. Bleiben die grundlegenden Veränderungen aus, droht uns ein Sondersystem für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen.

In Baden-Württemberg wurde zum Jahreswechsel 2013/2014 ein Verband mit dem Namen „Die Initiative – Verband der Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe Baden-Württemberg e.V.“ von zwölf traditionsreichen Groß- und Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe gegründet. Der Verband versteht sich als Interessenvertretung von schwer- und mehrfachbehinderten Menschen sowie der Träger von Komplexeinrichtungen gegenüber der Gesellschaft, der Politik und den anderen Verbänden. Die Verbandsmitglieder treten dafür ein, dass den in Baden-Württemberg lebenden Menschen mit komplexen Behinderungen und Bedarfen auch in Zukunft die Möglichkeit und Freiheit offen steht, die Leistungen von modernen Komplexeinrichtungen wählen zu können. „Mind. 10.000 Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen brauchen heute wie auch morgen vielfältige Angebote, um ihre besonders individuellen Bedarfe abdecken zu können. Diese vielfältigen und komplexen Angebote findet dieser besondere Personenkreis in Baden-Württemberg bis heute an den Standorten der sog. Komplexeinrichtungen.“

Das Angebot könnte auf eine breite Zustimmung stoßen. Bei den Eltern, die sich eine Versorgung ihrer schwerbehinderten Kinder unter den aktuellen Bedingungen ambulanter Versorgungsformen nicht vorstellen können. Bei den Leistungsträgern, die in den Komplexeinrichtungen kostengünstige Lösungen sehen, bei Einrichtungsträgern, die ihre Standorte und ihr Leistungsangebot aufrechterhalten wollen. Und schließlich bei denen, die sich um die Reform bemühen, weil damit Herausforderungen abgeräumt werden, für die es keine einfachen Lösungen gibt. Diese Tagung hat das einmal mehr gezeigt. Auch wenn das alles verständlich ist, so ist es doch nicht richtig.

Am Ende dieser Entwicklung stehen ein gemeindeintegriertes ambulantes Hilfesystem auf der einen Seite und die stationäre Wohnform für Menschen mit einem hohen und komplexen Unterstützungsbedarf auf der anderen Seite. Dazu darf es nicht kommen. Die UN-Konvention gilt für alle. Daher halten wir den eingeleiteten Reformprozess der Eingliederungshilfe, der in einem Bundesteilhabegesetz münden soll, für unbedingt notwendig. Er ist notwendig, damit sich die Eingliederungshilfe in einem einheitlichen System geordnet weiterentwickeln kann und niemand wegen Art und Schwere der Behinderung von diesem Weiterentwicklungsprozess ausgeschlossen wird.

Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in einem Bundesteilhabegesetz muss mit ihrer personenzentrierten Ausrichtung die Barrieren zwischen ambulanten und stationären Leistungsformen überwinden.

Die Entwicklung dorthin muss sich innerhalb folgenden Leitplanken bewegen:

- Eine lebenslange Sicherung der Förderung und Unterstützung behinderter Menschen auf der Grundlage von Rechtsansprüchen muss gewährleistet sein.

- Das Prinzip der individuellen Bedarfsdeckung und ein offener Leistungskatalog müssen erhalten bleiben.
- Die Entwicklung muss einen Zuwachs an Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten für den Einzelnen eröffnen.
- Sie muss in einem einheitlichen System stattfinden, das niemanden wegen Art und Umfang der Behinderung ausschließt.
- Behinderung darf weder den Einzelnen noch seine Familie arm machen.
- Schließlich müssen die Veränderungen transparent und offen unter Beteiligung behinderter Menschen und ihrer Angehörigen entwickelt und umgesetzt werden.

Für die Eltern erwachsener behinderter Kinder ist es aber ebenso wichtig, dass die Versorgung ihrer Kinder auch unter nichtstationären Bedingungen sichergestellt ist und sie nicht als Ausfallbürge unzureichender Strukturen herhalten müssen.

Heute liegt in den stationären Wohneinrichtungen die Verantwortung für die Lebensführung bei der Einrichtung, soweit der behinderte Mensch sie nicht selber übernehmen kann. Diese Verantwortungsübernahme muss auch im ambulanten System insbesondere bei komplexem Hilfebedarf sichergestellt sein und erfordert ein geeignetes Instrumentarium. Planung, Organisation und Kontrolle von Leistungen, also Regieaufgaben, die Erschließung von Ressourcen im sozialen Umfeld und die Unterstützung bei der Übernahme von Verantwortung sind hier aufzuzählen. Dazu gehört auch die gesundheitliche Sorge für Menschen mit Behinderung, die ohne Unterstützung nicht in der Lage sind, sich gesund zu erhalten, auf sich zu achten und die Angebote der Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Dazu ist ein Case-Management erforderlich, das heute in stationären Zusammenhängen nicht in Frage steht, auch wenn es nicht so ge-

nannt wird, das wir im ambulanten Bereich aber erst noch etablieren müssen.

Für Eltern behinderter Kinder ist ein professionelles Case-Management eine wichtige Voraussetzung dafür, um gegenüber der neuen Welt der Personenzentrierung eine positive Haltung zu entwickeln.

Mit der Personenzentrierung verbunden ist auch die Trennung von Leistungen zur Unterkunft und zum Lebensunterhalt auf der einen Seite und den Betreuungsleistungen und Assistenzleistungen auf der anderen Seite. Auch wenn wir davon ausgehen, dass es in der neuen Welt des Bundesteilhabegesetzes gemeinschaftliche Wohnformen und auch miteinander verbundene Leistungen aus einer Hand geben wird, so erfordert doch die Trennung von Lebensunterhalt und Fachleistung unter Umständen von den Leistungsanbietern ein deutlich höheres Maß an Flexibilität und Anpassung an die Bedürfnisse und die Nachfrage behinderter Menschen. Die Verzahnung des stationären mit dem ambulanten System muss insgesamt zu neuen Leistungsformen und neuen Versorgungsstrukturen führen, die ein höheres Maß an Flexibilität und Verlässlichkeit für das gesamte System hervorbringen.

Das neue System stellt neue Anforderungen an Beratung, Bedarfsermittlung und -feststellung, Teilhabeplanung, Abgrenzung und Zuordnung von Leistungen, an Qualitätssicherung und an den Verbraucherschutz. Ich greife an dieser Stelle nur einige wesentliche Aspekte vertieft heraus.

Von zentraler Bedeutung bei einer personenzentrierten Leistungsgestaltung ist die Bedarfsermittlung und Bedarfsermittlung. Es ist anzunehmen, dass wir es auch in Zukunft mit Hunderten von Leistungsträgern zu tun haben werden. Ihnen mit den dürren Regeln der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung von heute die alleinige Verantwortung für eine personenorientierte Bedarfsermittlung

und Teilhabeplanung zu überlassen, sehe ich kritisch. Deshalb bemühen wir uns um ein bundeseinheitliches, gesetzlich geregeltes Verfahren mit überprüfbaren Kriterien für die zur Feststellung und Planung eingesetzten Instrumente. Dazu verweise ich auf die differenzierte Ausarbeitung der Fachverbände. Die Grundzüge und der Stand der Beratungen in der beim BMAS eingerichteten Arbeitsgruppe zum Bundesteilhabegesetz sind in den Unterlagen zum Workshop 10 dieser Tagung und auf der Internetseite der Fachverbände für Menschen mit Behinderung erläutert¹.

Ein weiteres wichtiges Feld ist die Beratung. Eine personenzentrierte Leistungsgestaltung eröffnet eine Vielzahl von Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten des Einzelnen. Vor und während der Bedarfsermittlung und der Teilhabeplanung ist Beratung und Begleitung erforderlich, um den Menschen mit Behinderung diese Möglichkeiten zugänglich zu machen. Mit Hilfe der Beratung und Begleitung können sich Vorstellungen konkretisieren, Wünsche auf eine realistische Grundlage gestellt und Alternativen entwickelt werden. Beratung hilft, Ressourcen im Umfeld zu erschließen.

Ein partizipativ ausgestaltetes Bedarfsermittlungsverfahren erfordert auch deshalb eine fachlich fundierte und parteiliche Beratung und Unterstützung, da ein Teil der Aufgaben und Funktionen von Vereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zukünftig in den Bedarfsermittlungsprozess und auf die leistungsberechtigte Person übertragen wird. Um Augenhöhe zu ermöglichen, ist Beratung und Unterstützung erforderlich.

Sie ist:

¹ www.diefachverbände.de

- durch die öffentliche Hand zu finanzieren,
- nur dem Menschen mit Behinderung gegenüber verpflichtet.
- Sie ergänzt das derzeit in den Leistungsgesetzen vorgesehene Beratungsgebot der Leistungsträger
- und ist qualitätsgesichert.
- Die leistungsberechtigte Person soll aus einem pluralistischen Beratungsangebot die ihr geeignet erscheinende Beratung auswählen können.

Die Vielfalt unterschiedlicher Leistungsformen kann nur genutzt werden, wenn ein Wunsch- und Wahlrecht ausgeübt werden kann. Dem Wunsch- und Wahlrecht des behinderten Menschen stehen heute die Grundsätze der Sozialhilfe von Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit gegenüber. Wir müssen davon ausgehen, dass es auch zukünftig kein uneingeschränktes Wunsch und Wahlrecht geben wird. Die Leistungsträger haben die Vorstellung, dass es einen wie auch immer gearteten Mehrkostenvorbehalt geben wird.

Um das Spannungsfeld zwischen dem Wunsch- und Wahlrecht und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit auszutarieren, bedarf es im Konfliktfall einer gesetzlichen Regelung. Kommt eine Verständigung zwischen dem behinderten Menschen und dem Träger der Eingliederungshilfe (neu) nicht zustande, muss diese Regelung sicherstellen, dass zunächst zu prüfen ist, ob die Wünsche des behinderten Menschen berechtigt sind. Ist die Berechtigung der Wünsche festgestellt, darf ein Kostenvergleich nicht vorgenommen werden. Wir kennen dieses Modell bereits heute im SGB XII (§ 13) bei der Klärung der Frage, ob der Mehrkostenvorbehalt den Vorrang einer ambulanten Leistung aufhebt. Wenn es die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär nicht mehr gibt, wird die jetzige Regelung hinfällig und muss durch eine Regelung im vorgeschlagenen Sinne ersetzt werden. Eine Lösung ist hier einvernehmlich noch nicht in Sicht.

Dieser Regelungsmechanismus ist gerade für Menschen mit einem hohen und komplexen Unterstützungsbedarf von besonderer Bedeutung. Wird eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung erforderlich oder werden Leistungen, wie Nachtdienste, spezielle Gesundheitsleistungen oder Hintergrunddienste, erforderlich, könnte mit Blick auf eine wirtschaftliche Bedarfsdeckung das „Poolen“ von Leistungen verlangt werden. Wir gehen davon aus, dass es weiterhin gemeinschaftliche Wohnformen geben wird, für die sich Menschen mit Behinderung entscheiden können. Es gibt den Wunsch, und es gibt dafür auch unabhängig von wirtschaftlichen Aspekten unter Umständen gute Gründe. In diesen Fällen kann eine gemeinschaftliche Leistungserbringung möglich und sinnvoll sein.

Den Begriff „Poolen“, der durch die Regelungen im SGB XI geprägt ist, halten wir für die Leistungsgestaltung der Eingliederungshilfe als ungeeignet. Im SGB XI beschreibt er die Zusammenlegung nichtbedarfsdeckender Leistungen der Pflegeversicherung zur Nutzung von Synergien mehrerer Leistungsberechtigter. In der Eingliederungshilfe werden bedarfsdeckende Leistungen nach einer individuellen Bedarfsermittlung bereitgestellt, bei der Ressourcen, Kontextfaktoren und Synergien Berücksichtigung finden. Dazu gehören eben auch die Bedingungen einer gemeinschaftlichen Wohnform.

Nicht akzeptabel ist die Vorgabe, einen festgestellten Bedarf nur unter der Bedingung einer gemeinschaftlichen Leistung (einer gepoolten) zu decken. Man kann sich vorstellen, dass die denkbaren Konstellationen nicht beim Nachtdienst aufhören. Sie können auch zu der Frage führen, ob ein komplexer Unterstützungsbedarf möglicherweise nur in bestimmten Leistungskonstellationen gedeckt wird. Also das 24er-Wohnheim oder die 8er-Wohngruppe zum Standard wird. Ich möchte an dieser Stelle weder allein auf die UN-BRK noch auf den guten Willen der Leistungsträger und ein partizipatives Bedarfsfeststellungsverfahren

ren vertrauen. Wir wollen klare gesetzliche Regelungen, die eine Kostenabwägung nur dann zulassen, wenn die Wünsche des behinderten Menschen nicht berechtigt sind.

Ein weiterer wichtiger Punkt für den von uns vertretenen Personenkreis ist das Verhältnis von Pflege und Eingliederung. Unter den heutigen Bedingungen stehen sich außerhalb der stationären Eingliederungshilfe Pflege und Eingliederung mit unterschiedlichen Regeln zur Leistungserbringung gegenüber. Für den Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen finden Pflege und Eingliederungshilfe aber lebensweltbezogen in einem unauflösbaren Zusammenhang statt. Weder fachliche, personelle noch konzeptionelle Gründe behindern eine Verzahnung der Leistungen. Die Abgrenzung der Leistungen der Eingliederungshilfe von den Leistungen der Pflegeversicherung ist alleine politisch gewollt und fiskalisch begründet. Daran ändert auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nichts. Die Abgrenzung der Pflege von der Eingliederung muss überwunden werden. Eine personenzentrierte Leistungsgestaltung in beiden Systemen könnte das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege für behinderte Menschen gewinnbringend gestalten. Das Bundesteilhabegesetz bietet dazu eine Chance.

Wir erwarten

- einen Zugang zu den ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung,
- eindeutige rechtliche Rahmenbedingungen, die den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe auch für umfangreich pflegebedürftige behinderte Menschen voll erhalten,
- Rahmenbedingungen, die eine Leistungserbringung zulassen, bei der Pflege- und Teilhabeleistungen in einem integrierten Prozess erbracht werden können, die ein Leben nach den eigenen Vorstellungen ermöglicht und nicht nach dem Dokumentations-

reglement, den Leistungserbringungsregeln oder Abgrenzungsbestrebungen von Leistungsträgern.

- Wir erwarten, dass keine neuen Zugangshürden zu den Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit einem hohen und komplexen Unterstützungsbedarf errichtet werden, wenn in einem Bundesteilhabegesetz die Zuordnung ambulanter und stationärer Leistungen entfällt.
- Die Pflegeversicherung muss im Interesse der Menschen einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe leisten anstatt den Prozess zu behindern.
- Die begrenzten Mittel der Pflegeversicherung sollen möglichst flexibel eingesetzt werden können.

Daraus folgt: Der Lebensmittelpunkt eines Menschen mit Behinderung ist seine Häuslichkeit, unabhängig davon, wie die Wohnform rechtlich und organisatorisch ausgestaltet ist.

Dazu schlagen wir zwei nebeneinanderstehende Ansätze vor.

1. Leistungen der Eingliederungshilfe und der gesetzlichen Pflegeversicherung sollen, wie bereits heute im ambulanten Bereich, von den Leistungsberechtigten unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden können. Leistungen der Eingliederungshilfe sind gegenüber den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht nachrangig. Für die Leistungserbringung gelten die Bedingungen der jeweiligen Leistungsgesetze. Ab 2015 wird durch das Pflegestärkungsgesetz ein flexiblerer Einsatz der Pflegesachleistungen ermöglicht. Niederschwellige Betreuungsleistungen (§ 45c SGB XI) werden auf Unterstützungsleistungen im hauswirtschaftlichen Bereich, zur Alltagsbegleitung, zur organisatorischen Hilfestellung u.ä. ausgeweitet. Sie

können zukünftig bis zu 40 % der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI auch von Leistungserbringern ohne Versorgungsvertrag nach SGB XI erbracht werden. Die Leistungsanbieter aus der Arbeit mit und für Menschen mit Behinderung erfüllen in aller Regel die Voraussetzung zur Leistungserbringung nach § 45c SGB XI oder könnten sie erfüllen. Das ist ein erster Schritt, der neue Spielräume schafft, um Teilhabe und Pflege im Alltag gewinnbringend zu verzahnen. Dieser Weg sollte unbedingt bis zum vollständigen Einsatz der ambulanten Pflegesachleistungen weitergegangen werden. Leistungsinhalte und Leistungserbringung von Pflege und Eingliederung sind in ihrer Weiterentwicklung soweit wie möglich aufeinander abzustimmen.

2. Menschen mit einem hohen und komplexen Unterstützungsbedarf sollten sich für eine Leistungsgestaltung entscheiden können, bei der die Leistungen der Eingliederungshilfe die Pflege einschließen. Die Leistungserbringer, die eine Leistungsvereinbarung mit dem Träger der Eingliederungshilfe abgeschlossen haben, können auf der Grundlage dieser Vereinbarung auch Pflegeleistungen zu Lasten der Pflegeversicherung erbringen. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind zur Bedarfsdeckung der Teilhabe, die die Pflege einschließt, einzusetzen. Der individuelle Anspruch des pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung gegen die Pflegeversicherung richtet sich nach der Höhe des festgestellten Bedarfsgrades. Da die Eingliederungshilfe die Pflege einschließt, entfällt die Schnittstelle zur Hilfe zur Pflege, wenn der Pflegebedarf mit den Leistungen nach SGB XI nicht abzudecken ist.

Zum Schluss möchte ich in Erinnerung rufen, dass der Ast, an dem die heutigen Reformbestrebungen der Eingliederungshilfe wachsen, noch vor wenigen Jahren

überwiegend Forderungen nach Sparmaßnahmen, Leistungseinschränkungen und stärkere Kosten- und Unterhaltsheranziehungen hervorgebracht hat. Ich erinnere an das Kommunale Entlastungsgesetz (KEG), mit dem es eine Eingliederungshilfe nach Kassenlage geben sollte, an die Spar- und Streichlisten der Gemeindefinanzkommission und der KOLS.

Die Entwicklung eines Bundesteilhabegesetzes und einer Eingliederungshilfe (neu) bedarf also der kritischen Begleitung bis zuletzt. Die folgenden Risiken sollten nicht aus dem Blick geraten:

- Wir wagen eine Systemveränderung in einer kritischen Finanzierungssituation der Leistungsträger.
- Die Leistungsanbieter / -erbringer werden in ihrer Bedeutung geschwächt (ein nicht unerheblicher Motor der Reformbemühungen), das kann Leistungs- und Standardverluste zur Folge haben.
- Ein Zuwachs an Steuerungsverantwortung des Eingliederungshilfeträgers kann u.U. ein Risiko darstellen.
- Einschränkungen des Wunsch- und Wahlrechts, insbesondere bei komplexem Bedarf, sind möglich, wenn die Regelung nach § 13 Abs. 1 Satz 4, 5, 6 ersatzlos entfällt.
- Die Ausgrenzung von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen und die Einschränkung ihres Wunsch- und Wahlrechtes stellen ein Risiko dar.
- Die Gesamtverantwortung der stationären Einrichtung kann teilweise oder ganz ersatzlos verlorengehen.
- Es gibt das Risiko einer unzureichenden Bedarfsfeststellung und -deckung, z.B. durch Leistungslücken und Schnittstellen, die durch die Trennung von Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zum Lebensunterhalt entstehen.
- Der Verweis auf den Sozialraum ohne einen individuell durchsetzbaren An-

spruch kann ebenfalls zu Lücken führen.

- Es können sich nachteilige Veränderungen im Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege ergeben.

Unser Verband trägt die Grundzüge des Reformvorhabens mit und wir beteiligen uns an der Suche nach tragfähigen und sinnvollen Lösungen. Die Gründe habe ich dargelegt. Für den bvkm ist allerdings klar, dass ein Einvernehmen und eine Zustimmung zu dem Reformvorhaben erst festgestellt werden können, wenn die konkreten und vollständigen gesetzlichen Regelungen vorliegen. Erst dann ist die Bewertung des Reformprozesses aus der Perspektive von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen möglich.

- NORBERT MÜLLER-FEHLING
BUNDESVERBAND FÜR KÖRPER- UND
MEHRFACHBEHINDERTE MENSCHEN
DÜSSELDORF
WWW.BVKM.DE



Teilhabe im Lebensbereich Arbeit / Beschäftigung

Karin Terfloth
Pädagogische Hochschule Heidelberg




Ein Mensch strebt im Laufe seines Lebens danach, Aufgaben zu erkennen, mit denen er sich identifizieren kann und die er aus eigenem Entschluss erfüllen will. Bewältigt der Mensch Aufgaben, die seinen Intentionen entsprechen, kann er sich als aktiver Gestalter seines Lebens empfinden und seine Entwicklung voranbringen. Andererseits drohen Krisen, wenn die Suche nach den eigenen Aufgaben über längere Zeit erfolglos bleibt.

(vgl. Wais 1992)



Realität



Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung ...

- werden derzeit in der Regel vom allgemeinen Arbeitsmarkt
- und (mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen) auch von der Teilhabe am Arbeitsleben in WfbMs ausgeschlossen





UN BRK- Anspruch

- Recht auf Bildung (Art. 24) und den Zugang zu Arbeit (Art. 27) für alle Menschen mit Behinderung



Die Fähigkeit, arbeitsweltbezogen tätig sein zu können, kann sich oftmals erst in individuell abgestimmten Bildungs- und Förderangeboten ausbilden.

Die bundesweite Entwicklung solcher Angebote ist die Voraussetzung für die Umsetzung der in der UN-BRK formulierten Rechte.



Inklusion



(Weiter)entwicklung ...

- ... der gesetzlichen Regelungen; u. a. Abschaffung der in §136 SGB IX angelegten diskriminierenden Unterscheidung von "werkstattfähig" und "nicht werkstattfähig"
- ... bundesweit einheitlicher fachlicher Anforderungen und Qualitätsstandards bedarfsgerechter arbeitsweltbezogener Angebote
- ... eines bundesweit einheitlichen Bedarfsfeststellungsverfahrens

Personenzentrierung

Was mag/möchte die Person? Was kann die Person?

Welche Bewegungen bieten sich an? Wie viel Assistenz braucht sie?



Welche Medien braucht sie dafür? Welche Zeiträume bieten sich an?

