

Strukturelle Rahmenbedingungen für Beteiligung

Gudrun Dobslaw

Vortrag auf der Fachtagung der Freien Wohlfahrtspflege NRW
in Dortmund am 15. Juni 2011:
Beteiligung – Konzepte der Partizipation in der Gemeindepsychiatrie

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte in meinem Vortrag zunächst auf den Begriff Teilhabe eingehen, mich dann auf einige (sozial)rechtliche Aspekte für Teilhabe konzentrieren, um dann schließlich die derzeitige Umsetzungspraxis gesetzlicher Rahmenbedingungen für Teilhabe anhand ausgewählter Beispiele kritisch darzustellen. Vielleicht noch eine kurze Anmerkung vorweg zur Begrifflichkeit: Das Sozialgesetzbuch spricht von Menschen mit Behinderung und meint alle Menschen, die chronisch erkrankt, behindert oder von Behinderung bedroht sind. In der Psychiatrie-Szene wird die Bezeichnung „behindert“ zurecht als stigmatisierend erlebt, ich bin mir dessen bewusst, wähle aber hier ausdrücklich den Begriff Behinderung, weil ich mich hier überwiegend auf sozialrechtliche Grundlagen beziehe, die diesen Begriff verwenden.

Zur Bedeutung von Teilhabe

Gemeinhin wird Teilhabe auf der semantischen Ebene als Gegenpart zu Exklusion verstanden: Exklusion oder Nicht-Inklusion (Mayrhofer 2009) verweist in diesem Sinne auf den Ausschluss von Personen oder Personengruppen aus gesellschaftlichen Prozessen.

Was ist damit gemeint? Unter Rückgriff auf die Systemtheorie von Niklas Luhmann meint Teilhabe das funktionale kommunikative Zusammenwirken in gesellschaftlichen Teilsystemen, wie beispielsweise dem Wirtschaftssystem, dem politischen System oder dem Erziehungssystem. Es sind demnach nicht die Personen selbst, die ein gesellschaftliches Subsystem ausmachen oder konstituieren, sondern deren kommunikative Handlungen.

Luhmann zufolge wird kein Mitglied der Gesellschaft prinzipiell aus einem solchen Teilsystem ausgeschlossen. Für die Inklusion relevant sind die

„jeweils funktionsrelevanten Ausschnitte[n] ihrer Lebensführung“ (Luhmann 1981, 27 in: Merten 2001, 176). „Inklusion heißt also, in welcher

*Form Personen in Sozialsystemen (in kommunikativer Hinsicht; d. Verf.in)
Berücksichtigung finden – oder auch nicht“ (ebd.)*

Teilhabe bzw. Ausgrenzung aus gesellschaftlichen Systemen ist danach kein statischer oder allumfassender Zustand, im Normalfall ist man niemals vollständig ausgegrenzt oder vollständig inkludiert. Inklusion findet statt als funktionaler Prozess in bestimmten Teilsystemen und bedeutet nicht gleichzeitig den Ausschluss aus anderen Teilsystemen. Exklusion muss es unter dieser Perspektive geben, denn verkürzt gesagt: ohne ein Draußen gibt es kein Drinnen.

Gesellschaftliche Exklusion ist in diesem Sinne der Systemtheorie wertfrei, also nicht moralisch konnotiert.

Aber: die Frage, ob man draußen ist, darf nicht durch die Behinderung bestimmt sein.

Rehabilitationspolitisch und im fachlichen Diskurs der Praxis ist es nicht immer klar, in welchem Sinne Teilhabe verstanden und diskutiert wird, geht es um die Inklusion „ganzer Personen“ im Sinne von Dabeisein oder um die funktionale Beteiligung im Sinne von Kommunikation und Interaktion in gesellschaftlichen Teilsystemen? Für die Frage der Umsetzung von Teilhabe ist dies aber ein zentraler Gesichtspunkt.

Als Beispiel dafür möchte ich die Stellungnahme des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. vom 18.5.2011 zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention anführen. Hier wird darauf hingewiesen, dass die Beteiligung von Betroffenen in Gremien als Experten in eigener Sache noch lange nicht bedeutet, dass die Betroffenen mit ihren Argumenten auch anerkannt werden; vielfach fühlen sie sich nur geduldet oder übernehmen eine Alibifunktion. Dabei sein ist nicht alles und bedeutet noch lange keine Teilhabe.