Bildquelle: <http://rollingplanet.net/2013/09/19/schwerstbehinderte-und-das-recht-auf-arbeit-und-sinn/>

Arbeitsweltbezogene Orientierung ...

... unabhängig vom Unterstützungsbedarf

oftmals ohne eine Bedarfsfeststellung Verweis auf Angebote der Tagesförderung im Rahmen der „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ gemäß §§ 53 und 54 SGB XII

- Verankerung eines Rechts auf ein Orientierungsverfahren
- Anreize zur Steigerung der Bereitschaft von Praktika auf dem allg. Arbeitsmarkt
- Weiterentwicklung von didaktisch-methodischen Ansätzen
- Qualifizierung der Fachpersonen

Phasen zur Teilhabe am Arbeitsleben

beruf. Reha

Berufliche Orientierung

- Praxiserfahrung in regulären Arbeitsverhältnissen
- begleitete Übergänge Schule- Arbeitswelt
- Berufswegekonferenzen

Berufliche Bildung

- Potentiale entdecken und Kompetenzen entwickeln
- Frei wählbar in allen Arbeitsbereichen

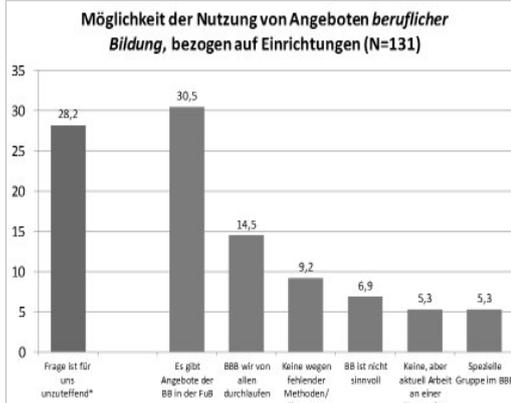
Arbeit

- Sinnstiftung und Identität
- Entlohnung und Anerkennung
- lebenslanges Lernen

Arbeitsmarkt Wunsch

Arbeitsweltbezogene Bildung

Möglichkeit der Nutzung von Angeboten beruflicher Bildung, bezogen auf Einrichtungen (N=131)



Kategorie	Prozent
Frage ist für uns unzureichend*	28,2
Es gibt Angebote der BB in der FuB	30,5
BBB wir von allen durchlaufen	14,5
Keine wegen fehlender Methoden/ Konzepte	9,2
BB ist nicht sinnvoll	6,9
Keine, aber aktuell Arbeit an einer Konzeption	5,3
Spezielle Gruppe im BBB	5,3

(SITAS - Lamers/Terloth 2009)

Phasen zur Teilhabe am Arbeitsleben

unabhängig vom Unterstützungsbedarf

Arbeitsweltbezogene Orientierung

- Interesse ausbilden
- Unterschiede kennen lernen
- Anforderungen wahrnehmen
- sich auf angeleitete Tätigkeiten einlassen

Arbeitsweltbezogene Bildung

- Handlungskompetenz entwickeln
- Ziel: Erwerb von Sach- und Methodenkompetenzen zu arbeitsweltbezogenen Tätigkeiten
- kontinuierlich aufeinander aufbauend
- lebenslang

Arbeitsweltbezogene Tätigkeit

- in einem Arbeitskontext- im Gemeinwesen
- Selbständigkeit im Handeln ist keine Voraussetzung
- Kompetenzen zeigen
- Prozessorientierung – und/ oder Produktorientierung

Arbeitsweltbezogene Bildung ...

... unabhängig vom Unterstützungsbedarf

- keine grundsätzliche Annahme von nachschulischer Bildungsfähigkeit
- kein gesichertes Recht auf Angebote

- Platzieren und Qualifizieren
- Ort, Art und Dauer sind flexibel auf individuelle Bedürfnisse abstimmbare
- Durchlässigkeit verschiedener Unterstützungssysteme
- Recht auf lebenslanges arbeitsweltbezogenes Lernen
- Ausbau anerkannter Abschlüsse z.B. im Kontext von WfbM

Ich als Arbeitender	Ich als Mitarbeiter	Tätigkeits-, Arbeits- und Berufsfelder	Qualifizierungswege
Fähigkeiten: Das kann ich – das kann ich noch nicht (realistische Selbsteinschätzung)	Mit anderen zusammenarbeiten (Kommunikation; Teamfähigkeit; Rücksicht; Umgang mit Kritik)	arbeitsweltbezogene und berufsspezifische Arbeitsverfahren kennen und umsetzen können	Zukunfts- und Arbeitsweltorientierung in der Berufsschulstufe (Berufswünsche entwickeln)
Neigungen / Interessen (wahrnehmen, unterscheiden, ausbilden, verfolgen)	Verhalten gegenüber Vorgesetzten (Hierarchien kennen, akzeptieren und respektieren)	Arbeitsmaterialien kennen, unterscheiden (Werkstoffe, Werkzeuge)	Anlernen auf Tätigkeiten und Arbeitsplätze
Persönliche Bedeutung von Tätigkeit / Leistung / Arbeit (Ursache-Wirkung; Selbstwirksamkeit)	Umgang mit Assistenz (Hilfe zulassen / einfordern / anleiten)	Arbeitssicherheit (Gefahren kennen, vermeiden, situativ erkennen und sachgerecht reagieren)	Stellenangebote und Bewerbungen für Praktika und den allg. Arbeitsmarkt
Arbeitshaltung entwickeln (Ausdauer; Sorgfalt etc.)	Rolle des Arbeitnehmers (Rechte angemessen einfordern, Pflichten nachkommen)		Unterstützung und Beratungsangebote wahrnehmen
Flexibilität zeigen (im Hinblick auf das eigene Handeln und das Handeln anderer)			<p style="text-align: center;">(Terfloth/Sansour 2015)</p>

Themenfeld	Bildungsinhalte	Lernfortschrittsstufe A
1. Ich als Arbeitender	1.1 Fähigkeiten: Das kann ich – das kann ich noch nicht (realistische Selbsteinschätzung; Selbstvertrauen; Beurteilung eigener Arbeitsprozesse und -ergebnisse; zyklische Reflexion)	<i>Voraussetzung¹ 1.3 A</i> <ul style="list-style-type: none"> Ich nehme wahr, dass ich etwas kann^{2,3}.
	1.2 Neigungen / Interessen (wahrnehmen, unterscheiden, ausbilden, verfolgen)	<ul style="list-style-type: none"> Ich nehme wahr, was mir gefällt / nicht gefällt.
	1.3 Persönliche Bedeutung von Tätigkeit / Leistung / Arbeit (Ursache-Wirkungsverständnis; Selbstwirksamkeit; Merkmale von Leistung; den Wert von eigener Arbeit sowie Arbeit anderer erkennen und schätzen)	<i>Voraussetzung 3.1 A</i> <ul style="list-style-type: none"> Ich kann in einer geführten Tätigkeit meine Aufmerksamkeit auf die Wirkungen und Ergebnisse lenken und diese wahrnehmen.
	1.4 Arbeitshaltung entwickeln (Ausdauer; Sorgfalt etc.; Sekundärtugenden, z. B. Pünktlichkeit, Anforderungen umsetzen und Vorgaben einhalten)	<i>Voraussetzung 3.1 A, 1.3 A</i> <ul style="list-style-type: none"> Ich nehme wahr, dass eine Anforderung an mich gestellt wird. Ich kann zwischen Anforderung und Entspannung unterscheiden.
	1.5 Flexibilität zeigen (in Bezug auf Abläufe und / oder Rahmenbedingungen; im Hinblick auf das eigene Handeln und das Handeln anderer)	<i>Voraussetzung 3.1 A</i> <ul style="list-style-type: none"> Ich nehme Veränderungen im Ablauf oder in den Rahmenbedingungen einer geführten Tätigkeit wahr.

(Terflloth/Sansour 2015)



Arbeitsweltbezogene Tätigkeit unabhängig vom Unterstützungsbedarf

- bundesweit keine einheitliche fachlichen Standards
- Sozialrechtliche Gleichstellung von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf
- Recht auf ein 2. Milieu
- Assistenz – und Unterstützungsleistungen werden den Bedarfen angepasst

Wie kann man es vor Ort leisten?

Arbeitsweltorientierung

- Elementarisierung von Themenfeldern
- Soziale Anerkennung und Bezug?
- Konzeptionelle Sicherung

Ressourcenorientierung

- Zeitfenster /Wochenstruktur schaffen
- Qualifikation der Mitarbeiter (Didaktik, Diagnostik, Differenzierung, etc.)
- Räumliche/materielle Ausstattung
- Anbindung an den Sozialraum
- Reflexion und Evaluation

Personenorientierung

- Was mag die Person?
- Was kann die Person?
- Welche Bewegungen bieten sich an?
- Welche Medien braucht sie dafür?
- Wie viel Assistenz braucht sie?

Kooperatives Netzwerk

- Schule,
- Integrationsfachdienste
- Integrationsbetriebe
- WfbM/FuB
- ...

Kompetenzraster zur arbeitsweltbezogenen und beruflichen Bildung im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (FgE) (Sansour & Terfloth)				
Themenfeld	Bildungsinhalte	Lernfortschrittsstufe A	Lernfortschrittsstufe B	Lernfortschrittsstufe C
1. Ich als Arbeitender	1.1 Fähigkeiten: Das kann ich – das kann ich noch nicht (realistische Selbsteinschätzung; Selbstvertrauen; Beurteilung eigener Arbeitsprozesse und -ergebnisse; zyklische Reflexion)	<i>Voraussetzung 1.3 A</i> <ul style="list-style-type: none"> Ich nehme wahr, dass ich etwas kann^{2,3}. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich nehme wahr, dass ich etwas noch nicht kann. Ich kann auf Anforderung meine Fähigkeiten einsetzen. Ich kann Ziele setzen, für Fähigkeiten, die ich erlernen möchte. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich reflektiere, für welche Tätigkeiten/Arbeitshandlungen meine Fähigkeiten nutzbar sind. Ich reflektiere den Zuwachs meiner Kompetenzen und den sich daraus ergebenden Lernbedarf. Ich reflektiere meinen Lernbedarf in Bezug auf arbeitsweltbezogene Kompetenzen für Arbeitsfelder, die mich interessieren und für die ich mich qualifizieren möchte.
	1.2 Neigungen / Interessen (wahrnehmen, unterscheiden, ausbilden, verfolgen)	<ul style="list-style-type: none"> Ich nehme wahr, was mir gefällt / nicht gefällt. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich kann meine Interessen verfolgen. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich reflektiere, bei welchen Tätigkeiten diese Neigung gefordert wird. Ich kann meine Stärken gezielt einsetzen.
	1.3 Persönliche Bedeutung von Tätigkeit / Leistung / Arbeit (Ursache-Wirkungsverständnis; Selbstwirksamkeit; Merkmale von Leistung; den Wert von eigener Arbeit sowie Arbeit anderer erkennen und schätzen)	<i>Voraussetzung 3.1 A</i> <ul style="list-style-type: none"> Ich kann in einer geführten Tätigkeit meine Aufmerksamkeit auf die Wirkungen und Ergebnisse lenken und diese wahrnehmen. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich kann mein Handeln so ausrichten, dass ich bestimmte, gewünschte Wirkungen / Ergebnisse erzielen kann. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich kann meine eigene Leistung einschätzen und bewerten. Ich erkenne den Ertrag meiner Leistung (soziale Anerkennung, innere Zufriedenheit). Ich reflektiere, warum ich einer Arbeit nachgehen möchte, und kann Bedingungen ausmachen, die zu meiner Arbeitszufriedenheit beitragen. Ich weiß, dass mit verschiedenen Formen von Arbeit Leistungen verbunden sind.
	1.4 Arbeitshaltung entwickeln (Ausdauer; Sorgfalt etc.; Sekundärtugenden, z. B. Pünktlichkeit, Anforderungen umsetzen und Vorgaben einhalten)	<i>Voraussetzung 3.1 A, 1.3 A</i> <ul style="list-style-type: none"> Ich nehme wahr, dass eine Anforderung an mich gestellt wird. Ich kann zwischen Anforderung und Entspannung unterscheiden. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich kann eigene Tätigkeiten nach Anforderungskriterien (Tempo, Qualität, Umfang) ausrichten. Ich kann eine Aufgabe zu Ende bringen. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich erkenne, was für meine Aufgabenerledigung hilfreich ist. Ich Sorge dafür, dass die Voraussetzungen für die Erledigung der Aufgabe für mich passend sind. Ich reflektiere meine eigene Einstellung zur Arbeit und Leistung.
	1.5 Flexibilität zeigen (in Bezug auf Abläufe und / oder Rahmenbedingungen; im Hinblick auf das eigene Handeln und das Handeln anderer)	<i>Voraussetzung 3.1 A</i> <ul style="list-style-type: none"> Ich nehme Veränderungen im Ablauf oder in den Rahmenbedingungen einer geführten Tätigkeit wahr. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich kann auf bekannte, aber in der Situation für mich unvorhergesehene Ereignisse lösungsorientiert reagieren. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich kann meine Emotionen (Un)Zufriedenheit; (Un)Lust; Stolz) in Bezug auf meine Arbeit wahrnehmen und regulieren. Ich kann etwaige Schwierigkeiten z. B. im Arbeitsprozess antizipieren. Ich kann mir für solche Situationen eine alternative Handlungsmöglichkeit überlegen und situationsgerecht darauf zurückgreifen. Ich kann mit Strukturveränderungen (zeitlich, räumlich, inhaltlich) umgehen.

Personenzentrierung

Passgenauigkeit

bundeseinheitliche Bedarfsermittlung



leistungsträger-unabhängige Beratung

Fallmanagement

„Anwaltschaft“

trägerübergreifende Zusammenarbeit

■ PROF. DR. KARIN TERFLOTH
PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE HEIDELBERG
WWW.PH-HEIDELBERG.DE

Bildquelle: <http://rollingplanet.net/2013/09/19/schwerstbehinderte-und-das-recht-auf-arbeit-und-sinn/>

Aus den Arbeitsgruppen

Von der Eingliederungshilfe zur Teilhabeleistung

Arbeitsgruppe 1

Von der Eingliederungshilfe zur Teilhabeleistung

Im neuen Teilhaberecht soll auf die bisherige Unterscheidung in ambulante, teilstationäre und stationäre verzichtet werden – zugunsten individueller Teilhabeleistungen. Welche Fachleistungen sind für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf wichtig?

Prof. Silvia Pöld-Krämer, Fachhochschule Bielefeld

Diskussionsbeiträge

- Problemanzeige: Wer ist zuständig für eine inklusive Angebotsstruktur in jeder Kommune – jenseits der hergebrachten „Versorgungslandschaft“? Die FL werden als *individueller Rechtsanspruch* gewährleistet. Erforderlich sind daneben bei komplexen Hilfebedarfen ganze „Angebots-Settings“ (Bsp: Schwimmbekken für Menschen mit Inkontinenz; Angehörigenberatung für Familien außerhalb des klassischen Hilfesystems), die auch durch „Anspruchs-Pooling“ nicht herstellbar sind.
- Lösungsansatz: Pflichten der Kommunen in der Daseins-Vorsorge für diese Zielgruppen stärker ausformulieren/ ausgestalten; Verbindliche Verknüpfung von (unabhängiger) Beratungsarbeit (Kenntnis von Systemlücken) mit Teilhabepflichtung der Leistungsträger (Systementwicklung).
- Problemanzeige: EGH-Rechtsansprüche sind nicht verhandelbare individuelle Rechtspositionen. Normierte FL-Leistungen geben einen Überblick über grundsätzlich anerkannte Ansprüche auf Leistungs-

inhalte (qualitativ und quantitativ). Angebotssettings entstehen ggf. jenseits von Ansprüchen. Zu verhindern ist, dass gute Leistungsstrukturen faktisch zur Abschaffung von individuellen Rechtsansprüchen führen (Was im Angebot ist, muss den Bedarf decken).

- Lösungsansatz: Im Gesetz muss deutlich unterschieden werden zwischen Pflichten zur Schaffung von Angebots-Strukturen und individuellen Rechten auf Leistungsgewährung (FL).
- Problemanzeige: Unterscheidung von FL und Leistungen der Existenzsicherung. Qualität von „strukturellen Teilhabeleistungen“ beschreiben, die Einrichtungen bisher im Schnittbereich Existenzsicherung/ Maßnahmen als „stationär“ erbracht haben.
-Bsp.: Mobilitätshilfen und Fahrdienste, keine Möglichkeit zur Deckung der Bedarfe in Pauschalleistungen wie Regelleistung und Mehrbedarf (auch bei erweitertem Mehrbedarf) oder bei „atypischen Bedarfen“, die immer im Einzelfall erstritten werden müssen.
- Lösungsansatz: Funktion des Bundesparteilhabegeldes, hier zT Ausgleichsmöglichkeiten zu schaffen.
-Bsp.: Beherbergung schwer behinderter Menschen als „stationäre Eingliederung“ sichert u.a. auch die Unterkunft und Versorgung. Bei FL fällt „Unterkunft“ in die Existenzsicherung, die Leistungsberechtigte mit Geldleistung selbst sicherstellen müssen. FL zur Unterstützung der Wohnungssuche kann kein Aufnahme- und Entlassmanagement von Einrichtungen ersetzen.
- Lösungsansatz: ???

- Problemanzeige:
Bei Auflösung der Bereiche ambulant/ (teil)stationär FL als *qualitativ* „personenzentrierte“ Leistung zu beschreiben. und die Erfassung von Bedarfen, die sich auf Gruppenleistungen beziehen.
- Lösungsansatz: ???

- Problemanzeige:
Aufteilung FL/ Existenzsicherung lässt Leistungen im Schnittstellenbereich außer Acht. Bsp.: Beratungs- und Therapieangebote außerhalb der KV-Leistungen; Hilfsmittel und psychotherapeutische Hilfen über GKV hinaus; arbeitsfeldbezogene Bildungs- und Teilhabeleistungen jenseits des „Mindestmaß wirtschaftlicher Verwertbarkeit“ und berufliche Bildungsangebote jenseits der „persönlichen Belastbarkeitsgrenze“.
- Problemanzeige:
Organisation von FL, für die anteilig verschiedene Leistungsträger zuständig sind.
- Problemanzeige:
Abgrenzung der FL von gesetzlicher Betreuung (Organisation der Leistung).
Forderung: Unabhängige Beratungslandschaft und wissenschaftsbasiertes Bedarfsfeststellungsverfahren als Voraussetzung für bedarfsdeckende und auskömmliche FL.

■ SILVIA PÖLD-KRÄMER
FACHHOCHSCHULE BIELEFELD
WWW.FH-BIELEFELD.DE

Teilhabe weiterentwickeln im Lebensbereich Wohnen

Arbeitsgruppe 2

Teilhabe weiterentwickeln im Lebensbereich Wohnen

Hilfen zur Teilhabe im Lebensbereich Wohnen umfassen eine Vielzahl von fachlichen Teilhabeleistungen, wie sich an der Hilfe- und Teilhabeplanung im Rahmen des ambulant unterstützten Wohnens zeigt. Welche Anforderungen ergeben sich für Wohneinrichtungen aus dem neuen Teilhaberecht, vor allem bei komplexem Unterstützungsbedarf?

Carsten Krüger, Das Rauhe Haus, Hamburg

Vorbemerkung

Wir versuchen mit dieser Zusammenfassung die Redebeiträge der Teilnehmer/-innen des Workshops themenbezogen wiederzugeben.

Barrierefreiheit als unbedingte Voraussetzung

Da Teilhabe nur über ein besonders offenes Wohnsetting gelingen kann, stellen die Teilnehmer/-innen des Workshops zunächst die Frage, ob es ausreichenden barrierefreien Wohnraum überhaupt gibt. Eine Hauptanstrengung, die von den öffentlichen Verwaltungen, Trägern von sozialen Dienstleistungen und Bauwirtschaft in den nächsten Jahren, erst noch erbracht werden muss. Entsprechende Förderprogramme gibt es auf Landesebene bereits zu einem großen Teil. Zur Zeit herrschen oftmals noch schwierige äußere Bedingungen, die es mobilitätseingeschränkten Menschen sehr schwer machen, ihre Teilhabe zu realisieren – aufsuchende Angebote sind daher leider immer noch notwendig. Ein wichtiger Hinweis ist in diesem Zusammenhang die Stadtplanung, die im Bereich der Senioren bereits relativ gut die Bedarfe abbildet, für Menschen mit Behinderungen steht das noch aus. Die Realität stimmt sehr häufig nicht mit dem An-

spruch überein – ‚Sonntagsreden‘ sind noch an der Tagesordnung.

Auflösung ambulant - stationär

Ein Hin zu mehr Offenheit bei Wohnangeboten versprechen sich die Teilnehmer/-innen vom Wegfall des Einrichtungsbegriffs im Rahmen des neuen Bundesteilhabegesetzes und der Unterscheidung zwischen ambulant und stationär, nur müssen sich die Zuständigkeiten bei der Refinanzierung (Kommune/Land) dabei mitbewegen. Das wird jedoch sehr skeptisch bis pessimistisch beurteilt.

Auf dem Weg zu mehr Beteiligung

Oft werden von Seiten der Leistungsträger und Leistungserbringer Kostenargumente vorgetragen. Jedoch beschreiben die Teilnehmer/-innen des Workshops auch viele positive Beispiele im Kleinen. Es kann gelingen, die UN-Behindertenrechtskonvention in Alltagshandeln zu übersetzen – dabei ist die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen über Aktionspläne unbedingt sicherstellen – übrigens auch in den Einrichtungen. Selbst kleine Schritte sind wichtig, alleine die Anwesenheit von Menschen mit umfassendem Hilfebedarf bei Gesprächskreisen und Arbeitsgruppen macht sehr viel aus

Voraussetzung für Teilhabe: Wunsch- und Wahlrecht

Eine Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts im neuen Bundesteilhabegesetz kann eine große Chance sein. Menschen mit Behinderungen müssen Möglichkeiten zur echten Beeinflussung ihres Lebensalltags erhalten. Mit wem wohne ich zusammen? Wer kommt als Mitarbeiter/-in zu mir? Wann erhalte ich Unterstützung? Was wird geleistet?

Über eine Stärkung der qualitativen Beratungsangebote und des Wunsch- und Wahlrechts im neuen Bundesteilhabegesetz kann vielleicht eine bessere Koordination der Leistungsansprüche realisiert

werden, die zu einer Verbesserung der Situation für den Personenkreis führen können.

Deutlich zunehmende Anforderungen und Regularien behindern Inklusion

Gerade die Leistungserbringer nehmen eine weit auseinandergelagerte Schere wahr: Leistungsangebote individualisieren sich sehr stark und gleichzeitig werden permanent die Anforderungen (Personal, Hygiene, Bauen etc.) hochgeschraubt. Ein Hemmschuh sind die sehr hohen Qualitätsanforderungen der Leistungsträger (Sozialhilfeträger, Kranken- und Pflegekassen), die zu viel Bürokratie führen. Aktuell wird die Auswertung der Prüfungsrechte kontrovers diskutiert.

Sehr enge Rahmenbedingungen

Es herrschen sehr enge Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer. Kleine Wohnmodelle sind für gelingende Inklusion erforderlich, die Bündelung von verschiedenen Leistungsangeboten ist notwendig, da wirtschaftliche Zwänge kaum Spielräume lassen. ‚Sogeffekte‘ entstehen, d.h. bestimmte Dienststrukturen erfordern eine zwingende räumliche Nähe. Nachtdienste sind schwer zu organisieren und zu refinanzieren.

Der zunehmenden Flexibilisierung und Differenzierung ist nur durch übergreifende Kooperation im sozialen Raum zu begegnen. Damit wird Teilhabe im Sozialraum erst möglich. Auch die neuen Medien können hier Nutzungs- und Verbindungsmöglichkeiten schaffen, die wir heute erst ahnen. Können Apps bei der Organisation von Assistenz eine Rolle spielen? Heute leisten dagegen immer noch Angehörige einen ‚Ersatzdienst‘ in Wohneinrichtungen, damit Teilhabe überhaupt gewährleistet bleibt

Vorsicht – es bleiben Randgruppen ‚übrig‘!

Bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen können das bestehende

System gut nutzen, aber nur unter bestimmten Bedingungen. Hoher, multipler und komplexer Hilfebedarf führt auch zu Nichtaufnahmen aus wirtschaftlichen Gründen. Menschen mit hohem Hilfebedarf bleiben in den stationären Einrichtungen zurück, mit geringeren Teilhabechancen. Die Refinanzierung dieser Hilfen durch die Leistungsträger zementiert das. So befördern eigentlich differenzierte Bedarfsbemessungssysteme die Segregation von Menschen mit hohem Hilfebedarf. Neue Finanzierungs- und Trägermodelle sind hier gefragt. Denn eigentlich müsste das neue Bundesteilhabegesetz Personen mit hohem Unterstützungsbedarf zu Gute kommen – durch die stärkere Personenorientierung. Für den Menschen mit hohem Hilfebedarf sind die Teilhabechancen aktuell sehr gering.

Anreize für Veränderungen schaffen

Ein Grund für die als schwierig angesehene Einbeziehung von Menschen mit hohem und besonderem Hilfebedarf wird auch in einer konzeptionellen Armut seitens der Leistungserbringer gesehen, Beharrungstendenzen werden wahrgenommen – jedoch auch mitverursacht durch das Leistungsrecht. Auch wird oftmals eine unheilige Allianz zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern wahrgenommen. Über eine Stärkung der qualitativen Beratungsangebote und des Wunsch- und Wahlrechts im neuen Bundesteilhabegesetz kann vielleicht eine bessere Koordination der Leistungsansprüche realisiert werden, die zu einer Verbesserung der Situation für den Personenkreis führen können.

- CARSTEN KRÜGER
DAS RAUHE HAUS, HAMBURG
WWW.RAUHESHAUS.DE

Inklusive Infrastruktur - eine kommunale Verantwortung

Arbeitsgruppe 3

Inklusive Infrastruktur - eine kommunale Verantwortung

Ein inklusives Gemeinwesen zu planen und zu gestalten ist trotz der knappen Kassen eine kommunale Verantwortung. Anhand von Beispielen aus einer deutschen und einer niederländischen Kommune wird dargestellt, wie sich Kommunen dieser Verantwortung stellen. Wie entstehen solche Inklusionspläne? Wie lässt sich Quartiersentwicklung und Sozialraumorientierung planen und umsetzen?

Susanne Siebert, Kleve

Inklusive Infrastruktur - eine kommunale Verantwortung!

Die Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention stellen für jede Kommune eine große Herausforderung, aber auch Chance dar. Ein inklusives Gemeinwesen planen und gestalten ist trotz der knappen Kassen eine kommunale Verantwortung.

Die Stadt Venlo in den Niederlanden stellt sich dieser Aufgabe in beeindruckender Weise. Zunächst hat sie, um das Bewusstsein ihrer Mitarbeiter für dieses Thema zu wecken, einen Inklusionstag für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadtverwaltung organisiert, an dem die Beschäftigten als Menschen mit Behinderung, sei es blind, taub oder gehbehindert ihre Stadt erkundet haben und dabei auf vielfältige Barrieren im Alltag aufmerksam wurden. Der Beirat für Menschen mit Behinderung legt dem Sozialdezernenten der Stadt jährlich eine Fotodokumentation der in der Stadt festgestellten Barrieren vor, die dann mit den zuständigen Amtsleitern besprochen werden und zum Abbau in die jährliche Zielplanung einfließen.

In mehreren Stadtteilen, die unter anderem aufgrund des demographischen Wandels zu reinen Wohnsiedlungen zu werden drohten, hat die Stadt gemein-

sam mit Vereinen, Organisationen und unter Beteiligung der Bürger leer stehende Gebäude in zentraler Lage zur Verfügung gestellt, die sowohl für inklusive Projekte als auch für Einzelhandel zur Verfügung stehen. Angesiedelt haben sich dort beispielsweise ein Copyshop, eine Bäckerei, ein Direktvermarkter von Bioprodukten aus der Region, eine Zweigstelle der Stadtbücherei und des Fremdenverkehrsverbandes, eine Möbelwerkstatt für Entrümpelungen und Ausbesserungen, eine Schokolaterie und eine Lunchrestaurant, welches in Form eines Integrationsbetriebes geführt wird. Heute treffen sich hier mittlerweile wieder die Bewohnerinnen und Bewohnerinnen des Stadtteils aller Altersgruppen zum Einkauf, Mittagessen oder zum Lesen und Erzählen in den hübsch gestalteten Möbeln, die im Stadtteil gesammelt wurden.

Der Sozialausschuss der nahe gelegenen niederrheinischen Stadt Kleve hat sich in Venlo von den Umsetzungen inspirieren lassen und sich das Thema Inklusion und Quartiersentwicklung auf die Agenda geschrieben. Orientiert am Leitfaden „Unsere Gemeinde wird inklusiv!“, den das Land Rheinland Pfalz für die Erstellung kommunaler Aktionspläne zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention entwickelt hat, wurde die Erstellung eines Aktionsplans beschlossen und als Projekt in Angriff genommen. Nachdem man sich bezüglich der Definition von Inklusion auf die Ausführungen der Bonner Montagsstiftung einigen konnte, werden aktuell gemäß dem rheinlandpfälzischen Leitfaden die Punkte Vision und Gesamtleitbild erarbeitet. Hier soll deutlich werden, warum die Stadt diesen Weg beschreitet und welche Bedeutung Inklusion für die Stadt hat.

Folgende Schritte werden in Kürze in Angriff genommen:

- Einberufung eines Lenkungsgremiums
- Öffentlichkeitsarbeit
- Partizipation

- Barrierefreie thematische Diskussionsveranstaltungen
- Barrierefreier Aktionsplan
- Kontrolle
- unabhängige Monitoringstelle: Gremien, Lenkungsgruppe, Rat, Ausschüsse
- Weiterentwicklung

Der Aktionsplan orientiert sich in seinen Aufgabenbereichen an der Verwaltungsstruktur, den jeweiligen Fachämtern und Ausschüssen der Stadt:

- Bildung
- Arbeit & Soziales
- Kinder- & Jugendhilfe
- Umwelt und Verkehr
- Bauen
- Kultur
- Zentrale Dienste/Bürgerbüro
- Sport

Die Tabelle zeigt beispielhaft Ziele und Maßnahmen aus den einzelnen Aufgabenbereichen.

Diskussionsbeiträge

Der Einführung ins Thema folgten lebhafte Beiträge aus dem Erfahrungshintergrund der Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Im Folgenden sind Diskussionsbeiträge zu den Fragestellungen der DHG aufgelistet:

- Sowohl die Kommune als auch die vor Ort ansässigen Einrichtungen müssen „sich öffnen!“
- Wechselseitige (Kommune – Einrichtung) Begegnungsmöglichkeiten müssen geschaffen werden!
- Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen leben, sollen in Gremien der Kommune beteiligt werden.
- Es ist wichtig, vor Ort „Win-Win-Situationen“ zu schaffen; Beispiel: eine Arztpraxis räumlich in der Behinderteneinrichtung angesiedelt, holt Nachbarn ins Haus und schafft Begegnungsmöglichkeiten.

Ziel	Maßnahmen	Zuständigkeit Amt Abt. Kontakt	Zeitraumen	Bewertungs- indikator
Barrierefreie Straßenübergänge	Ampelphasen prüfen	Bauamt Tiefbauamt Herr J.	Juni 2015	Zeit zur Straßenquerung ausreichend
Tagesmütter haben heilpädagogische Grundkenntnisse	Schulung	Jugendamt	Jahr 2015	Anzahl der Tagesmütter mit heilpädagogischen Grundkenntnissen gestiegen
Barrierefreier Wegweiser „Soziales“	Erstellung einer barrierefreien Internetseite	Amt für Arbeit und Soziales Frau N.	November 2015	
Integrative Sportangebote erhöhen	Konzepte über integrative Projekte sind Bedingung für Förder-gelder	Fachbereich Schulen, Kultur und Sport Frau W.	November 2015	Anzahl gestiegen – Einbringung in Haushalt 2016

Tabelle: Ziele und Maßnahmen aus den einzelnen Aufgabenbereichen

- Die häufigere Nutzung des persönlichen Budgets erfordert eine unabhängige Beratung. Sowohl Bedarfsfeststellung, Budgetverwaltung und Beratung können kommunale Beteiligungsfelder sein.
- In Bezug auf das „Recht auf Arbeit“ ist die Kommune in besonderer Weise gefordert. Bei Tagesförderstätten könnte die Übernahme der Sozialversicherung eine kommunale Aufgabe sein. Dem Recht auf Entlohnung könnte durch kommunale finanzielle Unterstützung entsprochen werden.
- Es sollten Maßnahmen erdacht werden, die Brücken schaffen zur Überwindung von ambulant und stationär.

- Pflegesätze sollten durch das persönliche Budget ersetzt werden.
- Der Mehrkostenvorbehalt sollte wegfallen!

■ SUSANNE SIEBERT
KLEVE
WWW.SIEBERT-PERSPEKTIVEN.DE

Heilpädagogische Intensivbetreuung als Teilhabeleistung

Arbeitsgruppe 4

Heilpädagogische Intensivbetreuung als Teilhabeleistung

Für Menschen mit geistiger Behinderung in besonders schwierigen Lebenslagen sind zeitweise oder auf längere Dauer intensive und spezielle heilpädagogische Fachleistungen erforderlich. Befürchtet wird, dass mit dem neuen Teilhaberecht der Anspruch auf notwendige Hilfen noch schwieriger durchzusetzen und zu gestalten sein wird. Welche fachlichen Teilhabeleistungen und welche weiteren SGB-Leistungen sind zur Gestaltung solcher Unterstützungssysteme erforderlich?

Sven-Olaf Rogahn, LVR-HPH-Netz West, Viersen

Wohngruppe Danilo Dolci

Die Wohngruppe Danilo Dolci wurde 2005 als heilpädagogische Intensivgruppe für 6 KundInnen eröffnet. Seit 2007 hat sich das Konzept darauf ausgerichtet, die Kunden in einem auf 3 – 4 Jahre befristeten Zeitraum darauf vorzubereiten, in eine geringer betreute Wohnform zu wechseln. Insgesamt haben bisher 11 Kundinnen die Wohngruppe in andere Betreuungsbereiche verlassen, in den meisten Fällen erfolgreich.

Inklusionsverhinderndes Verhalten

„Herausfordernde Verhaltensweisen werden aufgrund ihrer Stärke, Häufigkeit oder Dauer dann als „schwerwiegend“, „gravierend“ oder „erheblich“ etikettiert, wenn sie dazu führen, dass Personen sich selbst oder andere fortgesetzt gefährden oder beeinträchtigen, oder dass die Teilnahme dieser Person an Angeboten und Diensten im Gemeinwesen eingeschränkt wird bzw. ihnen der Zugang gänzlich verwehrt bleibt. Beschränkungen können sowohl inklusive als auch speziell auf behinderte Menschen ausgerichtete Settings und Dienste im Ge-

meinwesen betreffen“ (Dieckmann, 2007, S. 16)

Kurz gesagt: Herausforderndes Verhalten wird dadurch definiert, dass es die Person selbst und/oder Andere in ihrer Unversehrtheit massiv gefährdet und/oder dass dieses Verhalten die Inklusion in wichtige soziale Bezüge gefährdet.

Damit ist „herausforderndes“ Verhalten nicht nur durch hohe Aggressivität gekennzeichnet. Auch ein massives Rückzugsverhalten, eine Nähe/Distanzproblematik, zwanghaftes Verhalten, suchtbedingte Verhaltensweisen oder egozentrische Verhaltensnormen sind nach dieser Definition „herausfordernd“, wenn z.B. Inklusion in der Wohngruppe/der Wohngemeinschaft, am Arbeitsplatz oder in der Nachbarschaft dadurch behindert ist.

Grundhaltung

Das Menschenbild, von dem wir ausgehen, will den Aspekt der Eigenverantwortung des Kunden in den Vordergrund stellen. Es ist die Aufgabe der Mitarbeiter, immer wieder neue Verhaltenssequenzen zu definieren, die die Menschen mit inklusionsverhinderndem Verhalten eigenverantwortlich bewältigen können.

In unserer Grundhaltung gehen wir aber davon aus, dass jeder Mensch die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Entwicklung hat und in der Lage und willens ist, Selbstkontrolle auszuüben. Wenn der Einzelne dafür bisher nicht die für ihn passende Basis gefunden hat, ist es unsere Aufgabe, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und dem Menschen für ihn passende „Werkzeuge“ anzubieten, einzuüben und zu festigen.

**Oberthemen der Arbeitsgruppe:
Heilpädagogische Intensivbetreuung
als Teilhabeleistung**

1. Welche Betreuung benötigt das Individuum – Bedarfsermittlung
2. Was heißt Teilhabeleistung für den einzelnen Menschen
3. Individuelle Gestaltung des notwendigen Sozialraums
4. Welche Unterstützung benötigt das bereits existierende Sozialsystem des Kunden

Elemente der Diskussion

Zur Bedarfsermittlung wird ein bundesweit einheitliches Verfahren gewünscht. Die existierenden Elemente der individuellen Hilfeplanung sowie der Metzlerbogen werden für das genannte Klientel als nicht ausreichend gesehen. Es gibt in den Bundesländern sehr unterschiedliche Elemente der Bedarfsmessung bezogen auf – Förderbedarf, - Teilhabebedarf, - Lebens-unterstützungsbedarf

Nicht jeder Mensch kann/ will inkludiert werden. Im Wohnen müssen individuelle Schutzräume ermöglicht werden. Bezogen auf diesen Kundenkreis ist weder KundIn noch Gesellschaft bereit, sich derzeit aufeinander einzulassen. Gilt der Grundsatz von Professor Dörner, dass mit den „schwierigsten“ Menschen begonnen werden soll? Können komplexe Einrichtungen den sozialen Aspekt (unter der Berücksichtigung der hohen sozialen Abhängigkeit) mehr in den Vordergrund stellen?

Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen, insbesondere im psychoemotionalen Bereich, sind anfangs nicht in der Lage, überhaupt über ihre Teilhabeansprüche und -leistungen zu reflektieren bzw. zu sprechen.

Hier gilt der Grundsatz: Was will der Mensch, nicht was wünscht er/sie!

Personenbezogene Finanzierungsmodelle müssen pro KundIn bereitgestellt werden. Diese müssten ärztliche, therapeutische, pädagogische, ... Inhalte beinhalten. Ein Casemanagement müsste die Koordinierung übernehmen.

Die fallunspezifische Arbeit (mit Nachbarn; mit der Familie; zur Unterstützung in Vereinen u.ä.; Zusammenarbeit mit Justiz, Therapeuten, Ehrenamtlern; ...) bedarf einer Finanzierung unter Inklusionsgesichtspunkten. Reine personenzentrierte Modelle reichen hier nicht aus.

Insgesamt eine sehr lebendige Diskussion in der Arbeitsgruppe. Die von mir vorgeschlagenen Fragestellungen konnten vielfach nur angerissen werden.

- SVEN-OLAF ROGAHN
LVR-HPH-NETZ WEST
VIERSEN
WWW.HPH-NETZ-WEST.LVR.DE

Teilhabe und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen

Arbeitsgruppe 5

Teilhabe und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen

Für die professionelle Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung mit massiv herausforderndem Verhalten und/oder psychischen Störungen in der Behindertenhilfe spielt auch die Kooperation mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen eine große Rolle. Auch hier befinden wir uns im Schnittfeld von Gesundheitswesen und Teilhaberecht. Wohin geht die Entwicklung? Wie kann eine gute Kooperation von Wohnhilfen für Menschen mit geistiger Behinderung mit psychiatrischen Diensten im regionalen Verbund funktionieren?

Prof. Dr. Michael Seidel, Bethel.regional, Bielefeld

Interessen der Teilnehmer

Die ca. 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe, aus verschiedenen Berufsgruppen, Tätigkeitsfeldern und Funktionsebenen kommend, stellten sich in einer Eingangsrunde einander vor und begründeten ihr Interesse am Thema der Arbeitsgruppe.

Die Vertreterinnen und Vertreter von Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe hoben mit Nachdruck zwei Aspekte hervor: Zum einen haben die Einrichtungen und Dienste in den letzten Jahren immer betreuungsaufwändigere Klientinnen und Klienten, vornehmlich mit komplexen Behinderungen und Doppeldiagnosen, aufgenommen. Daraus resultiert ein zunehmender Bedarf an fachlicher Unterstützung gerade auch in psychiatrischer und psychotherapeutischer Hinsicht. Zum anderen ist es im Alltag zumeist überaus schwierig, für Klientinnen und Klienten im Einzelfall die notwendige psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung im Regelversorgungssystem zu erschließen oder für die Dienste und Einrichtungen dringend gebrauchte Unterstützung in Form von Beratung, Anleitung, Supervision usw.

durch psychiatrische und psychotherapeutische Fachleute zu erhalten. Die Gründe für die erwähnten Schwierigkeiten sind vielgestaltig.

Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

In einem zweiten Schritt gab der Moderator der Arbeitsgruppe, Prof. Michael Seidel, einen systematischen Input. Er erläuterte, dass die psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung viel komplexer als bei nicht geistig behinderten Menschen sind. Neben den „üblichen“ psychischen Störungen, wie sie in der ICD-10 enthalten sind, die im Prinzip jedem Psychiater, jeder Psychiaterin geläufig sind und mehr oder minder in der üblichen Weise behandelt werden, gibt es eine Reihe weiterer Formen psychischer Störungen. An erster Stelle stehen die verschiedenen Gestaltungen (z. B. selbstverletzendes Verhalten, Sachzerstörungen, stereotype Bewegungen) psychischer Störungen, die sich nur aus der missglückten Wechselwirkung (z. B. Überforderung, Unterforderung, Vernachlässigung grundlegender emotionaler und psychosozialer Bedürfnisse) zwischen den individuellen Bedingungen und Dispositionen des Klienten einerseits, den Anforderungen und Bedingungen der sozialen und physischen Umwelten andererseits erklären lassen und in der Kategorie Problemverhalten zusammengefasst werden. Bei diesen Störungsbildern komme es vornehmlich auf eine bedürfnisgerechte und individuell angepasste Umgestaltung der Umwelt an.

Therapeutische Interventionen (Psychotherapie, Psychopharmaka), Training von Fertigkeiten oder Hilfsmittel (technische Mittel der Unterstützten Kommunikation, Hörgeräte, Brillen usw.) können je nach Einzelfall unentbehrliche Komponenten sein, müssen sich aber immer in ein komplexes und multiprofessionell getragenes Interventionsprogramm einordnen. Für die sehr häufigen Störungsbilder aus dem Formenkreis des Problemverhaltens – sie machen etwa die Hälfte

der Verhaltensauffälligkeiten aus – muss es künftig Möglichkeiten geben, dass Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe überall auf multiprofessionelle Kompetenzen etwa nach dem Vorbild der niederländischen Konsulententeams zurückgreifen können. Nach dem Problemverhalten sind noch die Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit genetisch bedingten Syndromen (sog. Verhaltensphänotypen) sowie die vielgestaltigen psychischen Probleme und Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit einer Epilepsie zu nennen.

Seidel unterstrich, dass hinter jeder auffälligen Verhaltensweise von Fall zu Fall gänzlich unterschiedliche Ursachen oder Bedingungsgefüge – nicht zuletzt Beschwerden als Ausdruck körperlicher Erkrankungen – stehen können und damit u. U. gänzlich unterschiedliche Interventionen erforderlich seien.

Anschließend erläuterte Seidel die aus den verschiedenen Störungsbildern resultierenden Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Er verdeutlichte, auch im System der Behindertenhilfe müssen fachliche Kompetenzen und multiprofessionell zusammengesetztes Personal verfügbar sein und dem Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe zugerechnet werden.

Forderungen

In einem letzten Schritt trugen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgewählte Anliegen hinsichtlich der Schnittstelle zum psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem zusammen:

1. Der Zugang zu diagnostischen und Versorgungsleistungen ebenso wie zu Beratung, Supervision soll niederschwellig sein.
2. Bei Vorstellungen und Konsultationsterminen soll ausreichend Zeit für den Austausch der Informationen und Rückfragen zur Verfügung stehen.
3. In jedem Einzelfall soll eine umfassende und gründliche Abklärung der

Hintergründe von Verhaltensproblemen und psychischen Störungen erfolgen anstelle einer raschen, oft nur oberflächlich begründeten Verordnung von Psychopharmaka.