Rechtliche Rahmenbedingungen für Teilhabe

Bereits mit dem 2001 in Kraft getretenen Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe Behinderter“ hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen von einer an fürsorglichen Prinzipien orientierten Sozialpolitik hin zur Stärkung von Bürgerrechten, Gleichberechtigung und Selbstbestimmung.

Die inzwischen ratifizierte Behindertenrechtskonvention enthält keine zusätzlichen Rechte für Menschen mit Behinderung, sie macht die allgemeinen Menschenrechte für Menschen mit Behinderung erst nutzbar:

Der Zweck des Übereinkommens ist nach Art. 1 „die volle und gleichberechtigte Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle behinderten Menschen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung ihrer angeborenen Würde zu fördern“.

Artikel 26 BRK (Habilitation und Rehabilitation) verpflichtet die Bundesrepublik Deutschland,

„wirksame und geeignete Maßnahmen (...) zu treffen, um Menschen mit Behinderung in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“.

Um dieser Zielvorgabe gerecht zu werden, sind die Vertragsstaaten verpflichtet,

„umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und Programme insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste zu organisieren, zu stärken und zu erweitern“.

Noch einmal zum Vergleich: Das SGB IX verwendet in diesem Zusammenhang auch die Begriffe Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft.

Um sich aber selbstbestimmt und unabhängig in der Gesellschaft organisieren zu können, ist eine wesentliche Voraussetzung, dass auch die Rahmenbedingungen dazu geeignet sind, sich als Bürger in dem gewünschten Maße – kommunikativ einzubringen. Das Ziel sollte sein, dass die Lebensbedingungen so weit wie möglich denen nicht behinderter Mitmenschen entsprechen.

Die BRK greift hier nachhaltig in das gegenwärtig geltende deutsche Behinderterrecht ein, das zeigt der Art. 19 der BRK, wonach Menschen mit Behinderung

- ❑ „die gleichen Möglichkeiten haben sollen wie andere Menschen, in der Gemeinschaft zu leben,
- ❑ das Recht haben, in die Gemeinschaft voll einbezogen zu werden und an ihr gleichberechtigt teilzuhaben,
- ❑ das Recht haben, ihren Aufenthaltsort selbst bestimmen zu können und nicht verpflichtet zu werden, in besonderen Wohnformen zu leben,
- ❑ den Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten einschließlich der Persönlichen Assistenz haben sollen, der es ihnen ermöglicht, gleichberechtigt am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben und nicht isoliert und ausgesondert zu werden und
- ❑ den Zugang zu Dienstleistungen und Einrichtungen erhalten, die für die Allgemeinheit bestimmt sind und die auch ihre Anforderungen und Bedürfnisse zu berücksichtigen haben“. (Forum behinderter Juristinnen und Juristen 2011, 3)

Hier gilt es zu prüfen, inwiefern sich für das geltende Recht auf Rehabilitation und Teilhabe ein Änderungsbedarf ergibt. Als Beispiel sei hier angefügt, dass

das Recht auf Selbstbestimmung zwar im SGB IX verankert ist, aber nach § 13 Abs. 1 SGB XII

„behinderte Menschen die vorrangigen ambulanten Leistungen nur dann erhalten, wenn diese nicht zu unverhältnismäßigen Mehrkosten führen und eine stationäre Versorgung zumutbar und geeignet ist“ (Forum behinderter Juristinnen und Juristen 2011, 4).

Damit schränkt sich das in der BRK Art. 19 festgelegte Recht ein, 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“ (Welti 2010, 10).

Besonders kritisch diskutiert wird im Zusammenhang mit freier Wahl des Aufenthaltsortes zurzeit, inwiefern sich die Umsetzung der BRK mit der Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen psychisch kranker Menschen vereinbaren lässt.

Inklusion und Exklusion durch (soziale) Organisationen

Wer bestimmt eigentlich über Teilhabe oder eben auch Nicht-Teilhabe? Wer setzt neben den gesetzlichen Grundlagen bzw. auf deren Basis die Rahmenbedingungen, die über Inklusion oder Exklusion entscheiden? Scherr (2001) zufolge sind es Organisationen mit Exklusionsbefugnis, die Bestandteil der gesellschaftlichen Teilsysteme sind. Sie prägen unser Leben, wir arbeiten dort, wir erhalten von ihnen soziale Dienstleistungen, wir werden dort behandelt usw. Denn erst durch die Limitierung der Mitgliedschaft und die Festlegung von Teilnahmebedingungen erhalten Organisationen ihre spezifische Leistungsfähigkeit (ebd., 227f). Auch hier passt das Beispiel mit den Zwangsmaßnahmen gut hinein.