4. Die Einbeziehung körpermedizinischer Aspekte in die Abklärung der Ursachen und Bedingungsgefüge psychischer Störungen muss sichergestellt werden.
5. Der Themenkomplex der psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Behandlung muss in den Fort- und Weiterbildungen der psychiatrisch und psychotherapeutisch Tätigen verstärkt berücksichtigt werden.
6. Es bedarf der Klarstellung gegenüber den Krankenkassen, dass bei Vorliegen einer geistigen Behinderung auftretende Verhaltensprobleme häufig eine psychiatrische Abklärung oder eine psychiatrisch bzw. psychotherapeutische Behandlung, gegebenenfalls unter Krankenhausbedingungen, brauchen.

Die Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren sich einig darin, dass es an der Schnittstelle von Behindertenhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischem Versorgungssysteme darauf ankommt, innerhalb der Dienste und Einrichtungen die Verantwortlichkeiten für die Anbahnung, Begleitung usw. von psychiatrischen oder psychotherapeutischen Hilfen zu klären (Klientin, Klient, gesetzlicher Betreuer, Bezugsmitarbeiter, Leitung, therapeutische Dienste) und mit dem Gegenüber zu kommunizieren. Überhaupt sei die verlässliche und transparente Gestaltung einer systematischen Kooperation zwischen Behindertenhilfe und Gesundheitswesen vor Ort von größter Bedeutung.

■ PROF. DR. MICHAEL SEIDEL

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

BIELEFELD WWW.DGSGB.DE

Teilhabe in Kombination mit Pflegeleistungen

Arbeitsgruppe 6

Teilhabe in Kombination mit Pflegeleistungen

Im ambulant betreuten Wohnen werden vielfach bereits Leistungen der Eingliederungshilfe und altersunabhängige Pflegeleistungen kombiniert. Welche Chancen und welche Probleme ergeben sich in der Gestaltung solcher Unterstützungsformen, vor allem bei hohem Unterstützungsbedarf? Wie wirksam sind die gesetzlich verbesserten Pflegeleistungen für Menschen mit geistiger Behinderung?

Doris Langenkamp, Lebenshilfe Münster

Beispiel Münster

Den Einstieg in die Diskussion bildete die Darstellung eines Beispiels aus dem Bereich des Ambulant Unterstützten Wohnens: eine 4er Wohngemeinschaft von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in Münster

Diskussion

In einer engagierten Diskussion wurden die folgenden wesentlichen Punkte zusammengetragen:

- Zur Weiterentwicklung der Teilhabechancen des Einzelnen ist es unabdingbar, stets vom Willen des Nutzers/Klienten auszugehen. Insbesondere bei einer Aufspaltung der Kostenträgerschaft und der Leistungen ist es wesentlich, dass jede Person für sich (Einzelfallbetrachtung) und in ihrer Ganzheitlichkeit gesehen wird und dass aus dieser ganzheitlichen Sicht heraus das Unterstützungssetting mit ihr gemeinsam geplant wird.
- Für die Reform der Eingliederungshilfe und die Entwicklung der Schnittstellen zu anderen Bereichen des Leistungsrechts wird deutlich formuliert, dass bei vorhandenem Pflegebedarf die Abdeckung dieses Bedarfes eine Voraussetzung für die Teilhabe ist und somit die Pflege integra-

ler Bestandteil der Eingliederungshilfe sei und bleiben müsse.

- Die Kombination verschiedener Leistungsarten muss je nach individuellem Bedarf möglich sein. So wird gefordert, dass es den Anspruch auf häusliche Pflege in Wohnstätten nach SGB XII geben müsse. Die Pauschale von max. 266 € nach §43a SGB XI wird als unzureichend bewertet.
- Bei der Reform der Eingliederungshilfe muss der individuelle Anspruch auf Teilhabeleistungen deutlich bestehen bleiben und darf nicht in einem System zerrieben werden, das vorrangig durch ökonomische Überlegungen geprägt ist.
- Im Rahmen der stets komplexer werdenden Bedingungen für die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen wird es immer aufwendiger, die erforderlichen Leistungen zu organisieren und deren Refinanzierung sicher zu stellen. Hier wird die Idee formuliert, rechtliche Betreuer dabei zu unterstützen, diese Aufgabe stärker zu übernehmen.
- Als wesentliche fachliche Anforderung insbesondere für die Arbeit mit Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf wird benannt, dass Mitarbeiter den Einzelnen in seiner Individualität mit seinen Besonderheiten und Bedarfen sehen müssen und unter schwieriger werdenden Rahmenbedingungen einen Weg finden müssen, damit diese Bedarfe des Einzelnen gedeckt werden (Personenzentriertes Arbeiten).
- Hierbei ist es zunehmend notwendig, dass Personen unterschiedlicher Professionen intensiver zusammenarbeiten. Dies erfordert einerseits mehr Absprachen, kann aber auch zu gegenseitiger Entlastung beitragen.

- DORIS LANGENKAMP
LEBENSILFE MÜNSTER
WWW.LEBENSILFE-MUENSTER.DE

Beratung und Teilhabeplanung

Arbeitsgruppe 7

Beratung und Teilhabeplanung

Um Ansprüche auf individuell passende Teilhabeleistungen zu realisieren, muss eine qualifizierte Beratung einen deutlich höheren Stellenwert erhalten. Welche teilhabeorientierten Beratungsmodelle gibt es? Welche Erfahrungen bieten die rheinischen Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKo-Be)? Wie lassen sich Menschen mit Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf einbeziehen?

Prof. Dr. Erik Weber, Evang. Hochschule Darmstadt

Evangelische Hochschule Darmstadt
University of Applied Sciences
eh-darmstadt.de

Beratung und Teilhabeplanung
Mehr Teilhabechancen für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf
– Anforderungen an die Reform der Eingliederungshilfe

Arbeitsgruppe 7 im Rahmen der gemeinsamen Fachtagung der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG) und der Deutschen Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGbB) am 29. Januar 2015, 14:30h bis 16:30h in Berlin

Prof. Dr. Erik Weber
Ev. Hochschule Darmstadt
Studiengang Inclusive Education/Integrative Heilpädagogik

...was Sie erwartet...:

- ✓ Vorstellungsrunde – warum diese AG?
- ✓ Inhaltlicher Impuls aus Forschungsprojekt
- ✓ Impulse Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz
- ✓ Arbeit in Kleingruppen zu Leitfragen
- ✓ Zusammentragen /Diskussion



© DIMIRKA Schmitz

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule Darmstadt
University of Applied Sciences
eh-darmstadt.de

...inhaltlicher Impuls

„Der Reformprozess hin zu einer personenorientierten Perspektive ist allerdings noch nicht in allen Bereichen vollzogen. Im Prozess der Aushandlung von Hilfen dominieren häufig die Interessen von Leistungsträgern und Anbietern gegenüber den Interessen der Betroffenen“ (Franz et al. 2011, 100).

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule Darmstadt
University of Applied Sciences
eh-darmstadt.de

...inhaltlicher Impuls

„Der Reformprozess hin zu einer personenorientierten Perspektive ist allerdings noch nicht in allen Bereichen vollzogen. Im Prozess der Aushandlung von Hilfen dominieren häufig die Interessen von Leistungsträgern und Anbietern gegenüber den Interessen der Betroffenen“ (Franz et al. 2011, 100).

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule Darmstadt
University of Applied Sciences
eh-darmstadt.de

...inhaltlicher Impuls

Um Ansprüche auf individuell passende Teilhabeleistungen zu realisieren, muss eine qualifizierte Beratung einen deutlich höheren Stellenwert erhalten.

- Welche teilhabeorientierten Beratungsmodelle gibt es?
- Welche Erfahrungen bieten die rheinischen Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen (KoKoBe)?
- Wie lassen sich Menschen mit Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf einbeziehen?

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule Darmstadt
University of Applied Sciences
eh-darmstadt.de

Hintergrund: Forschungsprojekt zum Thema der qualifizierten Beratung

- Auftraggeber: Landschaftsverband Rheinland (LVR)
- Zentrale Frage: Gelingt durch eine Neuausrichtung der KoKoBe und SPZ als zentrale und **leistungserbringerunabhängige** Anlauf- und Beratungsstellen eine **qualifizierte Beratung**?
- **Wirkungen der Neuausrichtung des Beratungsverfahrens im Rahmen der Individuellen Hilfeplanung;**
- **Möglichkeiten und Grenzen einer von Leistungserbringern unabhängigen (Erst-) Beratung von leistungssuchenden Personen durch IHP-3-Berater_innen in den KoKoBe/SPZ;**
- **Identifizierung von Kriterien für eine qualifizierte Beratung im Kontext Individueller Hilfeplanung.**

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule
Darmstadt
University of Applied Sciences
eh.darmstadt.de

**Ergebnisse aus einem Modellprojekt im Rhein-Kreis-Neuss
Aspekt Qualifizierte Hilfeplanung**

Standards für eine qualifizierte Hilfeplanung

- Beratungskompetenz Haltung
- Beratungskompetenz Personenzentrierung
- (Fach) Kompetenz im Allgemeinen
- Beratungskompetenz Diagnostik
- Beratungskompetenz Gesprächsführung
- Optimierung der Verfahrensabläufe
- Beratungskompetenz Sozialraum
- Beratungskompetenz Sozialrecht
- Leistungserbringerunabhängigkeit

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule
Darmstadt
University of Applied Sciences
eh.darmstadt.de

Zentrale Forschungsthemen

- Aspekt **Leistungserbringerunabhängigkeit**
- Aspekt **Qualifizierte Hilfeplanung**
- Aspekt **Fortbildung**

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule
Darmstadt
University of Applied Sciences
eh.darmstadt.de

**Ergebnisse aus einem Modellprojekt im Rhein-Kreis-Neuss
Aspekt Fortbildungsbedarf**

Bezüglich der Hilfeplanungsphase „Beratung“:

- Fortbildungsbedarf Sozialrecht
- Fortbildungsbedarf Gesprächsführung
- Fortbildungsbedarf Diagnostik
- Fortbildungsbedarf Kenntnisse über Sozialraum

Bezüglich der Hilfeplanungsphase „Erstellung“:

- Fortbildungsbedarf zum Instrument IHP-3 (Zielformulierung, etc.)
- Fortbildungsbedarf Sozialrecht
- Fortbildungsbedarf hinsichtlich der Weiterentwicklung des IHP-3 bezüglich der Belange verschiedener Gruppen von Leistungsberechtigten

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule
Darmstadt
University of Applied Sciences
eh.darmstadt.de

**Ergebnisse aus einem Modellprojekt im Rhein-Kreis-Neuss
Aspekt Leistungserbringerunabhängigkeit**

- Hohe Komplexität der Thematik
- Zurückhaltung des Feldes gegenüber der Gesamthematik
- Loyalitätskonflikte der IHP-3-Berater_innen
- Beobachtung, dass potentielle Leistungsberechtigte häufig erst dann eine IHP-3-Beratung aufsuchen, wenn bereits Kontakt zu einem potentiellen Leistungserbringer besteht

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule
Darmstadt
University of Applied Sciences
eh.darmstadt.de

Bedeutung Angebotsplanung

- Qualifizierte Hilfeplanung kann nicht losgelöst von Fragen der Angebotsplanung diskutiert und umgesetzt werden.
- Leistungserbringerunabhängigkeit beispielsweise benötigt vielfältige Alternativen in der sog. Anbieterlandschaft.

Studiengang Integrative Heilpädagogik/ Inclusive Education

Evangelische Hochschule
Darmstadt
University of Applied Sciences
eh.darmstadt.de

Impuls Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz I

(Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz 2. Sitzung am 17. September 2014 Arbeitspapier zu TOP 4 Stand: 14. Oktober 2014 – final)

„Die Beratungsbedarfe von Menschen mit Behinderungen im Kontext des Zugangs zu Leistungen sind vielfältig. Sie bestehen insbesondere bzgl. des Umfangs der Leistungsansprüche, möglichen Interessenkonflikten mit dem zuständigen Leistungsträger und hinsichtlich der Auswahl von Leistungsanbietern. Weitere Beratungsbedarfe ergeben sich im Rahmen der Leistungserbringung“

vgl. URL: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/BRK/DE/StaS/Bundesteilhabegesetz/2_Sitzung/2_sitzung_ap_zu_top4.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 27.01.2015).

Studiengang Integrative Hilfpädagogik/ Inclusive Education



Impuls Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz II

(Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz 2. Sitzung am 17. September 2014 Arbeitspapier zu TOP 4 Stand: 14. Oktober 2014 – final)

„Bestehende Beratungsangebote der Sozialleistungsträger sind im Hinblick auf die Erfordernisse der Eingliederungshilfe - neu - sowohl bei der Gesamtplanung als auch bei der Leistungserbringung zu optimieren und ggf. durch andere Beratungsangebote wie Beratung von Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen oder unabhängige Fachberatung zu flankieren. Die für eine adäquate Beratung notwendige Qualität sowie Kontinuität der Betreuung wäre dabei im Interesse der zu beratenden Personen sicherzustellen“

vgl. URL: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/BRK/DE/StaS/Bundesteilhabegesetz/2_Sitzung/2_sitzung_ap_zu_top4.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 27.01.2015).

Studiengang Integrative Hilfpädagogik/ Inclusive Education



Leitfragen für die Arbeitsgruppe:

- Wie können in den jeweiligen Lebensbereichen und Lebenslagen (hier: Beratung) Teilhabechancen weiter entwickelt werden?
- Welche teilhaberechtlichen Anforderungen ergeben sich daraus für die Reform der Eingliederungshilfe einschließlich der Schnittstellen zu anderen Bereichen des Leistungsrechts?
- Welche fachlichen und leistungsrechtlichen Anforderungen gelten besonders für Menschen mit sog. geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf?

Studiengang Integrative Hilfpädagogik/ Inclusive Education



Konkreter Arbeitsauftrag für Kleingruppen (30 Min.):

- Wie muss ein teilhabeorientiertes Beratungsmodell für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aussehen (Skizzierung von Eckpunkten)?
Unterfrage:
 - Welche Erfahrungen bringen die AG-Teilnehmer_innen ggf. hierzu mit?
- Wie lassen sich Menschen mit Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf in Beratungskontexte einbeziehen?
Unterfrage:
 - Welche Erfahrungen bringen die AG-Teilnehmer_innen ggf. hierzu mit?

Studiengang Integrative Hilfpädagogik/ Inclusive Education



Literatur

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2013) (Hg.). Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung des SGB IX. URL: http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2013/DV-24-12-SGB-IX (zuletzt geprüft am 20.08.2013).
- Franz, Daniel; Lindmeier, Bettina & Ling, Karen (2011). Personenorientierte Hilfen, Soziale Netzwerkförderung, Umfeldkonzepte. In: Beck, Ina & Greving, Heinrich (Hg.), Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Bd. 6 des enzyklopädischen Handbuchs der Behindertpädagogik. Behinderung, Bildung, Partizipation (100-109). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, Erik; Knöb, David Cyril; Lavorano, Stefano (2013). Qualifizierte Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe durch die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) und Sozialspsychiatrischen Zentren (SPZ) im Rheinland. Anforderungen, Umsetzungsmöglichkeiten und Perspektiven. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Evaluation des Modellprojekts des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) im Rhein-Kreis-Neuss: Darmstadt.
- URL: http://www.lvr.de/app/publi/PDF/665-Abschlussbericht_Modellprojekt_Rhein-Kreis_Neuss.pdf (Abruf am 27.01.2015).

Studiengang Integrative Hilfpädagogik/ Inclusive Education



■ PROF. DR. ERIK WEBER
EVANG. HOCHSCHULE DARMSTADT
WWW.EH-DARMSTADT.DE

Teilhabe im Alltag von Wohneinrichtungen

Arbeitsgruppe 8

Teilhabe im Alltag von Wohneinrichtungen

Es gibt viele gute Beispiele gelungener Integration und Teilhabe. Aber es gibt auch die vielfache Erfahrung in Einrichtungen, den Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer, den selbst gesetzten Qualitätszielen und den gesetzlichen, z.B. in Wohn- und Teilhabegesetzen verankerten Ansprüchen im Alltag nicht mehr gerecht werden zu können. Was sind Ihre Erfahrungen? Geht das Ziel, mehr Teilhabe zu ermöglichen, an Menschen mit Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf vorbei? Was können wir konkret im Alltag tun, mehr Teilhabe umzusetzen?

Christian Bradl, LVR-HPH-Netz West, Jülich

Drei Fragestellungen der Arbeitsgruppe:

1. Wo sehen Sie in Ihrer Wohneinrichtung ein positives Beispiel für gelungene Integration, Inklusion und Teilhabe?
2. Womit sind Sie in der Umsetzung von Teilhabe in Ihrer Wohneinrichtung am meisten unzufrieden?
3. Was ist Ihre wichtigste Erwartung an das neue Bundesteilhabegesetz?

Positive Beispiele für gelungene Integration, Inklusion und Teilhabe

Wohneinrichtung strukturell

- Individuelle Wohnraumgestaltung
- Selbstversorgung Wohneinrichtungen
- Dezentralisierung der Wohnangebote
- Wohneinrichtung mitten in der Stadt
- Durchlässigkeit zwischen Wohnformen
- Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter

- Wohnen in herkömmlichen Mietshäusern - wie im Heim, auch mit 24-Std-Assistenz
- Einsatz von FSJ/BFD-Kräften und Einzelfallhelfer
- Leben in einem Mehrgenerationenhaus (mit Herberge, Freizeitclub, integrative KiTa, Sozialprojekte im Wohnumfeld)
- Alltagsgestaltung und Zusammenleben
- Selbstbestimmung, individuelle Bedürfnisse, Assistenz als Grundsätze
- Dabeisein bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen (statt Versorgung)
- Einsatz von Hilfsmitteln der Unterstützten Kommunikation (UK)
- Akzeptanz von Privatheit und Intimsphäre auch im Heim
- Tragfähige verlässliche Beziehungen
- Selbstwirksamkeit bzgl. individueller Lebensgestaltung
- Beschwerde- und Anregungspostkasten
- Wöchentliche Bewohnerbesprechung
- Bewohnerbesprechungen z.B. zu Ausflüge, Reisen, Lebensmitteleinkauf, Konfliktthemen
- Aufklärung und Begleitung bei Wahlen
- Zeit für Vorlesen
- Kleine Teilbudgets für Aktivitäten (z.B. Freizeitbudget, Assistenz, mein Konto)
- Klienten, die in der Rolle von Lehrenden agieren

Hilfe- und Teilhabeplanung

- Arbeiten mit Integrierter Teilhabeplanung (ITP)
- Wohnberatung
- Gemeinsame Erstellung eines Wochenplans (interne und externe Aktivitäten)
- Zukunftskonferenzen

Aktivitäten im Sozialraum

- Sozialräumliches Arbeiten, z.B. mit Sozialraumkarte
- Teilnahme am Kiezleben (z.B. Café, Fußball-AG)
- gute Kontakte im sozialen Umfeld
- Bewohner integriert in Ortsgemeinschaft (Feste, Vereine usw.)
- Mitarbeit im Inklusionsbeirat der Stadt/Gemeinde
- Nächtliche Besuche öffentlicher Disko
- Wohnstättenfeste unter Einbezug der Nachbarn
- Intensive Zusammenarbeit mit Seniorentreff eines anderen Trägers, Begleitung vom Menschen mit/ohne Behinderung
- Chorauftritte mit verschiedenen Gruppen
- Patenschaft für einen naheliegenden Spielplatz in Kooperation mit einer Bürgerinitiative (Gestaltung, Pflege)
- Casting-Shows veranstalten
- Gesponserte Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen (Beispiel Kulturloge Berlin)
- Stadtteiltreff für Aktivitäten nutzen statt eigene Räumlichkeiten

Tagesstruktur, Tagesgestaltung, Freizeit

- Individuelle Tagesstruktur und Alltagsgestaltung (Arbeit, Freizeit, Wohnen)
- Nutzung Computer, Computerlabor für digitale Teilhabe
- Möglichkeit zur Teilnahme an Freizeit- und Kulturangeboten
- Reisewünsche für Urlaub ermitteln und gemeinsame Urlaubsfahrt

Probleme, Barrieren für Teilhabe, exklusive Prozesse

Problemfelder

- unzureichende Beteiligung von Betroffenen am Hilfeplanungsprozess, fehlende Teilhabe- und Zukunftsplanung
- unzureichende Unterstützung von Freundschaften & persönlichen Beziehungen, wenig Kontakte zu Freunden & Bekannten
- wenig Möglichkeit zur Selbst- und Mitbestimmung in der Zusammensetzung von Wohngruppen, ungünstige Gruppenkonstellationen
- ungünstige Wohnsituation (z.B. Größe, Lage, Konstellation, fehlende Aktivitäten), die Verhaltensauffälligkeiten verstärkt oder auslöst
- schlechte medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung, eingeschränkte Arzt- und Behandlungswahl
- nicht individuell ausgerichtete Lage der Wohneinrichtung (mitten in der Stadt kann für den einen gut, für andere gar nicht geeignet sein)
- keine Teilhabe am staatsbürgerlichen Leben & Politik
- starre sozialplanerische Vorgaben für neue Wohneinrichtungen
- fehlende bauliche und pädagogische Konzepte für spezialisierte Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf
- Mangel ambulanter Alternativen für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexerem Unterstützungsbedarf
- bei Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf oft wenig oder keine begleiteten sozialen Aktivitäten möglich

- generell zu wenig Aktivitäten und Mobilität außerhalb der Wohneinrichtung
- keine geeigneten tagesstrukturierenden Angebote
- Ausgrenzung „schwieriger Fälle“

... wegen fehlender Ressourcen (Finanzen, Personal, Zeit)

- Finanzielle Mittel für Einzelbetreuung fehlen
- Fehlende Zeit für viele Aktivitäten
- Knappe personelle Situation ermöglicht wenig Einzelbetreuungen und begleitete Aktivitäten außerhalb der Wohneinrichtung
- Aktivitäten sind abhängig von Personalschlüssel und personeller Präsenz
- Teilhabe-Aktivitäten, die 1:1-Begleitung erfordern, sind selten oder gar nicht möglich
- Nachtbetreuung in ambulanten Wohnformen kaum realisierbar

... wegen Haltungen, Einstellungen

- Ungeeignete Haltungen, Einstellungen zur Teilhabe und Inklusion, vor allem bei hohem Unterstützungsbedarf
- Unterschiedliche Haltungen und teils ablehnende Haltungen verschiedener Berufsgruppen zu Aktivitäten im Sozialraum
- Starre Regelungen und Gruppenprinzipien statt individueller Lösungen im Wohnalltag
- Geringes Bewusstsein über Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit
- Soziale und Freizeitaktivitäten werden in Personaleinsatzplanung zu wenig berücksichtigt
- Fehlendes Assistenzkonzept und Bewusstsein für Selbstbestimmung
- Fehlendes Bewusstsein für „digitale Teilhabe“

... wegen unzureichender Kompetenzen oder Gestaltungsmöglichkeiten

- Teilnahme und Beteiligung an der Hilfeplanung schwierig, vor allem bei schwerer Behinderung
- Teilnahme an Freizeit- und Kulturangeboten nur schwer umsetzbar
- Kaum Kontakte in nähere Umgebung und Gemeinde
- Oft Aktivitäten nur für Menschen mit geistiger Behinderung
- Leistungsrecht, Kostenträger
- Beschränkung auf Bedarfsermittlung durch Kostenträger
- Hilfebedarfsfeststellung folgt eher administrativen Erfordernissen und fördert Fremdbestimmung
- Ärztlich dominierte Entscheidung von Hilfebedarfsbemessungen und Notwendigkeit von pädagogischer Begleitung und Assistenz
- Pauschale Abgeltung von Leistungen statt bedarfsbezogener Leistungen
- Pauschale Abgeltung von Pflege statt bedarfsbezogene Leistung

Anforderungen für eine verbesserte Teilhabe - Erwartungen an ein Bundesteilhabegesetz

Teilhabeansprüche sichern

- Teilhabeanspruch ohne Finanzierungsvorbehalt
- Individuelle Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung im Mittelpunkt
- Mehr Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Behinderung ermöglichen
- Wahlrecht für alle Menschen mit geistiger Behinderung
- Anspruch auf Höchstmaß an Gesundheit realisieren, wie in der BRK gefordert
- Ansprüche der BRK, insbesondere Teilhabe auch für Menschen mit geis-

tiger Behinderung mit hohem Unterstützungsbedarf durchsetzen

- Teilhabe für Menschen mit geistiger Behinderung auch im Alter
- Förderung digitaler Teilhabe und Medienbildung
- Inklusion bei hohem Hilfebedarf konkretisieren (ist jeder Mensch inkludierbar?)

Hilfeplanung und Bedarfsfeststellung

- Partizipation von Menschen mit Behinderung im Hilfeplanungsprozess sichern
- Bedarf und Wünsche von Menschen mit geistiger Behinderung mit hohem Unterstützungsbedarf in der Hilfebedarfsfeststellung berücksichtigen
- Verfahrensklärung zur Hilfebedarfsermittlung
- Individuelle Teilhabeplanung statt katalogisierter Hilfeplanung
- Individuelle Wünsche und Bedarfe statt Leistungspauschalen bzw. Leistungstypen
- Orientierung an Teilhabe und individueller Lebensqualität, nicht an Zielerreichung
- Positive Beispiele: ICF-basierte Erhebungsinstrumente, Integrierte Teilhabeplanung (ITP)

Unterstützungssysteme

- Erweiterung möglicher Wohnsettings
- Individualisierte Wohnhilfen, mehr Unterstützung im eigenen Wohnraum
- Personalausstattung, die individuelle Unterstützung zulässt
- Recht von Menschen mit Behinderung, auch im Alter in ihrer Wohnung und ihrem Wohnumfeld zu verbleiben - keine Abschiebung in Pflegeheime
- Hilfen aus einer Hand ermöglichen - auch bei unterschiedlichen SGB-Leistungen

- Erhöhten Pflegebedarf auch durch Leistungen aus dem SGB XI berücksichtigen
- Leistungserbringung nach individuell definierten Leistungsansprüchen
- Individuelle Unterstützung ermöglichen, z.B. für Freizeitaktivitäten

Leistungsrecht

- Keine Verschlechterung der Leistungen für Menschen mit geistiger Behinderung
- Bedarfsdeckende Leistungen ohne Hin- und Herschieben zwischen Kostenträgern
- Erleichterung von Leistungen im Hilfe-Mix (SGB V, IX, XI und XII)
- Leistungen als Budget zur selbstbestimmten Lebensplanung statt Hilfen nach Sozialhilfe-Grundsätzen
- Unterstützungsleistungen für individuelle Teilhabeplanung
- Finanzielle Förderung für teilhabeorientierte Wohnformen
- Entkoppelung von individuellem Leistungsanspruch und institutionellen Trägerbedarfen
- Klärung der Schnittstelle Teilhabe und Pflege - integrierte Leistungserbringung für Teilhabe und Pflege

- CHRISTIAN BRADL
LVR-HPH-NETZ WEST
JÜLICH
WWW.HPH-NETZ-WEST.LVR.DE

Hilfbedarfsermittlung für erfolgreiche Teilhabe

Arbeitsgruppe 10

Hilfbedarfsermittlung für erfolgreiche Teilhabe

Für die individuelle Ausgestaltung von Teilhabeleistungen kommt der Ermittlung und Feststellung des Unterstützungsbedarfs eine Schlüsselrolle zu. Welche fachlichen Anforderungen sind an eine personenzentrierte Hilfbedarfsermittlung zu stellen? Wie ist Prozess der Hilfeermittlung individuell, lebenswelt- und kontextbezogen zu gestalten?

Norbert Müller-Fehling, Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen, Düsseldorf

Es wurde dargestellt und erörtert:

- die wachsende Bedeutung einer umfassenden Hilfbedarfsermittlung bei einer personenzentrierten Leistungsgestaltung,
- das Konzept der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zur Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung,
- der Stand der Beratungen in der Arbeitsgruppe des BMAS zur Schaffung eines Bundesteilhabegesetzes (AG BTHG),
- die Notwendigkeit der Beratung und Begleitung von Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf im Bedarfsermittlungs- und Bedarfsfeststellungsverfahren.

Zu den Inhalten wird auf die zusammenfassende Präsentation und das Konzept der Fachverbände zu Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung verwiesen.¹

¹ www.diefachverbaende.de

Angleichung der Lebensbedingungen

Die Diskussion der Arbeitsgruppe befasste sich mit den Chancen, durch ein einheitliches Bedarfsermittlungs- und Feststellungsverfahren einer Angleichung der Lebensverhältnisse behinderter Menschen in Deutschland näher zu kommen. Die Höhe der Leistungsentgelte, die sich u.a. auch in der Personalausstattung von Einrichtungen und Diensten abbildet, weicht zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe, z. T. auch von Einrichtung zu Einrichtung voneinander ab. Ein einheitliches allgemeingültiges Verständnis über das Maß und die Qualität von Eingliederung und Teilhabe ist zurzeit nicht erkennbar. Maßstab für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung muss die UN-BRK sein. Ein einheitliches Bedarfsermittlungs- und Feststellungsverfahren und eine Orientierung der in diesem Verfahren eingesetzten Instrumente an einheitlichen Grundsätzen und Kriterien können einen Beitrag zu einer Anpassung der Lebensverhältnisse leisten. Eine ICF-Orientierung erhöht die Chancen, dass ein Bedarf vollständig erkannt wird und dass die Verständigung der Beteiligten in einer einheitlichen Sprache ermöglicht wird. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung darüber, wie Menschen mit Behinderung in Deutschland leben können, welche Teilhabechancen und Selbstbestimmungsmöglichkeiten sie haben, wird dadurch nicht ersetzt.

Eine große Zahl verschiedener Leistungsträger

Es ist damit zu rechnen, dass es auch zukünftig eine große Zahl von Leistungsträgern der Eingliederungshilfe gibt. Im Gegensatz zur Pflegeversicherung geben der offene Leistungskatalog und die individuelle Bedarfsdeckung den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe deutlich mehr Entscheidungsspielräume und eine große Verantwortung. Ein zentralistischer organisierter Ermittlungsdienst, wie es der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist, der mit einer einheitlichen Begutachtungsrichtlinie und einem ein-

heitlichen Manual für die Gutachterinnen und Gutachter die Grundlage für die Leistungsentscheidung liefert, wird von verschiedenen Seiten abgelehnt. Auch deshalb ist ein verbindlich geregeltes Verfahren in der Eingliederungshilfe von großer Bedeutung.

Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung bei unveränderten Bedingungen

Erörtert wurde, wie sich die Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung bei den Menschen gestaltet, die heute ein stationäres Angebot in Anspruch nehmen und die auch zukünftig in der Wohneinrichtung leben. Es ist kaum vorstellbar, dass es mit dem Inkrafttreten eines Bundesleistungsgesetzes unmittelbar zu einer neuen Bedarfsermittlung von über 200.000 Menschen in stationären Wohneinrichtungen kommen wird. Stattdessen sollte bei einem Fortbestehen der bisherigen Lebenssituation davon ausgegangen werden, dass der bisher zugrunde gelegte Bedarf vorhanden ist und die bisher ausgereichten Leistungen die Bedarfsdeckung gewährleisten. Verändert sich die Lebenssituation oder das Leistungsgeschehen, ist ggf. eine neue Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung erforderlich.

Personenzentrierung ist u. U. kompliziert und aufwändig

Es wird festgestellt, dass die Verfahrensabläufe kompliziert und aufwändig sind. Dies ist einer personenzentrierten Gestaltung der Teilhabeleistungen geschuldet, die sowohl von den Leistungsträgern, wie auch von den Verbänden behinderter Menschen und denen der Leistungserbringer angestrebt wird. Personenzentrierte Leistungen erfordern in einem höherem Maße als bei standardisierten institutionalisierten Leistungen eine fachliche Auseinandersetzung mit den Wünschen der leistungsberechtigten Person, seiner Lebenssituation, seinem sozialen Umfeld, den vorhandenen und zu erschließenden Ressourcen usw. Das

Konzept der Fachverbände zeigt ein Modell auf, das geeignet ist, den neuen Anforderungen an die Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung zu entsprechen. Es sieht jedoch auch eine deutliche Verschlankung vor, wenn es dazu zwischen der leistungsberechtigten Person und dem Leistungsträger ein Einvernehmen gibt. Gibt es dieses Einvernehmen nicht, bedarf es eines geregelten Verfahrens, das alle Beteiligten bindet.

Rolle der Leistungserbringer

In der Vergangenheit wurde die fehlende Kenntnis der individuellen Lebenssituation von Menschen mit Behinderung durch die Fachlichkeit der Leistungserbringer ausgeglichen. Im Zusammenhang mit einem fachlichen Fallmanagement müssen sich die Leistungsträger diese Fachlichkeit zugänglich machen. Entweder sie bauen eine eigene sozialpädagogisch ausgerichtete Fachlichkeit auf oder sie nehmen die von Verbänden und Leistungsanbietern in Anspruch. Es geht dabei um die beschriebenen Aufgaben, die sich aus der personenzentrierten Ausrichtung der Eingliederungshilfe ergeben. Die Gestaltung ambulanter Leistungsformen ist unter den heutigen Bedingungen bei Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf oft nur mithilfe der Leistungsanbieter zu bewältigen. Das ist für diese sehr aufwändig, oft unregelmäßig und in aller Regel nicht finanziert. Das Engagement der Leistungserbringer lebt von der Auftragsakquise, die damit zwangsläufig verbunden ist. Ein geregeltes Verfahren könnte hier für mehr Transparenz sorgen. Das Konzept der Fachverbände sieht die obligatorische Einbeziehung der Leistungserbringer bei der Umsetzung der festgestellten Bedarfe in Leistungen vor.

Beratung

Vor dem Hintergrund der Rolle der Leistungserbringer kommt einer Beratung, die nur der leistungsberechtigten Person gegenüber verpflichtet ist, eine besondere Bedeutung zu. Auch wenn davon aus-

zugehen ist, dass Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf, deren Behinderung bereits seit vielen Jahren besteht, oft über Kenntnisse, Kontakte und Netzwerke verfügen, niemand also gänzlich unberaten eine Leistung zur Eingliederungshilfe anstrebt, so erscheint es doch notwendig, im Verfahren der Bedarfsfeststellung und Bedarfsermittlung eine Beratung und Unterstützung zu gewährleisten. In diesem Prozess sollte es eben nicht um die bloße Durchsetzung eines bestimmten Leistungsanspruchs gehen, sondern um eine auf Partizipation und Einvernehmen ausgerichtete Bedarfsermittlung und Bedarfsdeckung. Dazu ist ein Prozess auf gleicher Augenhöhe erforderlich. Beratung und Unterstützung kann dazu beitragen, dass die gleiche Augenhöhe erreicht wird.

- NORBERT MÜLLER-FEHLING
BUNDESVERBAND FÜR KÖRPER- UND
MEHRFACHBEHINDERTE MENSCHEN
DÜSSELDORF
WWW.BVKM.DE

Teilhabe wünsche selbst artikulieren

Arbeitsgruppe 11

Teilhabe wünsche selbst artikulieren

Teilhabe wünsche und Teilhabeleistungen für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf werden vielfach aus fachlicher Perspektive ermittelt und gestaltet. Gemeinsam stellen Susanne Göbel und Martin Hackl ihre Methoden und Ideen vor, die Teilhabe von Herrn Hackl in seiner Einrichtung zu planen und zu gestalten. In der Arbeitsgruppe werden wir erarbeiten, was es braucht, um Menschen mit Behinderungen zu unterstützen, ihre Teilhabe wünsche selbst zu artikulieren.

Martin Hackl, Schwarzenbruck-Rummelsberg;
Susanne Göbel, Kassel

Kernpunkte

die von der Gruppe anhand der Texte von Herrn Hackl erarbeitet und diskutiert wurden:

Kernfragen 1

Was braucht es, um Menschen mit Behinderungen zu unterstützen, ihre Teilhabe wünsche selbst zu artikulieren? Wie können in den jeweiligen Lebensbereichen und Lebenslagen Teilhabechancen weiter entwickelt werden?

- *Kommunikation*: Augen auf für alle Wege der Kommunikation → Offenheit gegenüber allen Kommunikationswegen und -hilfen → (finanzielle) Unterstützung für UK (Hilfsmittel und Assistenz)
- *Kontakte nach draußen / außerhalb der Einrichtung*: Wichtigkeit von (natürlichen) Freundeskreisen / Unterstützungskreis → Freundeskreise müssen aufgebaut werden, gerade für diesen Personenkreis, der sonst in

totaler Abhängigkeit von Mitarbeiter_innen und Einrichtung lebt²

- *Persönliches Interesse* an einer Person haben / *persönliche Beziehungen* zulassen (contra professioneller Distanz) / *gemeinsame Interessen* herausfinden: Gemeinsamkeiten (z.B. Liebe zu Sport oder Musik) als Grundlage von Beziehungen
- *Aktives Suchen nach Ressourcen* (der Person): Was macht sie gerne * Was tut ihr gut * An welchen Orten fühlt sie sich wohl etc.

Kernfrage 2

Welche teilhaberechtlichen Anforderungen ergeben sich daraus für die Reform der Eingliederungshilfe einschließlich der Schnittstellen zu anderen Bereichen des Leistungsrechts?

- *Einrichtung einer unabhängigen Stelle* / Koordinierungsstelle, die an der Person und ihren Hilfen orientiert ist und sich außerhalb der Einrichtung bzw. des Trägers befindet (contra Case Management innerhalb einer Einrichtung → Konflikte zwischen den Interessen des Trägers und der Person) → Begrifflichkeit Case Management → es geht um Menschen, nicht Fälle
- *Teilhabeplanung überdenken*: Planende Person & ihr persönlicher Unterstützungskreis bestimmen (mit), wer aus dem persönlichen Umfeld mit dabei ist, wann (Tageszeit) sie stattfindet (passend zu den Bedürfnissen der Person), wo sie stattfindet (damit es der Person gut geht), wie viele Treffen wirklich notwendig sind (damit die Person bei der Planung wirklich im Mittelpunkt steht) und welche

2

<http://trainingpack.personcentredplanning.eu/index.php/de/2011-12-15-15-13-59/relationship-circles-de>

Inhalte in welcher Öffentlichkeit besprochen werden

- *Persönliche Zukunftsplanung / Moderation solcher Planungs- und Veränderungsprozesse ermöglichen*: Möglichkeiten & Anspruch schaffen, sich Unterstützung für die Vorbereitung und Moderation solcher Planungsprozesse einzukaufen und über ein entsprechendes Budget abrechnen zu können → Persönliche Zukunftsplanung *muss* immer auf *Freiwilligkeit* basieren, darf nicht verpflichtend sein

Kernfrage 3

Welche fachlichen und leistungsrechtlichen Anforderungen gelten besonders für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf?

- siehe oben → in unserer Diskussion wurde nicht unterschieden, für wen das gelten soll

Aber Herr Hackl als jemand, der mit dieser Zuschreibung lebt, hat dazu in vielen Gesprächen und Situationen z.B. gesagt:

„sehe konflikt dass nicht meine persönlichkei zählt sondern meine betreuungsintensität. mag nicht nach gebräuchlichkeit beurteilt werden.

orte wie [seine Einrichtung] können nur leben bieten das zufriedene ängstliche behinderte schätzen. ... es kann chance sein kein leben gestalten zu müssen wenn niemand von anderen wegen berichtet. man ist zufrieden weil man es so erklärt bekommt. man verlernt zu überlegen was man will. es ist anders sobald man weiß dass es noch was anderes gibt.

man lebt gut versorgt. hinderlich ist zu wissen dass gesetze etwas anderes zulassen. fraglich ist wer in den genuss der gesetze kommt. förderlich ist was von außen kommt. und lächerlich ist der versuch es umzusetzen. natürlich sind die [Mitarbeiter] bedacht uns ihre schöne vorstellung von unserem leben schmackhaft zu machen.

lernte oft: leid entsteht nicht wegen meiner angst. nur ich liebe die hoffnung auf änderung nicht die profis.

wünsche kommen von innen aber etwas einfach nur zu wollen kommt oft aus dem ablauf und ist angepasst an die bedürfnisse der wohngemeinschaft.

mich muss einer hin schubsen damit ich erst meckern dann nachdenken dann entscheiden kann. der weg hört im leben immer beim denken auf. ich kenn noch nicht den weg selber nachzudenken und dann zu entscheiden.

... wo [sollen] die menschen herkommen ... die uns lernen zu leben wie alle. lausige taten wie einzelzimmer und einkaufen helfen uns nicht beim leben lernen wie alle.

nicht suchen muss man die vielfalt sondern wahrnehmen und akzeptieren. das ist inklusion. jedem zuteilen was ihn glücklich macht. einer braucht mehr der andere wenig.

ich bin nicht überall dabei. ich möchte öfter dabei sein wenn die mitarbeiter diskutieren. es geht um mein leben hier. das ist mir am wichtigsten mit uns was tun nicht für uns was tun."

■ SUSANNE GÖBEL
KASSEL
INFO@SUSANNE-GOEBEL.DE

Mehr Teilhabe - auch im Alter

Arbeitsgruppe 12

Mehr Teilhabe – auch im Alter

Die Gruppe der älteren Menschen mit geistiger Behinderung wächst sprunghaft. Mit zunehmendem Alter verändern sich auch Lebenslagen, Bedürfnisse und Hilfebedarfe. Wenn ein lebenslanges Recht auf Teilhabe eingefordert wird, welche Teilhabeleistungen sind erforderlich? Welche Unterstützungssettings sind nötig, um Teilhabeleistungen mit anderen Leistungen zu kombinieren?

Prof. Dr. Friedrich Dieckmann, Katholische Hochschule NRW, Abt. Münster

Katho NRW Aachen Köln Münster Paderborn

KatHO NRW
Aachen · Köln · Münster · Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

➔ **Gestaltungsräume von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter**

Prof. Dr. Friedrich Dieckmann
Katholische Hochschule NRW, Abt. Münster
Forschungsschwerpunkt Teilhabeforschung

Handout für die AG „Mehr Teilhabe – auch im Alter“

Tagung „Mehr Teilhabechancen für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf“
DHG / DGSGB – 29.-30.1.2015 Berlin

Katho NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Lebensgestaltung im Alter mit der Erfahrung einer lebenslangen Behinderung

- Erleben des Alters jenseits des 60. Lebensjahrs als vergleichsweise neues Phänomen
 - überproportional gestiegene Lebenserwartung
 - systematische Ermordung der Vorgängergeneration im Nationalsozialismus (dazu Aly 2013)
- Veränderung der Rechte behinderter Menschen (UN-BRK) & allmählicher Wandel in der Behindertenhilfe
- Leitideen Teilhabe, Inklusion, Selbstbestimmung: Übergänge („transitions“) bergen große Risiken für Nichtteilhabe, Exklusion, Fremdbestimmung

Dieckmann
3

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Quelle: Amado, A. (2012).
Social inclusion & community participation

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Fazit – demografische Entwicklung

- Der starke Anstieg von Senior/innen (>= 60 Jahre) am Personenkreis „Erwachsener mit geistiger Behinderung“ (von 10% in 2010 auf 31% in 2030) stellt eine nachholende Entwicklung dar, eine Normalisierung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.
- Aussicht auf Lebensjahre im Alter mit großen Freiräumen bei Erhalt der Funktionsfähigkeit
- Ambulant betreute Wohnsettings (und auch stationäre Außenwohngruppen) müssen alterstauglich gestaltet werden. Ein „Zurück ins Heim“ im Alter als Regel ist nicht gewünscht von den Betroffenen, rechtlich bedenklich und unwirtschaftlich.
- Eine wachsende Anzahl geistig behinderter Senior/innen in allen Wohnformen benötigt tagsüber unterschiedliche Arten und Umfänge der Unterstützung (sechsmal so viele in 2030 gegenüber 2010).
- Mehr als die Anzahl pflegebedürftiger Senior/innen wird der Umfang und die Art der im Einzelfall notwendigen (nicht nur pflegerischen) Hilfen eine große Herausforderung für die Behindertenhilfe darstellen.

Dieckmann 21

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung

- haben kaum Vorbilder.
- haben häufig vage Vorstellungen vom Ruhestand.
- ordnen alterskorrelierte Veränderungen bei sich selbst oft nicht richtig ein.
- haben zum Teil Angst vor Ruhestand (eher Befürchtungen als positive Wünsche, Hoffnungen).
- freuen sich zum Teil auf den Ruhestand.