Exklusion aus Organisationen kann sich aber auch im Alltag über strukturelle Rahmenbedingungen, wie die Anlage von Gebäuden, öffentlichen Verkehrsmitteln usw. vollziehen, betrifft darüber hinaus auch

„finanzielle und rechtliche Hindernisse, soziale Einstellungen und Vorurteile sowie Schwellen der Information und Kommunikation“ (Wansing, 2006, 98).

Im Sinne des funktionalen kommunikativen Zusammenwirkens fehlen Menschen mit Behinderung oftmals die erforderlichen Ressourcen, Kompetenzen und Zugänge, um auf kommunikativer Ebene teilhaben zu können, je nach Art und Umfang der Behinderung (vgl. ebd.).

Der Auftrag wohlfahrtsstaatlicher Leistungen besteht neben der sozialen Sicherung darin, Exklusion vorzubeugen, denn

„... bei der Gefährdung von Teilhabe an der Kultur, an Sozialbeziehungen, an Bildung und an Politik geht es nicht primär um Verteilungsprobleme, sondern um versperrte Zugänge zu funktionsspezifischer Kommunikation und Mitgliedschaft. Entscheidend wird damit vor allen Dingen die Art und Weise der wohlfahrtsstaatlichen Leistungserbringung. Diese muss einen deutlichen Richtungswechsel einschlagen von einer ‚alimentierenden Versorgung‘ (Dettling 2000) zu einer inklusions-vermittelnden Sozialpolitik im Sinne einer umfassenden Lebenslagenpolitik“ (Wansing, 2006, 107)

In der psychiatrischen Versorgungslandschaft hat sich in dieser Hinsicht seit der Psychiatrie-Enquête tatsächlich einiges getan: Neben einer beachtlichen Ausdifferenzierung der Angebotslandschaft, sind sowohl auf der Steuerungsebene wie auch auf der fachlichen Ebene vielfältige Entwicklungen zu beobachten, die eine verbesserte Versorgung psychisch kranker Menschen zum Ziel haben. Dazu gehören regionale und auch bundesweite Kooperationen, Vernetzungen und Interessenvertretungen von Experten und Professionellen, wie auch von Betroffenen selbst. (siehe dazu auch Wienberg 2008).

Psychiatrie-erfahrene Personen werden in Hilfeplankonferenzen eingebunden und in die praktische Arbeit auf der Einzelfallebene fließen Konzepte ein, die individuelle Lebenslagen und Lebensentwürfe zur Grundlage haben und prozessgestaltend wirken, wie beispielsweise der Recovery-Ansatz.

Aber die Umsetzung von Fachkonzepten allein schafft noch keine Teilhabe und auch die bloße Beteiligung ist nicht gleich Teilhabe.

Ich möchte an dieser Stelle noch auf einen anderen Aspekt eingehen, den ich mit einem Zitat aus einem ganz anderen Fachgebiet einleite:

„Nichts hat unseren Planeten so stark verändert wie unsere Nahrungsmittelproduktion und Nahrungsmittelverarbeitung. Nicht das Autofahren, nicht der Städtebau, nicht die Kriege. Der Grund: Unsere Lebensmittel sind den Gesetzen der Marktwirtschaft unterworfen. Sie werden nicht erzeugt, um gegessen, sondern um verkauft zu werden. Tomaten müssen nicht reif sein, sondern matschresistent, leuchtend rot, lange haltbar und vor allem billig“. (Aus dem Magazin der Hochschule Fulda, Mai 2011, 29)

Was hat das mit dem Thema Strukturelle Rahmenbedingungen für Teilhabe zu tun?

Für die Umsetzung der sozialpolitischen Forderung nach Teilhabe von Menschen mit Behinderung kann das betriebswirtschaftliche Kalkül der sozialen Dienstleister nicht mehr außer Acht gelassen werden: Die Umsetzung von Teilhabe für Menschen mit Behinderung ist eben auch interessengeleitet und muss

betrachtet werden im Wechselspiel ökonomischer, fachlicher, gesetzlicher und politischer Rahmenbedingungen und der damit verbundenen Steuerungsmechanismen.