5

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Anforderungen an die Lebensgestaltung mit geistiger Behinderung im Alter

Kritische Ereignisse und Veränderungen im Alter

- Alter als Lebensphase erleben und gestalten als zentrale Entwicklungsaufgabe
- Ausscheiden aus dem Arbeitsleben
- Verlust von Angehörigen und Bezugspersonen
- Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Kompetenzeinbußen
- Erleben der Grenzen des Lebens

Quelle: Schäper et al. (2011)

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Aktuelle Altersbilder

„dichotome Kontrastierung“ (Karl 2006)

„junge Alte“
aktiv,
ehrenamtlich
engagiert, fit,
sportlich

„alte Alte“
defizitär betrachtet,
gebrechlich, krank,
pflegebedürftig

Älter werdende Menschen mit lebenslanger Behinderung
sind von einem doppelten Risiko der Entwertung betroffen:
defizitorientierte Wahrnehmung von Behinderung
+ negative Konnotation von Alter

(Graumann & Offergeld 2013)

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Lebensbereich Wohnen

Ageing in place:

- Willen beachten und Wahlmöglichkeiten unabhängig vom Hilfebedarf maximieren
- Klären, unter welchen Bedingungen Umzug in eine andere Wohnform (stationäres Heim, Pflegeeinrichtung) erfolgen soll ⇔ „Zufall“
- Umzüge sind riskante, kritische Lebensereignisse; Wohnenbleiben in der Wohnung / im Quartier erleichtert Teilhabe und Inklusion im Alter (z.B. Orientierung, Mobilität, weak social ties).

34

KathO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
<p>Vielfalt der Wohnmöglichkeiten mit angepassten Unterstützungsarrangement erweitern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiele: ambulant betreutes Wohnen rund-um-die Uhr (Hilfemix, zu vergleichbaren Kosten wie im Stationären, mit größerem Inklusions- und Teilhabepotential) Genossenschaftswohnen • Förderliche Umweltfaktoren: - integriertes trägerübergreifendes Budget - Anerkennung pflegekompetenter ambulanter Wohn-dienste als Erbringer von Pflegeversicherungsleistungen => Versäulung der Hilfesysteme überwinden <p style="text-align: right;">35</p>				
<p>Fazit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eröffnen wir objektive Gestaltungsräume, die Bürger/innen mit lebenslanger Behinderung sich subjektiv aneignen können! • Sehen wir im „Eigensinn“ von Menschen mit (und ohne) Behinderung im Alter keine Niederlage, sondern respektieren wir ihn! <p style="text-align: right;">53</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • Berichte zum BMBF-Projekt „Lebensqualität inklusive“ – Innovative Konzepte unterstützten Wohnens für älter werdender Menschen mit Behinderung www.katho-nrw.de/lequi/ • Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe im Zeitraum 2010-2040 Teilhabe, 51, 1/2012, 12-19 • Anforderungen an die Lebensgestaltung mit geistiger Behinderung im Alter Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 7/2012, 630-636 • Bericht zum KVJS-Projekt „Alter erleben“ (u.a. Lebenserwartung) www.katho-nrw.de/altererleben/ <p style="text-align: right;">Dieckmann 54</p>				

- PROF. DR. FRIEDRICH DIECKMANN
KATHOLISCHE HOCHSCHULE NRW MÜNSTER
FORSCHUNGSSCHWERPUNKT TEILHABEFOR-
SCHUNG
WWW.KATHO-NRW.DE/MUENSTER

Teilhabe weiterentwickeln im Lebensbereich Beschäftigung

Arbeitsgruppe 13

Teilhabe weiterentwickeln im Lebensbereich Beschäftigung

Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung möglich zu machen, ist das Anliegen einer gemeinsamen aktuellen Initiative von Fachverbänden und Aktion Mensch. Auch mit dem DHG-Preis „Arbeit ist Vielfalt“ wurden entsprechende Projekte ausgezeichnet. Welche Rolle spielen diese Forderungen für das neue Teilhaberecht?

Mathias Westecker, Leben mit Behinderung, Hamburg

Ergebnisse der Diskussion

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) schreibt das Recht auf Bildung (Art. 24) und auf den Zugang zu Arbeit (Art. 27) für alle Menschen mit Behinderung fest. Dies gilt uneingeschränkt auch für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Um an Arbeitsprozessen oder Bildungsangeboten teilnehmen zu können, sind sie aufgrund von Beeinträchtigungen der mentalen, sensorischen sowie Stimm- und Sprechfunktionen, oft verbunden mit einer Einschränkung bewegungsbezogener Funktionen, umfassend auf Unterstützung angewiesen. Die Fähigkeit arbeitsweltbezogen tätig sein zu können, kann sich oftmals erst in individuell abgestimmten Bildungs- und Förderangeboten ausbilden. Die bundesweite Entwicklung solcher Angebote ist die Voraussetzung für die Umsetzung der in der UN-BRK formulierten Rechte.

Tatsächlich aber ist die Umsetzung der von der Bundesregierung anerkannten und ratifizierten UN-BRK in Deutschland noch lange nicht erreicht. Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung werden derzeit in der Regel nicht nur vom allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern (mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen) auch von der Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten für behin-

derte Menschen (WfbM) ausgeschlossen. Dies stellt vor dem Hintergrund der UN-BRK den Tatbestand der Diskriminierung dar.

Eine arbeitsweltbezogene Orientierung nach der Schulzeit findet für diese Menschen nicht verbindlich statt. Sie werden oftmals ohne eine weitere Bedarfsfeststellung auf Angebote der Tagesförderung im Rahmen der „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ gemäß §§ 53 und 54 SGB XII (wie zum Beispiel Tagesförderstätten, Förderstätten oder tagesstrukturierende Angebote von Wohnheimen) verwiesen.

Im Bereich der Tagesförderung hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl unterschiedlicher Angebotsformen entwickelt. Bundesweit einheitliche Anforderungen und Qualitätsstandards sind jedoch nicht vorhanden.

In der Diskussion mit Praxisvertretern aus verschiedenen Bundesländern wurde schnell deutlich, dass keine Standards oder Qualitätsanforderungen einheitlich und vergleichbar existieren. Gleichzeitig wurden viele Themen wie Beförderung, Versorgung mit den notwendigen Hilfsmitteln und Personalschlüssel als verbesserungswürdig in allen Bundesländern identifiziert.

Die Bedeutung von sinnvoll erlebter Tätigkeit, von festen Strukturen und regelmäßigen Arbeitsangeboten unter individuell angepassten Bedingungen wurden von allen Teilnehmern im Workshop herausgestrichen. Gute Praxisbeispiele wurden ausgetauscht, auf die Kampagne „Arbeit möglich machen“ von Aktion Mensch und diversen Verbänden sowie der DHG wurde hingewiesen.

■ MATHIAS WESTECKER
LEBEN MIT BEHINDERUNG
HAMBURG
WWW.LMBHH.DE

Teilhabe und regionale Gesundheitsversorgung

Arbeitsgruppe 14

Teilhabe und regionale Gesundheitsversorgung

Eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere von Menschen mit geistiger Behinderung mit komplexem Unterstützungsbedarf wird immer wieder gefordert. Die regionale Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung liegt im Schnittpunkt von Gesundheitswesen und Teilhaberecht. Wohin geht die Entwicklung? Was sollen die geplanten regionalen medizinischen Behandlungszentren leisten?

Prof. Dr. Michael Seidel, Bethel.regional, Bielefeld

Nach einer Vorstellungsrunde tauschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, überwiegend aus Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe kommend, über ihre Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung einerseits, über ihre Erwartungen an die Gesundheitsversorgung andererseits aus.

Ungeachtet im Detail unterschiedlicher Erfahrungen mit einzelnen Ärztinnen, Ärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen bestand Einigkeit in der grundsätzlichen Einschätzung, das regionale Gesundheitssystem stellt bei weitem nicht im erforderlichen Umfang und in der erforderlichen Qualität die notwendigen Leistungen zur Verfügung. Diese kritische Einschätzung bezieht sich sowohl auf die hausärztliche als auch auf die fachärztliche Versorgung. Einer der Teilnehmer verwies auf eine Studie zur problematischen Versorgungslage am Beispiel Stuttgarts, die mittlerweile auch in Buchform publiziert wurde.³

³ Schäfer-Walkmann, S. et al.: Barrierefrei gesund. Sozialwissenschaftliche Analyse der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Stadtgebiet Stuttgart. Freiburg, Lambertus-Verlag 2015

Anwesende Vertreter einer großen diakonischen Einrichtung mit therapeutischen Fachdiensten – einschließlich ärztlichem Dienst – auf dem Kerngelände der Einrichtung stellten den Erfahrungen aus dezentralen Einrichtungen und Diensten ihre deutlich positiveren Erfahrungen gegenüber. Dabei spielen u. U. die Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte mit behinderten Menschen und die Einbindung in das Gesamtsystem eine positive Rolle. Kein Zweifel besteht, auf dem Hintergrund der fortschreitenden Dezentralisierung, Ambulantisierung und Sozialraumorientierung der Behindertenhilfe kommt es darauf an, dass sich überall das Regelversorgungssystem in der gebotenen Qualität um Menschen mit Behinderungen, insbesondere um Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, kümmert.

Auf dem Hintergrund zunehmender Ausdünnung der ärztlichen Versorgung und vor allem angesichts der speziellen fachlichen und organisatorisch-strukturellen Anforderungen im Hinblick auf komplexe und komplizierte Fragestellungen bei Menschen mit angeborenen oder im Laufe des Lebens erworbenen Behinderungen wird die Forderung ins Leere gehen, das Regelversorgungssystem allein möge immer und überall die vollumfängliche medizinische Versorgung leisten. Im Einklang mit den Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention muss demzufolge das medizinische Regelversorgungssystem als regelmäßig erster Ansprechpartner ergänzt werden durch spezielle Angebote. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern deshalb unter Bezug auf die positiven Erfahrungen mit den Sozialpädiatrischen Zentren seit fast zwei Jahrzehnten die Schaffung von multiprofessionell besetzten, interdisziplinär und ambulant arbeitenden Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung.

Der Moderator der Arbeitsgruppe, Prof. Seidel, erläutert, den langjährigen und vielgestaltigen Bemühungen u. a. der Fachverbände, namentlich deren gemeinsamem Arbeitskreis Gesundheitspolitik, sei es zu verdanken, dass diese Forderung zunächst im Koalitionsvertrag und nun mit einem neuen Paragraphen 119 c SGB V im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ihren Niederschlag gefunden hat. Darauf gründe sich die Hoffnung, ab Sommer 2015 könne der Weg frei sein für Träger, die solche Zentren etablieren wollen. Die Fachverbände haben inhaltliche Vorarbeiten geleistet, indem sie in einem breit angelegten konsultativen Prozess eine vorläufige Rahmenkonzeption solcher Zentren erarbeitet haben.⁴

- PROF. DR. MICHAEL SEIDEL
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SEELISCHE
GESUNDHEIT BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER
BEHINDERUNG
BIELEFELD
WWW.DGSGB.DE

⁴ Website der Fachverbände:
www.diefachverbaende.de

Psychotherapie zwischen Teilhaberecht und Recht auf therapeutische Regelversorgung

Arbeitsgruppe 15

Psychotherapie zwischen Teilhaberecht und Recht auf therapeutische Regelver- sorgung

Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen sind weiterhin vielfach von der psychotherapeutischen Regelversorgung ausgeschlossen. Auch hier befinden wir uns in einem Schnittfeld von Gesundheitswesen und Teilhaberecht. Wohin geht die Entwicklung? Wie können Ansprüche auf psychotherapeutische Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung realisiert werden?

Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe stellten sich vor, anwesend waren Kolleginnen und Kollegen, die als Einrichtungsleitungen, in Fachdiensten, in vermittelnden bzw. koordinierenden Funktionen und in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung tätig sind.

Zum Thema

Jan Glasenapp stellte einen Input vor, mit dem er niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten motiviert, Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung zu behandeln. Er beschrieb die bisherigen Schwierigkeiten und Barrieren der psychotherapeutischen Versorgung. Dabei handele es sich um inhaltliche Barrieren (Kommunikation, Interventionen, Therapeutenpersönlichkeit) wie auch formale Barrieren (räumlich, zeitlich, finanziell, Psychotherapie-richtlinien/Genehmigungsverfahren). Schwierigkeiten entstünden zudem an Übergängen / Schnittstellen, z.B. zwischen Gesundheit - Teilhabe (SGB V-IX), ambulant - stationär, Sozialrecht - Berufsrecht. Er stellte kurz Projekte und

Ideen zur Verbesserung der Teilhabe an Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung vor, z.B. im Bereich Fortbildung / Weiterbildung / Ausbildung, Aktivitäten der Psychotherapeutenkammern, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Integrierte Versorgung, 73c-Verträge, GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) und regionale Projekte (z.B. barrierefrei gesund in Stuttgart).

Ideen und Anforderungen

Folgende Ideen und Anforderungen für eine verbesserte Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Feld der Psychotherapie wurden gemeinsam diskutiert:

- Es wurde auf die Notwendigkeit verwiesen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darin zu unterstützen, Menschen mit Intelligenzminderung Zutrauen und Vertrauen entgegen zu bringen. Dabei liege der Fokus in der Behandlung im hohen Maß auf der Beziehungsgestaltung, was bedeute, sich immer wieder auch von methodischen Vorgaben zu lösen. Gleichzeitig wurden Psychotherapeuten aufgefordert, Methoden zu entwickeln und zu evaluieren, die die Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen mit geistiger Behinderung berücksichtigen.
- Es wurde eine intensive Kooperation zwischen Psychotherapeutin / Psychotherapeut und den pädagogisch tätigen Kolleginnen und Kollegen für erforderlich gehalten. Dies setze eine Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit voraus, bestehe aber nicht auf dieser, falls Klientinnen und Klienten ihr informationelles Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen und einer Informationswiedergabe widersprechen. Konkrete Modelle für eine Kooperation wurden diskutiert.
- Es wurde darauf verwiesen, immer wieder auf einschränkende Lebens-

bedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung einzuwirken, die das Risiko für psychische Störungen erhöhten. Dabei komme es auf einen gemeinsamen und wechselseitigen Lernprozess von Klient / Klientin, Therapie und Umfeld an.

- Es könne sinnvoll sein, Psychotherapie vor Ort anzubieten. Möglichkeiten hierzu von Hausbesuchen und ausgelagerten Betriebsstätten einer Praxis wurden diskutiert.
- Es wurden alternative Finanzierungsmöglichkeiten für Psychotherapie außerhalb der Regelversorgung diskutiert, z.B. Kostenerstattung bzw. über das persönliche Budget.
- Die Errichtung von MZEBs wurde kritisch diskutiert, solange deren finanzielle Ausstattung eine angemessene psychotherapeutische Versorgung nicht abdecken könne.

Die Folien zur einführenden Präsentation können bei Jan Glasenapp angefordert werden unter praxis@therapie-und-beratung.de

- DR. JAN GLASENAPP
SCHWÄBISCH GMÜND
WWW.THERAPIE-UND-BERATUNG.DE

Örtliche Teilhabeplanung

Arbeitsgruppe 17

Örtliche Teilhabeplanung

Örtliche Teilhabeplanung zielt darauf ab, Unterstützungssysteme an den örtlichen Sozialräumen auszurichten. Ausgehend von Erfahrungen der ZPE-Forschungsgruppe für Teilhabeplanung werden dazu der Reformbedarf im Teilhaberecht und Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung zur Diskussion gestellt. Wie können die lokal tätigen Akteure im Rehabilitationsgeschehen ihre Leistungen auf die Entwicklung eines inklusiven Gemeinwesens ausrichten? Welche Instrumente stehen zur Verfügung? Welchen Beitrag können Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung vor Ort dabei spielen?

Prof. Dr. Albrecht Rohrmann, Universität Siegen ZPE

Chancen einer örtlichen Teilhabeplanung

1. Das Unterstützungsangebot für Menschen mit Behinderungen mit einem hohen alltäglichen Unterstützungsbedarf ist nach wie vor durch eine Dominanz stationärer Einrichtungen geprägt. Dies steht in Spannung zu den Vorgaben insbesondere des Artikels 19 der UN-Behindertenrechtskonvention, der dem Ansatz der Inklusion folgend für ein selbstbestimmtes Leben die gleichen Wahlmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen fordert und ausdrücklich den zwingenden Verweis auf besondere Wohnformen ablehnt. Die Aussagen lassen sich in ähnlicher Weise auch auf die Lebensbereiche der Bildung, der Arbeit, der Freizeit usw. übertragen. Artikel 19 stellt in den Unterabschnitten b) und c) heraus, dass dazu auf der einen Seite dezentrale, flexible und inklusionsorientierte Unterstützungsangebote notwendig sind und auf der anderen Seite eine inklusive Infrastruktur von Diensten und Einrichtungen, die für die Allgemeinheit nutzbar ist. Um die verschiedenen Bereiche zusammenzuführen und

- nach inklusiven Prinzipien weiterzuentwickeln, bedarf es einer örtlichen Koordination und Planung, die derzeit nur sehr begrenzt stattfindet.
2. Teilhabeleistungen, die auf einem individuellen Rechtsanspruch beruhen, können zur Inklusion beitragen. Sie sind aber aus sich heraus allein nicht in der Lage, eine inklusive Infrastruktur zu entwickeln. Hierzu müssen sie im Zusammenhang mit gesetzlichen Vorgaben zur Barrierefreiheit und mit anderen Ansätzen zur Entwicklung eines inklusiven Gemeinwesens betrachtet werden. Kommunale Behindertenpolitik im Kontext kommunaler Daseinsvorsorge bietet einen Rahmen, um diese unterschiedlichen Aufgaben übergreifend zu bearbeiten.
 3. Unter Federführung der Kommunen können die relevanten Akteure zusammenwirken, um unter den jeweils spezifischen lokalen Bedingungen ein inklusives Gemeinwesen zu entwickeln. Menschen mit Behinderungen sind auf dieser Ebene oft wirksam in der Selbsthilfe organisiert und werden durch kommunale Beiräte und Behindertenbeauftragte in den kommunalen Strukturen vertreten. Dies bietet gute Voraussetzungen, um kommunale Teilhabeplanung partizipativ und lernorientiert zu gestalten.
 4. Auf lokaler Ebene können die Leistungen der unterschiedlichen Rehabilitationsträger, die Unterstützungsangebote im Bereich der Behindertenhilfe und andere Angebote, die von Menschen mit Behinderungen genutzt werden, in ihrem Zusammenwirken beobachtet werden, um daraus Schlussfolgerungen für eine Verbesserung zu ziehen. In einem lokalen Planungsprozess können die Erkenntnisse aus der individuellen Planung von Hilfen für die Entwicklung von Diensten und einer inklusiven Infrastruktur in den Blick genommen werden.

5. Eine lokale Koordination der Hilfen kann das Zusammenspiel von Hilfen in den Blick nehmen, die gleichzeitig oder in unterschiedlichen Phasen des Lebenslaufs in Anspruch genommen werden. Dadurch können insbesondere in Situationen von Übergängen im Lebenslauf Brüche und Schwierigkeiten vermieden werden.
6. Unabhängig von der Zuständigkeit für und den unterschiedlichen Interessen an Beratungsangeboten ist es möglich, auf lokaler Ebene eine Vernetzung zwischen den verschiedenen Stellen herzustellen, um eine für potenzielle Nutzer übersichtliche und wirksame Beratungslandschaft zu entwickeln.

Literaturhinweis: Rohrmann, Albrecht; Schädler, Johannes u.a (2014): Inklusives Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe. Hg. v. Ministerium für Arbeit Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS) Ministerium für Arbeit. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/inklusive-gemeinwesen-planen-final-pdf/von/inklusive-gemeinwesen-planen-eine-arbeitshilfe/vom/mais/1638>, zuletzt geprüft am 29.06.2014.

■ PROF. DR. ALBRECHT ROHRMANN
UNIVERSITÄT SIEGEN
ZENTRUM FÜR PLANUNG UND EVALUATION
SOZIALER DIENSTE (ZPE)
WWW.UNI-SIEGEN.DE/ZPE

Case Management und Teilhabeplanung

Arbeitsgruppe 18

Case Management und Teilhabeplanung

Menschen mit geistiger Behinderung mit komplexem Unterstützungsbedarf benötigen vielfach Hilfen aus unterschiedlichen Unterstützungssystemen. Case Management will Systemgrenzen für eine passende Unterstützung überwinden. Was kann Case Management zur Planung und Umsetzung individueller Teilhabe beitragen?

Prof. Dr. Gudrun Dobslaw, Fachhochschule Bielefeld

Zum Handlungskonzept Case Management

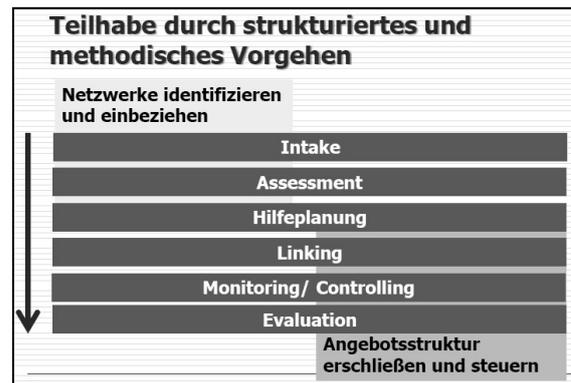
Der Einsatz von Case Management ist sinnvoll, wenn eigene und informelle Hilfen aufgrund der Komplexität der Probleme nicht mehr greifen oder wenn das Versorgungssetting mit den unterschiedlichen Professionen zu komplex ist, nicht verstanden werden kann oder eigene Handlungskompetenzen fehlen.



Case Management als Handlungsansatz basiert u.a. auf der Konzeption der Lebensweltorientierung nach Thiersch mit einer hohen Wertschätzung für die Lebensentwürfe der Klient*innen. Deshalb werden neben professionellen Dienstleistungen immer auch informelle Netzwerke

in den Unterstützungsprozess mit einbezogen.

Mit dem Case Management wird das Ziel verfolgt, die Selbstverantwortung der Klient*innen zu unterstützen (Empowerment), die Case Manager*innen verstehen sich in der Rolle des Anwaltes, die Interessen der Klient*innen stehen immer im Mittelpunkt.



Case Management beinhaltet darüber hinaus immer ein strukturiertes und methodisches Vorgehen, von der Kontaktaufnahme über das Assessment und die Hilfeplanung zur Akquise und Verknüpfung von Unterstützungsleistungen und deren Kontrolle.



Case Management würde sich als ein verbindliches Verfahren und Handlungskonzept für die Teilhabeplanung anbieten.

Zusammenfassung der Diskussion

Es werden eine Reihe von Kritikpunkten an der bisherigen Praxis der Teilhabeplanung und Umsetzung der Planung geäußert, dazu gehören u.a., dass

- Teilhabeplanungen immer interessegeleitet sind, weil jede Teilhabeplanung die potenzielle Akquise neuer Klient*innen beinhaltet,
- die verbindliche und abgestimmte Koordination von Dienstleistungen schwierig ist, sowohl Organisationsintern, vor allem aber auch Organisationsübergreifend.

Der Einsatz von Case Management wäre dann sinnvoll, wenn es in der regionalen Versorgung gelänge, Teilhabeplanung unabhängig von Dienstleisterinteressen zu organisieren und mit Entscheidungskompetenzen auszustatten. Auch die Finanzierung einer auf dem Konzept Case Management aufsetzenden Teilhabeplanung müssten regional geklärt werden.

Dann böte die Einführung von Case Management eine Verbesserung von Teilhabechancen in den Lebensbereichen der Betroffenen:

- Case Management böte eine unabhängige Beratung.
- Unterstützungsleistungen könnten unabhängig von Dienstleistern und „all-inclusive“-Lösungen im Sinne der Klient*innen unter Einbindung der sozialen Netzwerke organisiert werden.

- Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf könnten von einer kontinuierlichen Begleitung und der Übersetzerfunktion von Case Management profitieren.
- Durch die konzeptionelle Ausrichtung von Case Management böte sich die Möglichkeit einer kritischen Auseinandersetzung mit einer an Defiziten ausgerichteten Planung.
- Das Verfahren wäre vorgegeben, nicht die Instrumente würden den Ablauf der Teilhabeplanung dominieren (Stichwort: „ich muss noch den Hilfeplan xy schreiben“); innerhalb der Verfahrensschritte müsste entschieden werden, welche Instrumente sinnvollerweise Berücksichtigung finden.

- PROF. DR. GUDRUN DOBSLAW
FACHHOCHSCHULE BIELEFELD
WWW.FH-BIELEFELD.DE



Wie kann die Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf gesichert werden?

Zusammenfassung der Aussagen der Teilnehmer_innen des Podiumsgesprächs von Monika Seifert, Berlin

Teilnehmer_innen

- *Susanne Göbel*, selbstständig tätig („Klarsicht“), u. a. im Bereich Persönliche Zukunftsplanung und personenzentriertes Denken und Handeln, und Koordinatorin von ISL-Empowerment-Schulungen, Kassel; heute auf dem Podium als „Sprachrohr“ für Martin Hackl, Bewohner einer Komplexeinrichtung in Bayern, wegen Erkrankung nicht anwesend;
- *Norbert Müller-Fehling*, Geschäftsführer des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen, Düsseldorf;
- *Matthias Rösch*, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung in Rheinland-Pfalz, Mainz

- *Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann*, Leitender Arzt und Mitglied der Geschäftsführung des Rehabilitationszentrums Bethesda, Kreuznacher Diakonie, und Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, Bad Kreuznach
- *Prof. Dr. Michael Seidel*, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) und des Arbeitskreises Gesundheitspolitik der Fachverbände für Menschen mit Behinderung, bis Ende 2014 Ärztlicher Direktor von bethel.regional, Bielefeld;
- *Dr. Monika Seifert*, Vorsitzende der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft, bis 2010 Gastprofessorin an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

Moderation: *Rudi Sack*



Leitfragen

Zielsetzung der Fachtagung war, die Anforderungen an ein modernes Teilhaberecht zu präzisieren, das den Bedürfnissen von Menschen geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf Rechnung trägt. Im abschließenden Podiumsgespräch wurden wesentliche Eckpunkte aus der Perspektive von Verantwortungsträgern aus dem Feld der Behindertenhilfe und der Fachverbände sowie aus der Sicht eines Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung thematisiert. Im Fokus standen strukturelle, versorgungspolitische und leistungsrechtliche Fragen sowie Möglichkeiten der Partizipation von Menschen mit schweren Behinderungen an Hilfeplanungsprozessen und in sozialpolitischen Gremien.

Die Beiträge orientierten sich an den Leitfragen der Tagung:

- Wie können in den jeweiligen Lebensbereichen und Lebenslagen Teilhabechancen weiter entwickelt werden?
- Welche teilhaberechtlichen Anforderungen ergeben sich daraus für die Reform der Eingliederungshilfe einschließlich der Schnittstellen zu anderen Bereichen des Leistungsrechts?
- Welche fachlichen und leistungsrechtlichen Anforderungen gelten besonders für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf?

Einstieg: Botschaften von Martin Hackl

Herr Hackl lebt seit seiner Kindheit in einer Komplexeinrichtung. Er ist schwer mehrfach behindert und kann nur unterstützt kommunizieren. Die DHG hatte ihn zur Durchführung einer Arbeitsgruppe zum Thema „Teilhabewünsche selbst artikulieren“ eingeladen, mit Unterstützung von Frau Göbel und seiner Kommunikationsassistentin, Frau Stubenvoll. Leider ist er zwischenzeitlich schwer erkrankt, so dass er seine Teilnahme absagen musste. Frau Stubenvoll kennt Herrn Hackl seit 37 Jahren, davon rund 30 Jahre als Mitarbeiterin der Einrichtung, in der er lebt. Seit Beendigung ihrer Arbeit dort begleitet sie ihn als Kommunikationsassistentin.

Frau Göbel liest – mit Zustimmung von Herrn Hackl – einige Texte von ihm zum Tagungsthema vor, die zwischen 2006 und Dezember 2014 (Ausbruch seiner Erkrankung) entstanden sind und auch Veränderungen seiner Sichtweisen in diesem Zeitraum dokumentieren. Während der Podiumsdiskussion wurde ein Foto von ihm an die Wand projiziert.



Sommer 2006

„morgen packe ich mich wieder in die einrichtungswundertüte

das heisst leben mit zwei lange entstandenen ichs. ein ich lebt die pläne die für mich geschrieben sind. ein ich benutzt die pausen um die fehler auszubessern die mich verändern. deshalb sind die langen leeren zeiten wichtig.

ich rechne

4 stunden täglich damit ich überlebe – essen und pflege

1 stunde täglich mit schweigsamen wohnern – ich stehe irgendwo zufällig rum

1 stunde fördern was meinem körper gut tun soll – ich liege irgendwie herum

1 stunde täglich bildung durch fernsehroutlette und alte zeitungen– zufall heisst was mir die mitarbeiter wie lange überlassen

20 minuten täglich direkt angesprochen sein – das tust du, man fragt mich ohne chance auf antwort.

der rest ???

ein kalendertag hat 24 stunden.

meine arbeit passiert in den leeren zeiten – ich denke, ich plane lebensmöglichkeiten, ich träume. im leben draussen werden viele menschen genau dafür hoch bezahlt. ich bringe die ergebnisse nie gewinnbringend ein keiner hat etwas davon für den sozialstaat bin ich ein minusposten.

ich lebe gerne sogar in der einrichtung und ich liebe die mitarbeiter die sich um mich sorgen. heimat ist ein grosser begriff. ich bin im heim zuhause.

für mich Sorge ich wenn ich denke plane und träume. ich brauche neuen denkstoff. dafür könnten menschen draussen sorgen.

immer nur einrichtung setzt ständig das gleiche gedankenkarussell in bewegung. ein volksfest mit nur einem karussell ist langweilig oder? achterbahn riesenrad schiessbuden und schiffschaukeln nicht zu vergessen geisterbahn und spiegelkabinett geben einem volksfest die richtige stimmung. in bayern braucht es auch das bierzelt unbedingt.

ich lese gerne. meine post bekomme ich gezeigt. antworten ist nur selten möglich weil die einbahnstrasse kommunikation in der einrichtung noch nicht in beide richtungen geöffnet ist. aber verkehrsplanungen und strassenführungen ändern sich manchmal."

März 2009:

„wer hier lebt erlebt auch den stress. ich beobachte gut wieviel last die täglich haben. die last ist intern. man möchte entlasten. meine

lösung ist mathematisch. mehr personen mehr arbeit. ich versuche arbeit zu ersparen. kunst ist jederzeit neu überlegen ob ich zufrieden bin.

kennst du jemand, der mit öffentlichem ängstepotential umgehen kann? nur die ängste der [Mitarbeiter] sind das problem. lernte oft leid entsteht nicht wegen meiner angst. nur ich liebe die hoffnung auf änderung nicht die profis."

Oktober 2009:

„mein rollstuhlleben habe ich damals [im Sommer 2006] zum 1. Mal fremden erzählt. mochte den text einrichtungswundertüte damals gerne aber beurteilung im heim war negativ.

mutig bin ich aber sind sie tolerant? jeder hat mehrere blickwinkel. das ist nur einer von vielen.

mit mir ist vieles passiert seit damals. bin ein anderer geworden seit kontakt nach draussen sicher ist.

mit kontrast üblich bedenke ich lücken im leben bilden sich wenn ordnung plötzlich zerbricht. unterwegs zum kommunikationsmenschen hab ich viele lücken erlebt. üble und gute. öfter gute weil nachdenken erst möglich ist für mich wenn ich nix zu tun habe. locker plaudern hat priorität. ich mag viel hören was ich nicht selber tun kann. oft nur luftig den anderen kennenlernen.

mir ist das superwichtig dass pädagogen lernen wie man programm im alltag spassbringend verpackt. Ich will spass im leben ungeplant erleben.

Kein termin ist besser als fröhlichkeit im richtigen moment und zorn und ärger wenn man ihn verdient hat. leben mit gefühl eben.

ich sagte immer planung ist ein mörder. mörder gehören hinter gitter. und lästige planer dazu. ich möchte pläne niemals sehen und denken können. ich lebe spontan nicht organisiert.

wünsche kommen von innen, aber etwas einfach nur zu wollen, kommt oft aus dem ablauf und ist angepasst an die bedürfnisse der wohngemeinschaft. erwarte zusätzlich angebote draussen.

ich bin stundenlang beim beobachten nur [Mitarbeiter] können nicht arbeiten und beobachten. es passiert nie was ohne grund. alle handeln ehrlich. zuerst war [bei mir] heillosen zorn und gebrüll. ignoranz der pflegemitarbeiter gegenüber gebrüll liess mich

verstummen. ich war beleidigt ziemlich lang. als ich eingefügt war fingen sie an mich zu mögen. dann erst war ich freiwillig geduldig."

Juni 2012:

„ich denke mein leben ist nie meins gewesen. ich will es finden. öfter behalten was gut ist und niemand kann mir das nehmen. aber wegwerfen können was ich nicht mehr will. aber die anderen halten daran fest."

März 2014:

„nicht suchen muss man die vielfalt sondern wahrnehmen und akzeptieren. das ist inklusion. jedem zuteilen was ihn glücklich macht. kennenlernen ändert die fremdheit aber nicht das anderssein. mit genügend respekt angesprochen werden. ich sage einer der behindert aussieht ist genauso wichtig wie angela merkel.

für intern gibt es viele lösungen mal schlecht mal gut. lohnt es die politik zu informieren dass inklusion hier bedeutet jedem einen lehrer zu geben der ihm das leben lehrt?

monate sind hier wie jahre. ich teste was. lohnt sich es anzufangen oder nicht. ich beginne immer neu. ohne zuversicht ist leben eine tagesgeschichte und muss darum stets fordernd sein. werten hat keinen sinn für mich. ich kann nur jeden tag meine gefühle abends abhaken. herrlich bereit sein ist meine aufgabe im leben und den augenblick nutzen.

bedenkt alle was passiert wenn ich jemandem nicht erlaube zu mir zu kommen. ich muss es erlauben sonst hassen sie mich als arrogant und stur. verachtet werden kann man sich im heim nicht leisten.

ich bin nicht überall dabei. ich möchte öfter dabei sein wenn die mitarbeiter diskutieren. es geht um mein leben hier."

Dezember 2014:

„nur mich ruhig finden sie eine lobenswerte arbeit. wenn ich lebendig sein durfte ist der übermut nicht zum bremsen gekommen. ich war entwürdigt ob ich so oder so war. da ist träumen die lösung. wer träumt kann nicht aussprechen was er im leben will! grund genug sich nicht menschlich zu fühlen."

Teilhabe fördernde personenzentrierte Unterstützung

Frau Göbel, Moderatorin im Feld der Persönlichen Zukunftsplanung, hält es für wichtig, dass Professionalität im Umgang mit Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf auch den Aufbau und das Leben von Beziehungen umfasst: „Es ist für mich nicht immer Professionalität, Distanz zu haben, weil damit mache ich Menschen kaputt, gerade wenn jemand sehr wenig Menschen in seinem Leben hat.“ Solche längerfristigen „ehrlichen“ Beziehungen sollten institutionell gewürdigt und unterstützt werden, z. B. ein persönlicher Unterstützungs- und Freundeskreis. Politisch sei ein unabhängiges Case-Management und der Anspruch auf ein Angebot der Zukunftsplanung als eine freiwillige Möglichkeit, über sein Leben nachzudenken oder Freundeskreise aufzubauen, zu verankern. „Aber das Wichtigste ist eigentlich, dass wir – und da ist mir egal ob ich Profi, Familienangehöriger oder wer auch immer bin – dass wir kein „Wir und Jene“-Denken haben [...], dass wir das ersetzen durch eine Sprache von uns allen.“



Solange wir, die wir denken, dass wir diesen Personenkreis unterstützen und uns Inklusion für ihn wünschen und einfordern, solange wir, in unserer Nachbarschaft, in unseren Vereinen, in unseren Gemeinden, in unserem Freundeskreis, keine Menschen haben, die wie

Martin sind [...], solange wir das noch nicht haben und als natürlich sehen – wie wollen wir das denn von der Gesellschaft und von anderen einfordern? [...] Es ist nicht der Mensch mit dem komplexen Unterstützungsbedarf, sondern Martin, der einen unglaublichen Humor hat und gerne Italienisch essen geht, mit dem es Spaß macht wegzugehen.“

„Restgruppen“ in „Resteinrichtungen“?

Als Vertreter einer GroBeinrichtung bestätigt *Herr Dr. Schmidt-Ohlemann*, Leitender Arzt der Kreuznacher Diakonie, die Gefahr, dass Menschen mit hohem Hilfebedarf im Kontext von Dezentralisierungs- und Ambulantisierungsprozessen als „Restgruppen“ in den Institutionen verbleiben. Er gibt aber zu bedenken, dass die Begriffe auch von Gegnern der Inklusion genutzt werden, „indem man sagt, wenn man möglichst viele Leute mit etwas geringerem Unterstützungsbedarf ausziehen lässt, dann schafft man ja eine Restgruppe, das dürfe man nicht“. Zum andern sei die skizzierte Entwicklung zur „Resteinrichtung“ nicht so zwangsläufig wie oft dargestellt.



Zwar werden die ambulanten Unterstützungsangebote überwiegend Menschen mit geringerem Unterstützungsbedarf gemacht, man müsse das jedoch nicht akzeptieren, es gebe Gestaltungsspiel-

räume. So wurde zum Beispiel im Rahmen des Dezentralisierungsprozesses der Kreuznacher Diakonie eine feste Vereinbarung mit dem Land Rheinland-Pfalz getroffen, „dass die Schwere der Behinderung überhaupt nicht entscheidend dafür ist, ob jemand in eine dezentrale Einrichtung, die weit woanders liegt als die Kerneinrichtung, umziehen kann oder nicht. Das heißt, es ist durchaus möglich, dafür zu sorgen, dass auch Leute mit sehr hohem Unterstützungsbedarf auch in dezentralere, kleinere Einrichtungen umziehen.“

Eine Schließung von Zentraleinrichtungen hätte nach Meinung von *Herrn Dr. Schmidt-Ohlemann* für viele Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf zur Folge, dass sie in die Altenhilfe abwandern. „Wir haben uns inzwischen bemüht, mit der Heimaufsicht einen Kontrakt herzustellen, dass grundsätzlich Leute unter 60 zunächst mal nicht in die Einrichtungen der Altenhilfe gehören, und das scheint sich so langsam zu bewähren, das heißt, dort wird aktiv dagegen gesteuert.“ Das sei jedoch nicht selbstverständlich, wie die Erfahrung mit einer benachbarten Altenhilfeeinrichtung zeige, die junge Leute mit Schädelhirntrauma aufgenommen habe.

Leben in der Gemeinde – strukturelle Herausforderungen

Nach Einschätzung von *Frau Dr. Seifert*, Vorsitzende der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG), verlaufen die Dezentralisierungsprozesse in den GroBeinrichtungen sehr unterschiedlich. Nicht überall würden Menschen mit schweren Beeinträchtigungen selbstverständlich Wohnmöglichkeiten in der Gemeinde zugestanden, abhängig vom Denken, das die Handlungsstrategien der Einrichtung prägt. Fehlende Motivation zur Veränderung tradierter Strukturen könne sich nachteilig auf die Gestaltung gemeindeintegrierter Wohnsettings für diesen Personenkreis auswirken.

Inklusion dürfe nicht allein auf der strukturellen Ebene realisiert werden, durch Schaffung von Wohnangeboten in der Gemeinde. Im Kern gehe es um die soziale Einbindung, die zu fördern für Mitarbeitende aus großen Einrichtungen meist ein ungewohntes Aufgabenfeld sei. „Ich habe manchmal den Eindruck, dass sie auch nicht ausreichend vorbereitet in die Gemeinden gehen, dass die sozialräumlichen Bedingungen nicht vorab erkundet und hinsichtlich ihrer Passung für den Personenkreis bewertet wurden: Was gibt es an Angeboten? Wo müssen wir uns engagieren? Wo müssen wir Kooperationen eingehen? Nur so kann die Einbindung in die Gemeinde gelingen. Meine Idealvorstellung ist, nicht länger Einrichtungen zu schaffen, in denen nur Menschen mit hohem Hilfebedarf leben, die von Außenstehenden nicht als Nachbarn wahrgenommen werden, sondern Wohnangebote, die unterschiedlichen Hilfebedarfen Rechnung tragen, zum Beispiel eine Gruppe mit schwerer behinderten Menschen, eingebunden in eine Hausgemeinschaft. [...] Das muss die Richtung sein. Und wenn wir viele solche Beispiele schaffen, dann hat die Bevölkerung endlich die Chance, auch diesen Personenkreis kennenzulernen, auch wenn er auffällige Verhaltensweisen zeigt.“



In diesem Zusammenhang müsse der Blick auch auf jene Menschen mit schwe-

ren Behinderungen gerichtet werden, die aus den Familien kommen und einen geeigneten Wohnplatz suchen. Immer noch werde nach dem Prinzip der Platzierung aus der „Kompetenzperspektive“ verfahren (im Sinne von „deine Fähigkeiten entscheiden darüber, wie du leben kannst“), nicht nach der „Bürgerperspektive“, die besagt, dass jeder das Recht hat, so zu leben, wie er möchte, vergleichbar mit anderen Bürgerinnen und Bürgern. Das Teilhabeparadigma und das Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich der Wohnform gelten für alle, unabhängig von Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs. Der gegenwärtige Mehrkostenvorbehalt stehe der Verwirklichung dieses Rechts entgegen und sei im neuen Teilhaberecht abzuschaffen.

Regionale Versorgung

Herr Dr. Schmidt-Ohlemann sieht in der Verfügbarkeit von speziellen Diensten eine wichtige Voraussetzung für das Leben von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf in der Gemeinde. Bislang sei es noch nicht gelungen, sie flächendeckend dort bereitzustellen, wo sie benötigt werden: „Wir stehen also vor der Frage der Organisation von Fachdiensten, und wir haben uns bemüht, zum Beispiel im gesundheitlichen Bereich, im Bereich der speziellen Rehabilitationspflege und auch der Therapien, immer dafür zu sorgen, an jedem Standort ziemlich das gleiche Angebot vorzuhalten, wie es auch in der Zentrale sozusagen möglich war. Das ist ein erheblicher logistischer Aufwand, das kostet Geld, und es setzt noch einmal eine ganz andere Planung voraus, nämlich: Wie mache ich das, wenn das 100 Kilometer weiter weg ist?“

Also das ist eine entscheidende Frage: Gelingt es uns, die Fachlichkeit in die Peripherie zu bringen? Denn darauf sollte jemand nicht verzichten müssen. Das muss man sich auch klar machen: Wenn jemand in guter Nachbarschaft lebt, dann heißt das noch lange nicht, dass er

deswegen bestimmte fachliche Unterstützung nicht benötigt. Denken Sie an das Beispiel der Unterstützten Kommunikation, der gezielten Hilfsmittelversorgung, und so weiter und so fort. Wenn wir die Möglichkeit der Erhaltung oder Verbesserung der Optionen für Teilhabe ernst nehmen wollen, dann müssen wir quasi diesen Anteil mit bedenken.“

Unabhängig von der Gestaltung geeigneter Lebensräume in der Gemeinde sollten angesichts einer zunehmend unübersichtlicher werdenden Welt, die nicht nur bei Menschen mit Behinderung Ängste auslöse, die Möglichkeiten von Großeinrichtungen zur Reduzierung der Komplexität nicht außer Acht gelassen werden und bei der Wahl des Wohnorts Berücksichtigung finden: „Man kann ja sagen, was man will, gegen Großeinrichtungen – sie stellen auch eine Möglichkeit der Komplexitätsreduktion dar. Ich will das jetzt bitte nicht als Apologie verstanden wissen, aber wenn wir personorientiert denken wollen, müssen wir auch das in den Blick nehmen.“

Gesundheitspolitische Konsequenzen

Herr Prof. Seidel, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSG), stellt die derzeit mangelhafte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf im Sozialraum in den Mittelpunkt. So hätten sich Anfang der 1990er Jahre manche Mitarbeitende in großen Behinderteneinrichtungen, so auch in Bethel, für eine Abschaffung der kostenintensiven Fachdienste ausgesprochen. Man glaubte, die notwendigen Unterstützungsleistungen von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Regelversorgungssystem bekommen zu können. Die tatsächlichen Erfahrungen mit dem Regelversorgungssystem, das vor allem nicht auf die Gruppe der schwer und komplex behin-

derten Menschen eingestellt ist, sind oft andere: „Wir haben ja nicht geahnt, wie schwer es ist, in den dezentralen Standorten und unter den Bedingungen der Ambulantisierung die notwendigen Hilfen zu organisieren. Wir bekommen keinen richtigen ärztlichen Kontakt, wir bekommen keine ausreichende fachärztliche Versorgung, wir kriegen keine Psychotherapie in dem Umfang, wie sie notwendig ist, wir kommen nicht an die umfassende Physiotherapie und so weiter ran.“



Die bisherigen Anstrengungen der ärztlichen Landesorganisationen der Ärzte, namentlich der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen, zur Verbesserung der Situation zeigen bislang erst noch wenig Wirkung, „weil diese Versorgung komplex, schwierig, sehr aufwendig ist und nicht aufwandsgerecht vergütet wird“. Viele einschlägige Fort- und Weiterbildungsangebote gehen ins Leere, weil es bei vielen Ärztinnen und Ärzten noch nicht angekommen ist, dass sie auch für behinderte Patienten da sein und sich darauf fachlich vorbereiten müssen. Das heißt, nicht nur die Motivation müsse gestärkt werden, auch die in der Gesundheitspolitik und in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens verantworteten Bedingungen seien unterschieden zu verbessern.