Unter dem Stichwort Ökonomisierung des Sozialen Dienstleistungssektors hat sich in den letzten Jahren ein – insbesondere vom Gesetzgeber - intendierter Wettbewerb entwickelt. Die immer enger werdenden Ressourcen der Sozialhilfe unter Wettbewerbsbedingungen lassen soziale Dienstleister auf betriebswirtschaftliche Planungsinstrumente zurückgreifen, um über ausgereifere Geschäftsmodelle einen angepassteren Personaleinsatz und eine effektivere Erbringung von Dienstleistungen zu ermöglichen, manchmal auch verbunden mit Outsourcing oder mit Rückgriff auf Personalleasingfirmen. Betriebswirtschaftliche Fragen gilt es dabei scheinbar immer öfter vor fachlichen Fragen zu lösen.

Es ist nicht unumstritten, ob die Strategie zielführend sein kann, über Modelle der sozialen Marktwirtschaft Nachfragermodelle zu stärken.

Dazu einige Beispiele.

Beispiel Persönliches Budget

Ein gutes Beispiel ist die Einführung des Persönlichen Budgets, das genau diesen Zweck erfüllen soll: Über die Stärkung der Kundenrolle sollen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung gestärkt werden.

Die Einführung des Persönlichen Budgets setzt allerdings voraus, dass die Angebote budgetfähig gestaltet sind, um Wahlfreiheit und differenzierte Zugänge zu Hilfen zu ermöglichen. Budgetfähigkeit bedeutet hier, dass aus dem gesamten Dienstleistungsangebot Teile des Angebots zur Wahl stehen und separat „eingekauft“ werden können. Nutzer können sich so diejenigen Hilfen zu einem Gesamtpaket zusammenstellen, die für ihren spezifischen Hilfebedarf zielführend sind. Menschen, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen arbeiten möchten, könnten sich beispielsweise für einen Werkstattplatz in einer bestimmten Abteilung interessieren und sich aber die Unterstützung durch den Sozialdienst bei einem konkurrierenden Anbieter einkaufen.

Das beinhaltet die Modularisierung und Verpreislichung der Angebote, es bedarf einer Flexibilisierung von Dienstzeiten, der Einführung neuer Arbeits- und Arbeitszeitmodelle, neue Steuerungsmodelle für Personalressourcen müssen entwickelt werden und vor allem auch die Umstellung betriebswirtschaftlicher Abläufe (Vauth & Rasche 2011), bei denen eine möglicherweise eingeschränkte Zahlungsmoral der Budgetnehmer berücksichtigt wird (AHA/Windisch 2006). Die sich verändernde Anspruchshaltung von Menschen mit Behinderungen an Dienstleistungsart und Modus der Dienstleistungserbringung, die sich aus die-

ser „Kundenrolle¹“ ergibt, beinhaltet, dass Prozesse und Strukturen eines sozialen Unternehmens auf dem Prüfstand stehen, und zwar unabhängig von dessen Größe und fachlicher Ausrichtung (Göltz 2008, 63ff).

Die Sorge und Zurückhaltung von Anbietern sozialer Dienstleistungen ist unter diesem Aspekt nachvollziehbar, eine solche Umstellung erfordert einen umfassenden Reorganisationsprozess, der unter Umständen auch mit Personalabbau verbunden ist, wenn Kunden im größeren Stil Leistungen bei anderen Anbietern einkaufen. Dazu gibt es bereits wegweisende Beispiele².

Die zu erwartenden Anforderungen und Schwierigkeiten lässt viele soziale Unternehmen, - vor allem die Werkstätten - die Konsequenz ziehen, gesicherte Wege der Entgelt-Gewinnung durch die zuständigen Sozialleistungsträger und bewährte interne Prozesse nur scheinbar aufzugeben, und damit die Umsetzung des Persönlichen Budgets zu vermeiden.

Aber auch für Sozialleistungsträger hat das Persönliche Budget umfassende Konsequenzen auf interne Prozesse.

Markus Schäfers hat in seinem kritischen Aufsatz 2009 in der Zeitschrift „Teilhabe“ auf polemische Weise herausgearbeitet, welche Strategien von Seiten der Sozialleistungsträger hilfreich sind, um den Status Quo beizubehalten und trotzdem der Umsetzung des Persönlichen Budgets pro forma bzw. in der Außen Darstellung Genüge zu tun.

Herr Schäfers empfiehlt in diesem Sinne das Budget mit einer engen Zweckbindung zu versehen, die Fachkraft und Fachleistungsquoten festzulegen, mit Abtretungserklärungen zu arbeiten, also das Budget beim eigenen Dienstleister einlösen zu lassen, umfangreiche Nachweispflichten einzurichten und keine Zielvereinbarung oder eine unklare Zielvereinbarung zu erstellen, damit es kein nächstes Mal gibt. Denn auch für Sozialleistungsträger, die ja eine Verwaltung sind, bietet der individualisierte Zugang zu Hilfen im Gegensatz zu pauschalisierten Verwaltungsabläufen Unannehmlichkeiten.

Sozialleistungsträger haben per Gesetz nicht die Möglichkeit, das Persönliche Budget zu verweigern, sofern es um budgetfähige Leistungen geht – dazu gibt es jetzt auch schon Präzedenzfälle.

Aber Anbieter sozialer Dienstleistungen sind nicht gezwungen, ihre Angebote für das Persönliche Budget zu öffnen, sie können auch weiterhin nach dem Sachleistungsprinzip verfahren. Budgetnehmer sind in diesem Falle auf eine Kundenrolle zurückgeworfen, die rein fiktiv ist, denn was es nicht gibt, das können sie auch nicht kaufen. Die Gesetzeslage lässt dies zu.

¹ Für eine ausführliche Diskussion zur Dienstleistungsorientierung in der Behindertenhilfe und der damit verbundenen Kundenrolle siehe Schlebrowski 2008, 47ff

² Die Umsetzung des Persönlichen Budgets im Rahmen des Modellprojekts PerLe hatte beispielsweise einen spürbaren Personalabbau zur Folge (Rasche 2007)

Solange das Persönliche Budget in einer solchen Art Abhängigkeit von sozialen Organisationen versucht wird umzusetzen, wird es seinen Auftrag auf Unterstützung von Teilhabe, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit nicht erfüllen können.

Beispiel: Hilfeplanung als Einstieg ins (wohlfahrtsstaatliche) Hilfesystem

Ein weiteres Beispiel betrifft die Hilfeplanung oder auch Teilhabeplanung. Auch hier lassen sich die Interessen der Anbieter sozialer Dienstleistungen, die ja in der Regel die Hilfeplanung durchführen, nicht immer klar von den Teilhabezielen der betreffenden Klientinnen und Klienten trennen.

Angemerkt sei jedoch einleitend, dass in den letzten Jahren eine beachtliche Weiterentwicklung von Hilfeplanungskompetenzen in der Sozialen Arbeit stattgefunden hat. Begriffe, wie „auf Augenhöhe“ oder „Kundinnen und Kunden“ von Dienstleistungsangeboten sind sicher nicht unumstritten, haben aber mit ihrem Einzug das Handeln und auch die Haltung der Professionellen geprägt. Psychiatrie-erfahrene Menschen werden zunehmend öfter als Auftraggeber von Dienstleistungen verstanden, Unterstützungsleistungen sollen flexibel und passgenau auf die Person mit ihrem individuellen Bedarf abgestimmt sein.

Dieses Prinzip verdichtet sich in der Hilfeplanung, wie sie beispielsweise auf der Grundlage des ibrp oder des ITP (Gromann, 2001, 2008) durchgeführt wird. Unter konsequenter Wahrung des dialogischen Prinzips sollen vor dieser Folie der Hilfebedarf und die Zielsetzungen einer Person für die nahe und vielleicht auch ferne Zukunft ermittelt werden. Im Kontext von Umweltfaktoren und persönlichen Faktoren wird gemeinsam – nach dem dialogischen Prinzip! - der Bedarf an professionellen Hilfen einer Person ermittelt und auch, welche Unterstützung durch das soziale Netz, in dem die Person sich bewegt, geleistet werden kann.

Für die professionellen Helferinnen und Helfer bedeutet das, dass sie das Lebensfeld einer Person und der sich darin entwickelnden Interaktionen erkundet und verstanden haben sollten. Das ist nicht immer einfach, vor allem wenn sich das Lebensfeld psychiatriee erfahrener Menschen gravierend von dem unterscheidet, was gemeinhin als „normal“ oder „entwicklungsfördernd“ angesehen wird.

Es geht darum, die darin enthaltenen Potenziale zu erkennen und auch wertzuschätzen – immer unter der Voraussetzung, dass die Psychiatrie-erfahrene Person dies auch möchte bzw. das gemeinsam als ein sinnvolles Vorgehen verabredet wurde.

Soweit zur Theorie.