Herr Prof. Seidel fordert, das medizinische Regelversorgungssystem zu qualifizieren und strukturell, organisatorisch und finanziell besser aufzustellen, um Menschen mit besonderen Hilfebedarfen gerecht zu werden. Notwendig seien in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren regional ausgerichtete medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, wie sie in § 119c des Gesetzentwurfs zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen sind.

Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

Herr Müller-Fehling, Geschäftsführer des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen, stellt klar, dass das bisherige System der Behindertenhilfe dahingehend weiterzuentwickeln ist, dass Menschen mit überschaubarem Unterstützungsbedarf und mit komplexem Unterstützungsbedarf in einem einheitlichen System der Eingliederungshilfe ihre Teilhabe und Selbstbestimmung realisieren können. Eine grundlegende Forderung der Fachverbände zielt auf die Sicherung der Beratung und Unterstützung im Prozess der Ermittlung und Feststellung des Hilfebedarfs: „An dieser Stelle werden sich die Reformbemühungen messen lassen müssen. Ich kann nicht auf der einen Seite sagen, wir stimmen überein, dass wir ein partizipativ ausgerichtetes Bedarfsfeststellungsverfahren haben wollen, aber die Verhältnisse das eigentlich gar nicht ermöglichen. Deshalb muss die Seite, die am schwächsten ist, und das ist nun mal die Seite behinderter Menschen, dadurch gestärkt werden, dass sie Beratung und Unterstützung erfährt. Das ist für uns ein ganz zentraler Punkt.“

Als weiteren Aspekt nennt *Herr Müller-Fehling* den Bereich Pflege/ Eingliederung. Für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf sollten im künftigen

Konzept der ambulanten Versorgung neue Elemente aufgenommen werden, die bei gleichbleibender Grundstruktur Versorgungssicherheit herstellen. Dabei sei die Verknüpfung von Pflege und Eingliederung so zu gestalten, dass sie auch lebensweltlich erbracht werden kann: „Die Vorstellung, dass für die eine Verrichtung ein Pflegedienst rangeschafft werden muss, während die Unterstützung zur Teilhabe von jemand anders erbracht wird, dass Leistungserbringungsbedingungen, Dokumentationsverpflichtungen aneinander vorbeilaufen, also diese Vorstellung ist mir, wenn ich mir die Alltagsgestaltung, das Leben in einer Wohngruppe oder auch von einem Menschen mit schweren Behinderungen anschau, unerträglich.“



Für diejenigen, die schon jetzt mit den beiden Systemen nebeneinander zu-recht kommen, solle das auch zukünftig möglich sein, für die anderen sei ein integriertes Konzept zu entwickeln: „Das kostet heute das Geld der Sozialhilfeträger und morgen Geld der Pflegeversicherung. Im Koalitionsvertrag ist festgeschrieben, dass die Beiträge der Versicherten nicht zur Entlastung der Sozialhilfeträger eingesetzt werden sollen. Das heißt, die Pflegeversicherung wartet nicht darauf, dass ihnen 120.000 Menschen mit einer Pflegestufe – zukünftig werden es noch mehr sein, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umge-

setzt wird – als zusätzliche Leistungsempfänger ins Haus gestellt werden. Das wird nur funktionieren, wenn der Bund mit Steuergeldern die Pflegeversicherung in die Lage versetzt, diese zusätzlichen Leistungen in einer Größenordnung von rund 1,5 Milliarden Euro zu erbringen. Nur so wird ein integriertes Konzept von Eingliederungshilfe und Pflege ermöglicht werden können.“

Partizipation der Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf

Hinsichtlich der Funktion von Behinderterbeauftragten im Kontext der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht sieht Herr Rösch, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung in Rheinland-Pfalz, seine Tätigkeit im Kontext zweier Rollen, die er in seiner Person integriert. Als selbst Betroffener kenne er die Abhängigkeit, die den Lebensalltag von Menschen mit hohem Hilfebedarf prägt, auch aus seiner eigenen Situation, da er auf Grund seiner Behinderung auf Assistenz angewiesen ist. Zugleich habe er als Beauftragter für die Belange von Menschen mit Behinderung die Aufgabe, sich für die selbstbestimmte Lebensführung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einzusetzen: „Natürlich weiß ich, dass es von den Rahmenbedingungen abhängt, inwieweit ich selbstbestimmt leben kann und ob diese Abhängigkeiten für mich wirksam werden oder nicht. Das sind die beiden Rollen und Funktionen, die ich auch spüre. Aber das ist auch eine Sache der Kommunikation – die Kommunikation von Seiten der Menschen mit Behinderung und dem Umfeld in Politik, in Verwaltung hinein, aber auch Sachen erklärbar machen, wie Verwaltung, wie Politik denkt, und wie die Rahmenbedingungen auch ein Stück weit sind, auch zu den betroffenen Menschen hin.“

Er erwähnt Dezentralisierungsprojekte der Kreuznacher Diakonie im Hunsrück,

bei denen es gelungen sei, den Gesamtkontext mit seinen Chancen und Herausforderungen in den Blick zu nehmen, zum Beispiel den demografischen Wandel: „Da macht sich jede Gemeinde im Hunsrück ein Stück weit Gedanken: Wie kriegen wir unsere Versorgung, vom Einzelhandel über die gesundheitliche bis zur Mobilität, überhaupt hin? Ein anderes Dezentralisierungsprojekt, was ich hoch spannend finde, von der Kreuznacher Diakonie, findet in Mainz-Gonsenheim statt: Mitten im Quartier, vollkommen gemischte Wohnformen, Behinderte und Nichtbehinderte, Familien, Junge, Alte und so weiter, wohnen zusammen in einer Struktur, wo es alles Mögliche gibt in der Umgebung, auch barrierefreie Strukturen – das sind ganz andere Voraussetzungen.“

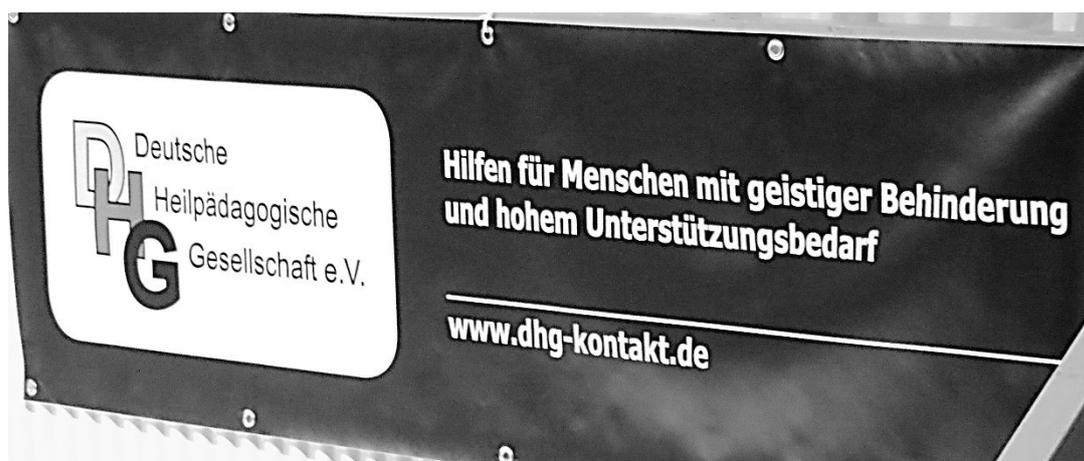


Von zentraler Bedeutung sei die Frage, auf welche Weise Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf ihre Interessen artikulieren können: „Natürlich machen wir uns auch im Landesbehindertenbeirat mit 55 Mitgliedern (da ist alles dabei – Wohlfahrt, Träger, Selbstvertretung) Gedanken und fassen Beschlüsse und haben auch ein Grundsatzpositionspapier gebilligt zu Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, wo das sehr gut beschrieben ist, auch was die Bedarfe sind, um welche Personen es geht, was es für Hilfebedarfe sind. Aber wenn es nach außen kommuniziert wird und in die Poli-

tik, dann weiß man nicht: Wer spricht hier mit welchen Interessen? Sind es die Einrichtungsträger, die ein Stück weit auch für ihre strukturellen Interessen sprechen? Natürlich sind die Elternverbände stark, aber da weiß man nie: Wo ist da gerade die Rolle, wo sind die Interessen, die hier gerade artikuliert sind (das, was die Elternrolle ist, oder das, was die Bedarfe der Menschen mit Behinderungen sind)? Hier ist viel mehr darauf zu schauen und die Kommunikation zu ermöglichen.“

Herr Rösch plädiert für die Aufnahme der Persönlichen Zukunftsplanung in die individuelle Teilhabeplanung von Menschen mit Beeinträchtigung, von denen gesagt wird, dass sie ihre Interessen nicht selbst vertreten können. „Wir müssen das noch stärker ermöglichen, dass Menschen, die wir nicht so hören können, die nicht auf die übliche Weise, wie wir es gewohnt sind, ihre Interessen vertreten können, dass die zur Sprache kommen.“

Und deswegen brauchen wir viel mehr von diesen Statements in den verschiedensten Gremien oder bei Fachtagungen, wie wir sie eben am Anfang von Susanne Göbel gehört haben, [...] nämlich aus der Perspektive, aus quasi einem Sprachrohr von Menschen mit Beeinträchtigung, die wir sonst nicht wahrnehmen, die man nicht hört in den Gremien. Das zu hören ist so wichtig.“



DHG-Preis: Arbeit ist Vielfalt Präsentation der DHG-Preisträger¹

Presseerklärung vom Januar 2014

DHG-Preis

Arbeit ist Vielfalt!

Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit spezifischem Unterstützungsbedarf

Vier Preisträger ausgezeichnet

Arbeit und Beschäftigung haben im Leben jedes Menschen eine zentrale Bedeutung. Bei Menschen mit geistiger Behinderung steht dabei nicht die wirtschaftliche Verwertbarkeit im Vordergrund. Es geht vielmehr um Sinn erfüllende und Sinn gebende Tätigkeiten – häufig in unterstützender Kooperation mit anderen durchgeführt. Arbeit und Beschäftigung vertiefen, erweitern und prägen die Auseinandersetzung einer Person mit ihrer sozialen und kulturellen Umwelt. Sie stiften soziale Beziehungen, Identität und Sinn und sind eine Quelle von sozialer Anerkennung und gesellschaftlichem Status.

Der DHG-Preis „Arbeit ist Vielfalt“ würdigt innovative Projekte, die sich auf erwachsene Menschen mit spezifischem Unterstützungsbedarf beziehen und die eine auf Arbeit und Beschäftigung ausgerichtete Teilhabe am Arbeitsleben dieses Personenkreises fördern und bereits in die Praxis umgesetzt haben.

Die Verbindung von arbeitsweltbezogener Tätigkeit mit dem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Anerkennung ist für diesen Personenkreis nur unter erschwerten Bedingungen einzulösen. Dem kann entgegengewirkt werden, wenn Arbeit als Prozess begreifbar und gestaltbar wird, der sowohl geistig-mentale als auch praktische und gegenstandsbezogene Anteile integriert.

Die Rahmenbedingungen der Beschäftigung müssen dem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechend gestaltet sein. Dies erfordert auch im Alltag von Einrichtungen und Organisationen sowie an unterschiedlichsten Arbeitsplätzen eine Verständigung über einen Arbeitsbegriff, der Arbeit als Vielfalt versteht und entsprechende Arbeitsmöglichkeiten und Teilhabechancen vorsieht. Sinnerfüllte Arbeit und Beschäftigung von Menschen mit spezifischem Unterstützungsbedarf erfordern individuelle Rahmenbedingungen und kreative Umsetzungsideen.

Die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft suchte gute Umsetzungsbeispiele wie z.B.

- innovative Projekte zur Gestaltung von Arbeits- und Beschäftigungsplätzen
- Beispiele aus den Bereichen berufliche Bildung und Weiterbildung
- Beispiele aus dem Bereich arbeitsbegleitende Maßnahmen
- Arbeits- und Beschäftigungsangebote, die soziale und kulturelle Beziehungen ermöglichen

¹ Eine Dokumentation zu den mit DHG-Preisen ausgezeichneten Projekten ist als eigene DHG-Schrift geplant.

- Arbeits- und Beschäftigungsangebote, die den gesellschaftlichen Austausch, das Zusammenarbeiten, die Begegnung und das Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderung ermöglichen
- individuelle Arbeits- und Beschäftigungsangebote, die ggf. auch durch eine besondere Gestaltung sonst ausgegrenzten Personen die Aufnahme von Arbeitstätigkeiten ermöglichen

Jury:

Prof. Dr. Iris Beck, Universität Hamburg

Dipl.-Soz. Päd. Ursula Riebeling, Hamburg

Dr. Werner Schlummer, Universität zu Köln

Prof. Dr. Karin Terfloth, Katholische Hochschule Freiburg

27 Bewerbungen wurden für den DHG-Preis „Arbeit ist Vielfalt“ eingereicht.

Die Jury hat sich für vier Preisträger entschieden.

1. Preis: Auf Achse - Spezialisten für Hamburg

Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf an Orten des regulären Arbeitslebens

Wibke Juterczenka, Miriam von Jarmersted

Leben mit Behinderung, Hamburg

2. Preis: Kaufhaus Ran & Gut

Detlef Boie, Juliane Geuke

Das Rauhe Haus, Hamburg

3. Preis: Arbeitsweltbezogene Teilhabe für Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen

Heinz Becker

Arbeiter-Samariter-Bund, Bremen

3. Preis: Büro für Unterstützte Kommunikation

Miriam Kortmann

Kooperationsprojekt von Bethel regional, Dortmund

und den Werkstätten der Arbeiterwohlfahrt Dortmund GmbH (WAD)



1. Preis: Auf Achse
Spezialisten für Hamburg



2. Preis Kaufhaus Ran & Gut



3. Preis
Arbeitsweltbezogene Teilhabe
für Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen



3. Preis Büro für Unterstützte Kommunikation



Ankündigung DHG-Preis 2015 Leben im Alter gestalten



Die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft stellt ihren diesjährigen Preis unter das Thema „Leben im Alter gestalten - Teilhabe von älteren Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf“.

Bis zum 31. August 2015 können Projekte eingereicht werden, die dazu beitragen, das Bild von alten Menschen mit geistiger Behinderung in der Öffentlichkeit zu verändern, die selbstbestimmte Teilhabe im Alter sicherzustellen und weiterzuentwickeln, oder die Gemeinde mit ihren vielfältigen Angeboten und Diensten für Menschen mit Behinderung im Alter durch Inklusion und Vernetzung der Akteure zu erschließen.

Voraussetzung ist, dass in dem Projekt alte Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf einbezogen sind und es sich um gelebte Praxis handelt.

Der DHG-Preis ist mit insgesamt 3000 € dotiert. Ihre Bewerbung mit einer max. 5-seitigen Projektbeschreibung schicken Sie bitte an

Prof. Dr. Friedrich Dieckmann

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Piusallee 89, 48147 Münster

f.dieckmann@katho-rw.de

Nähere Informationen (Flyer zur DHG-Preis) unter: www.dhg-kontakt.de

Thema 2015

Leben im Alter gestalten - Teilhabe von älteren Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf

Immer mehr Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf erreichen das Seniorenalter – eine erfreuliche Entwicklung.

Zu dem Personenkreis mit hohem Unterstützungsbedarf zählen Menschen mit schwerer geistiger oder mehrfacher Behinderung sowie Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten, die alt geworden sind. Dazu gehören auch Menschen mit geistiger Behinderung, deren Unterstützungsbedarf erst im Alter angestiegen ist, z. B. aufgrund von Kompetenzverlusten oder chronischen Erkrankungen.

In der Öffentlichkeit wird das Bild von alten Menschen mit geistiger Behinderung oft einseitig negativ auf Pflegebedürftigkeit, Einbußen und Gebrechlichkeit reduziert. Die Freiheiten und positiven Möglichkeiten von Lebensgestaltung, die das Alter heute wie nie zuvor bietet, werden nicht thematisiert.

Es besteht die Gefahr, dass gerade älter werdende Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in Pflegeeinrichtungen gedrängt werden. Das Recht auf Teilhabe, der Anspruch auf Eingliederungshilfe gilt ein Leben lang. Art. 8 der UN-BRK fordert explizit dazu auf, „Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderung auch aufgrund des Alters in allen Lebensbereichen zu bekämpfen.“

Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf dabei zu unterstützen, diese Lebensphase zu gestalten, teilzuhaben an dem, was das Alter an Lebenschancen bietet, und gleichzeitig ihnen zu helfen, mit Verlusten und Beeinträchtigungen im Alter bis zum Lebensende zurechtzukommen, ist eine herausfordernde neue Aufgabe.

Vom Alter aus verändert sich zudem der Blick auf die Unterstützung auch in früheren Lebensjahren: auf die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, auf die Arbeit mit Angehörigen und Freunden, auf die Gestaltung von unterstützten Wohnarrangements.

Themen der Lebensphase Alter sind u. a.

die Vorbereitung auf den Ruhestand und die Phase des Übergangs

der Erhalt des vertrauten Wohnumfeldes

eine altersgerechte barrierefreie Umgebung und Hilfsmittel

die Teilhabe am Leben im Quartier

die Gestaltung freier Zeit

die Unterstützung der Beziehungen zu Angehörigen und Freunden

ein gesundheitsfördernder Lebensstil

die Aufrechterhaltung von Mobilität

die Sicherung der Haushaltsführung

eine bedarfsgerechte und qualifizierte Pflege

der Umgang mit akuten und chronischen Erkrankungen (einschl. Demenz)

die Begleitung am Lebensende: Sterben, Tod, Trauer

Der DHG-Preis würdigt innovative Beispiele, die eine selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf im Alter sichern und erweitern.

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGb theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGb zielt auf die Verbesserung

- *der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten*
- *der Standards ihrer psychosozialen Versorgung*
- *der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung*
- *des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.*

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGb fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGb versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGb ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGb werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

*Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Dipl. Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)
Juniorprof. Dr. Pia Bienstein, Köln
Dr. Knut Hoffmann, Bochum
Priv.Do. Dr. Tanja Sappok, Berlin*

Postanschrift

*Geschäftsstelle der DGSGb
Frau Steffi Kirch
Erlenweg 15, 32105 Bad Salzufen
Tel.: +49 52229830590
dgsb.geschaeftsstelle@t-online.de*



Aktuelle DHG-Schriften

Mehr Teilhabechancen

**für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf
Anforderung ein modernes Teilhaberecht.**

Dokumentation der Fachtagung von DHG und DGSGB vom 29./30.01.2015 in Berlin.
Berlin/Jülich 2015 (118 S. / € 15,00 / € 12,00) ISBN 978-3-9817519-0-1

neu 2015

Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug

Herausforderungen für die Behindertenhilfe.

Dokumentation der Fachtagung vom 6. und 7. Dezember 2012 in Berlin.
Berlin/Jülich 2013 (209 S. / vergriffen; als CD: 7,50 €)

neu 2013

Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug

Expertise im Auftrag der DHG. Von Erik Weber.

Darmstadt/ Jülich 2012 (68 S.; EUR 10,00 € / 12,00)

Leben so wie Du und Ich

**Wege zur Teilhabe in der Gemeinde und Gesellschaft von Menschen mit geistiger Behinderung
und hohem Unterstützungsbedarf.**

Beiträge und Projektbeschreibungen zu den DHG-Preisen 2008 und 2010; Jülich 2011
(106 S. / € 10,00)

Ausgrenzen – Begrenzen – Entgrenzen?

Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten.

Tagungsbericht DHG/Netzwerk Intensivbetreuung. Heidelberg/Jülich 2010
(194 S. / € 12,00) ISBN 978-3-00-032022-4

Bestelladresse und weitere DHG-Schriften zum Download

www.dhg-kontakt.de

mail@dhg-kontakt.de

„Die DHG will dazu beitragen, die Lebensqualität von geistig behinderten Menschen mit einem hohen personellen Hilfebedarf zu verbessern.“

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V.

- berufsübergreifend
- interdisziplinär
- innovativ

Ein Fachverband in der Behindertenhilfe zum Mitmachen

- sich über aktuelle Entwicklungen auszutauschen
- neue Ziele entwickeln
- sich engagieren im Kreis anderer Menschen

Die DHG wurde 1991 gegründet, um die Entospitalisierung vieler geistig behinderter Menschen aus psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Großeinrichtungen voranzutreiben und sich für individuelle gemeindeintegrierte Wohnangebote und Hilfen einzusetzen.

Die DHG will dazu beitragen, die Lebensqualität von geistig behinderten Menschen mit einem hohen personellen Hilfebedarf zu verbessern:

Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen, mit Sinnesbeeinträchtigungen, mit Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Erkrankungen.

Außerdem möchte die DHG innovative Entwicklungen in der Behindertenpolitik und in der Praxis der Behindertenarbeit vorantreiben:

Mehr Lebens- und Wohnqualität, Selbstbestimmung, Individuelle Hilfeplanung, Persönliche Assistenz, Persönliches Budget, Gleichstellung, Sozialraumorientierung – auch für behinderte Menschen mit hohem oder speziellem Hilfebedarf.

Aktivitäten der DHG

- Fachlicher Austausch
- Fachtagungen
- DHG-Schriften
- Expertisen
- DHG-Preis
- Fachpolitische Stellungnahmen
- Kooperation mit anderen Fachverbänden