Das scheint in der Praxis nicht immer optimal zu gelingen, wie Petra Ruf (2009) in einer umfangreichen Studie zeigen konnte, bei der sie Hilfepläne einer psy-

chiatrischen Versorgungsregion umfassend auswertete. Es zeigte sich, dass es für Hilfeplaner/innen in der Praxis der Hilfeplanung nicht immer einfach ist, den Blick von den Defiziten auf Ressourcen zu richten und diese auch für die Ziel- und Maßnahmenplanung gewinnbringend einzusetzen.

Zudem schlugen sich die in der Hilfeplanung ermittelten Ressourcen einer Person nicht immer in dem zu erwartenden Maße in der Zielformulierung oder der Interventionsplanung nieder.

Ruf konnte weiterhin zeigen, dass eine gewisse Tendenz besteht, die Klient/innen nicht als „citizens“ zu sehen, sondern sie in dem Kontext ihres Problemfeldes wahrzunehmen, z.B. als Beschäftigte in der WfbM oder als „Bewohner“. Das schränkt den Blick für mögliche andere Kontexte, in denen sich jemand bewegen möchte oder könnte ein, und unterstützt Exklusion in dem oben ausgeführten Sinne.

In der Studie von Ruf (2009) zeigt sich außerdem, dass sich die Hilfeangebote, die im Rahmen der Teilhabeplanung zur Zielerreichung entwickelt wurden, in auffälliger Weise an dem jeweiligen Dienstleistungsspektrum des Anbieters von Dienstleistungen orientierten, der auch die Hilfeplanung durchgeführt hatte. Also verkürzt gesagt: Es gibt nur das, was auch im Angebot ist, an die Angebote anderer Dienstleister wird dabei nicht gedacht. Damit kommt der Hilfeplanung neben ihrem eigentlichen Auftrag auch eine Akquise-Funktion zu, über die Hilfeplanung werden potenzielle Kunden geworben und an die Organisation gebunden.

Die Urfrage der Sozialen Arbeit, sich aus dem Feld herauszuziehen, wenn sie nicht mehr gebraucht wird, wird hier konterkariert durch das Bestreben, das soziale Unternehmen wirtschaftlich überleben zu lassen.

Hier gibt es in Bezug auf die an Selbstbestimmung und Wiedererlangung von Autonomie orientierten Planungsverfahren und Unterstützungsangebote noch Nachbesserungsbedarf. Auch hier wird es kaum möglich sein, eine Bedarfsermittlung auf Augenhöhe durchzuführen, solange wirtschaftliche Interessen der Anbieter mitspielen.

Unterstützung nicht-professioneller Hilfesettings

Ich möchte noch ein letztes Beispiel anführen, um die Schwierigkeiten zu verdeutlichen, die sich in der organisatorischen Umsetzung sozialgesetzlicher Vorgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung zeigen, und zwar bei der Unterstützung nicht-professioneller sozialer Netzwerke für psychisch kranke Menschen.

Eine Möglichkeit, die gesellschaftliche Verantwortung wieder stärker dorthin zu verlagern, wo sie auch wahrgenommen werden sollte, besteht in der Unter-

stützung bürgerschaftlichen Engagements. Damit verbindet sich die Hoffnung, dass über den Kontakt zur „Normalität“ eine stärkere Einbettung von Hilfen in lebensweltliche Bezüge ermöglicht wird, was letztlich dem Ziel der Unterstützung von Autonomie und Selbstbestimmung dienlich sein soll.

Sowohl mit dem SGB IX wie auch mit der BRK wird die Stärkung nicht-professioneller sozialer Netze gefordert, professionelle und nicht-professionelle Netze sollen stärker miteinander verquickt werden.

Gleichzeitig werden nicht-professionelle Hilfen damit aber auch zum erwartbaren Bestandteil des staatlich gewährleisteten Hilfesystems, dessen Steuerung dann wiederum in aller Regel Professionellen unterliegt, zum Beispiel beim Einsatz von Case Management.

Da zivilgesellschaftliche Hilfen sich in der Regel nicht nach professionellem Hilfeplan planen lassen, sondern eigenen Gesetzmäßigkeiten unterliegen, entwickelt sich hier unter Umständen eine Scheinprofessionalität, die weder im ursprünglich gemeinten Sinne von Bürgerhilfe zu verstehen ist, noch den Qualitätsanforderungen professioneller Dienstleistungen gerecht werden kann (Dahme 2010).

Hier tut sich die Frage auf, ob es Qualitätskriterien für Teilhabe gibt, ob sie überhaupt sinnvoll sind und wann es trotz aller guten Vorsätze doch noch der Steuerung des Staates bedarf? Dahme weist zurecht darauf hin, dass diese Frage in der Inklusionsdebatte noch nicht genügend berücksichtigt wird, „weil der normative Wert Zivilgesellschaft als Faktizität gesetzt wird“ (ebd., 169). Aber auch die Inklusionsbereitschaft wohlmeinender Bürgerinnen und Bürger kann irgendwann ausgereizt sein und dazu führen, dass sie sich aus der sozialarbeiterischen Koproduzentenrolle zurückziehen. Was dann?

Ein weiteres Problem könnte sein, dass bürgerschaftliches Engagement im Rahmen von Inklusionsbestrebungen Teil eines ökonomisch begründeten Kalküls wird, wie es ja auch dem Persönlichen Budget unterstellt wurde und wird. In diesem Fall würde bürgerschaftliches Engagement im Rahmen moderner Teilhabepolitik „zu einem Instrument des neuen Kostenmanagements, weil man sich von der Verlagerung sozialpolitischer Aufgaben in die Zivilgesellschaft einen Effekt zur Eindämmung der Kostendynamik in der Behindertenhilfe erwartet“ (ebd.).

Soweit zu den möglichen Schwierigkeiten, die sich über die Einbindung nicht-professioneller Hilfesettings bei der Unterstützung von Teilhabe ergeben können.

Es gibt aber auch den anderen Blick auf nicht-professionelle Hilfen: Wenn sie greifen, dann kann die Soziale Arbeit ihrem ureigensten Auftrag nachkommen

und sich überflüssig machen. Das hatte ich zum Thema Hilfeplanung ja schon angeführt. In einer aktuellen Studie zur Lebenssituation psychisch kranker Menschen zeigt Peukert (2011), dass einige der Befragten sich als eindeutige Gewinner fühlen, nachdem sie aus dem professionellen Hilfesystem ausgestiegen sind. Der Grund für den Ausstieg lag u.a. in einer drohenden finanziellen Beteiligung an den Kosten für die Unterstützungsleistungen. Das wollten viele der von Peukert Befragten nicht, deshalb meldeten sie sich aus dem Betreuten Wohnen ab. Ein bis zwei Jahre später ergab eine Nach-Befragung, dass sie in erheblich umfangreicherem Maße aktiv im außerprofessionellen Lebensumfeld sind, einschließlich Mitarbeit an organisierter Selbsthilfe.

„Es gibt deutliche Hinweise auf eine reduzierte soziale Teilhabe an alltäglichen Strukturen bei Inanspruchnahme von Betreutem Wohnen über den für das Wiedererlangen von Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit notwendigen Zeitpunkt hinaus“. (Peukert, 2011)

Was lassen sich aus den genannten Beispielen für Schlussfolgerungen ziehen?

Die genannten Beispiele sind nur stellvertretend genannt für die Schwierigkeiten und Hindernisse, die sich in der Umsetzung der Menschenrechte im Sinne der Behindertenrechtskonvention ergeben.

Ich persönlich muss ehrlich zugeben, dass ich immer wieder erstaunt und erschüttert bin, wie schwer es ist, so etwas Basales wie Menschenrechte in der Praxis umzusetzen.

Die nach der Psychiatrie-Enquête reformierten Versorgungsstrukturen sind in jeder Hinsicht auf der Strukturebene bereits innovativ, zu prüfen bleibt, inwieweit die ideellen Kontexte und Prozessabläufe dem auch entsprechen. Denn solange vor dem Hintergrund ein an ökonomischen Interessen orientiertes

„fürsorglich bevormundendes Betreuungsmodell den Orientierungsrahmen der praktischen Arbeit mit der Klientel (...) (abgibt), (...) wird man kaum von einer sozialpsychiatrisch inspirierten Praxis sprechen können“ (Haselmann, 2008, 75),

die Teilhabe umfassend unterstützt.

Dieser Spagat zwischen anwaltschaftlicher Unterstützung für Menschen mit Behinderung, wie sie im ursprünglichen Sinne gedacht war und Sicherung der ökonomischen Existenz behindert die Umsetzung innovativer Fachkonzepte und gesetzlicher Möglichkeiten zur Wahrnehmung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, wie beispielsweise das Persönliche Budget. Hier ließe sich im Umkehrsatz zum Prinzip des prozessorientierten Qualitätsmanagements

„Prozesse bestimmen die Struktur“ sagen: „Strukturen von Organisationen begrenzen innovative Prozesse und determinieren Haltung, die Teilhabe hemmt“.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Anmerkung: Teile dieses Vortrages sind folgendem Buchbeitrag entnommen:

Dobslaw, G. (Wie und bei wem fängt die Teilhabe beim Persönlichen Budget eigentlich an? In: Dobslaw et al. (Hrsg.): Subjektorientierung und außerinstitutionelle Hilfesettings in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag (erscheint im Herbst 2011)

Quellen:

AHA e.V. / Matthias Windisch (2006) (Hrsg.) Persönliches Budget. Neue Form sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparrzwang? AG Spak, Eigenverlag

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (2011): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vom 18.5.2011. URL: <http://www.bpe-online.de/verband/vorstandsmitteilungen/steencken-un-stellungnahme.pdf>

Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) (2011): Gesetz zur Sozialen Teilhabe und zur Änderung des SGB IX und anderer Gesetze. URL: <http://www.weibernetz.de/Gesetz%20zur%20Sozialen%20Teilhabe%20-%20Entwurf%20FbJJ.pdf>

Göltz, B (2008): Persönliches Budget – wie rechnet sich das?. Deutscher Verein Eigenverlag

Gromann (2001): Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Psychosoziale Arbeitshilfen 17, Psychiatrie-Verlag

Gromann (2008): Individuelle und integrierte Teilhabeplanung – der Ansatz des ITP Hessen. In: Aktion Psychisch Kranke (HRSG), Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Tagungsbericht Kassel 3./4.2008, 306-320

Haselmann, S. (2008): Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert? V&R

Mayrhofer, H. (2009): Soziale Inklusion und Exklusion: Eine (system-) theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschulstudiengänge soziale arbeit, Nr. 2. URL: www.sozialeskapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/108/145.pdf

Merten, R. (2001): Inklusion/ Exklusion und Soziale Arbeit. Überlegungen zur aktuellen Theoriedebatte zwischen Bestimmung und Destruktion. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 2, 173-190

Peukert, R. (2011): Von den Abmeldern lernen! Statt permanenter Fremdhilfe begleitete Übergänge in Selbsthilfe! In: Dobslaw et al. (Hrsg.): Subjektorientierung und außerinstitutionelle Hilfesettings in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag (erscheint im Herbst 2011)

Rasche, C. (2007): Betriebswirtschaftliche Bewertung des Modellversuchs. In: Nußbicker, R., „Ich bin jetzt Chef!“. Die Idee des Persönlichen Budgets in einer stationären Einrichtung für Menschen mit Behinderung. Bethel-Verlag, 67-69

Ruf, P. (2009): Teilhabeplanung als gemeindepsychiatrischer Kernprozess. Wege zur Partizipation im Spannungsfeld professioneller Handlungsorientierungen. VS-Verlag

Schäfers, M. (2009): Wie man aus einem Persönlichen Budget eine verdeckte Sachleistung macht. Eine provokative Anleitung. Teilhabe, 4, 176-183

- Scherr, A. (2001): Soziale Arbeit als organisierte Hilfe in der funktional differenzierten Gesellschaft. In: Tacke, V. (Hrsg.), Organisation und gesellschaftliche Differenzierung. Wiesbaden, 215-235
- Schlebrowski, D. (2008): Starke Nutzer im Heim. Wirkungen Persönlicher Budgets auf soziale Dienstleistungen. VS Research
- Stichweh, R. (1997): Inklusion/ Exklusion, funktionale Differenzierung und die Theorie der Weltgesellschaft. In: Soziale Systeme, 3, 123-136
- v. Kardorff, E. (2008): Kein Ende der Ausgrenzung: Ver-rückter in Sicht? In: Anhorn, R. , Bettinger, F. & Stehr, J. (Hrsg.), Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit, 291-318
- Vauth, S. & Rasche, C. (2011): Professionalisierung des Controllings in der Behindertenhilfe: Verfeinerung der Kostenrechnung nach Einführung von Persönlichen Budgets. In: Langer, A. & Schröer, A. (Hrsg.), Professionalisierung im Nonprofit Management, 229-248. VS
- Wansing, G. (2006): Teilhabe an der Gesellschaft. VS-Verlag
- Welti, F. (2010): Auswirkungen der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland. Vortrag auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation am 15. Oktober 2010.
URL: <http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Schwerpunktthemen/UN-BRK/Prof. Welti 15.10.2010 DVfR-Auswirkungen BRK auf Reha in Deutschland.pdf>
- Wienberg, G. (2008): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. Sozialpsychiatrische Informationen, 1, 2-13