

Petra Gromann (Hg.):  
**Teilhabeorientierte Steuerung  
sozialpsychiatrischer Hilfen**  
Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 5

Psychiatrie  
Verlag 



Prof. Dr. Petra Gromann ist Soziologin, Professorin für Rehabilitation und Studiengangsleiterin für den berufsbegleitenden blended learning Studiengang M.A. »Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie« ([www.social-maps.de](http://www.social-maps.de)) sowie den berufsbegleitenden B.A. »Soziale Arbeit« ([www.basa-online.de](http://www.basa-online.de)).

Petra Gromann (Hg.):

# **Teilhabeorientierte Steuerung sozialpsychiatrischer Hilfen**

Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 5

Psychiatrie  
Verlag 

Petra Gromann (Hg.)  
Teilhabeorientierte Steuerung sozialpsychiatrischer Hilfen  
Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 5  
1. Auflage 2016  
ISBN-Print: 978-3-88414-646-0  
ISBN-PDF: 978-3-88414-878-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

↓ Die Downloadmaterialien zu dem Bereich Kennzahlen finden Sie unter  
[www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/teilhabeorientierte-steuerung-sozialpsychiatrischer-hilfen.html](http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/teilhabeorientierte-steuerung-sozialpsychiatrischer-hilfen.html).

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Störungen unter:  
[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2016  
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung  
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.  
Umschlagkonzeption und -gestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln,  
unter Verwendung eines Fotos von Stephan Brenn, Berlin / [www.stephan-brenn.de](http://www.stephan-brenn.de) /  
VG Bild-Kunst  
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein  
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln  
Druck und Bindung: SDL Buchdruck, Berlin

**Vorwort** 7

*Petra Gromann*

**TEIL I EIGENE ZIELE FINDEN UND DAMIT  
SELBSTBESTIMMTE TEILHABE MESSEN**

**Wie misst man Teilhabe aus Nutzersicht in der Eingliederungshilfe?** 10

*Petra Gromann*

**»Ziele für sich alleine festlegen und nicht mehr für andere« –  
ein Forschungsbericht** 20

*Ariane Sylupp und Klaus Budinger*

**Begleitung zur persönlichen Zielfindung: Wie geht das?** 27

*Bernd Prezewowsky*

**Teilhabepläne selbst erarbeiten –  
zur Entwicklung der barrierearmen Software »meinITP«** 42

*Tanja Lück und Petra Gromann*

**TEIL II TEILHABEORIENTIERTES CONTROLLING**

**Ist eine teilhabeorientierte Steuerung möglich?** 52

*Petra Gromann*

**Die Bedeutung von Kennzahlen für eine  
personenzentrierte regionale Steuerung** 77

*Ralf Bremauer*

**Anforderungen personenzentrierter Hilfen** 103

*Dirk Bennewitz*

### **TEIL III DISKURSE ZUM TEILHABEBEGRIFF**

---

#### **Zur Bedeutung von »Teilhabe« im sozialpsychiatrischen Kontext** 136

---

*Henning Daßler*

#### **Die Bedeutung von Partizipation und Wahrnehmung der Sorgeposition für regionale Steuerung** 150

---

*Martina Ritter und Jutta Zinnen*

# Vorwort

*Petra Gromann*

Dieser fünfte Band der Reihe »Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie« verändert die bisherige inhaltliche Gestaltung der Bände. Das wesentliche Gestaltungselement bestand bislang darin, thematisch in einen Zusammenhang zu bringende Forschungs- und Arbeitsergebnisse von Studierenden des berufsbegleitenden Masterstudiengangs »Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie« vorzustellen und durch Beiträge der Herausgeberinnen und Herausgeber zu ergänzen. Mit diesem Band rücken wir hingegen als Thema die teilhabeorientierte Steuerung in den Mittelpunkt und verorten diese auf drei Ebenen:

- auf Ebene der teilhabeorientierten Zielfindung im Prozess der Unterstützung von psychiatrie-erfahrenen Menschen;
- auf Ebene der teilhabeorientierten regionalen Steuerung im Kontext der Eingliederungshilfe;
- auf Ebene der teilhabeorientierten organisationsinternen Steuerung von Unterstützungsprozessen.

Weiter sind in diesem Band Forschungsergebnisse aus übergreifenden Zusammenhängen vorgestellt. Erfolgreiche Anträge aus dem Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Fulda wie des Instituts personenzentrierter Hilfen und dem CeSST, dem wissenschaftlichen Zentrum für soziale Nachhaltigkeit, ermöglichten uns, umfangreichere Ergebnisse zu erarbeiten. Auch an diesem Buch waren wieder engagierte Masterstudierende und Masterabsolventinnen und -absolventen beteiligt, aber auch erfahrene Praktikerinnen und Praktiker personenzentrierter Hilfen.

Neben einer Fülle von Anregungen zur methodischen Entwicklung von Teilhabe und Zielorientierung bei personenzentrierten Hilfen enthält dieser Band konkrete, eher als sozialwirtschaftlich zu beschreibende Aspekte eines regionalen »Controlling« sowie Hinweise zur Organisationsentwicklung.

Weiterführende Instrumente und Ergebnisse der einzelnen in diesem Band vorgestellten Projekte können auf den jeweils angegebenen Internetseiten recherchiert werden. Für den Bereich der regionalen Kennzahlen ist

dies auch unter [www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/teilhabeorientierte-steuerung-sozialpsychiatrischer-hilfen.html](http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/teilhabeorientierte-steuerung-sozialpsychiatrischer-hilfen.html) möglich.

**TEIL I  
EIGENE ZIELE FINDEN UND  
DAMIT SELBSTBESTIMMTE  
TEILHABE MESSEN**

# Wie misst man Teilhabe aus Nutzersicht in der Eingliederungshilfe?

*Petra Gromann*

Die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ist in psychosozialen Einrichtungen als Ziel festgelegt. Teilhabeanzeiger sollen – bezogen auf Menschen mit Beeinträchtigungen – deren Teilhabechance einschätzen helfen. Mit Blick auf die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention gibt es aktuelle Versuche, deren Artikel in Indikatoren zu übersetzen (BMAS 2013). Anhand dieser kann untersucht werden, wie stark Betroffene in bestimmte gesellschaftliche Bereiche einbezogen sind.

Die bloße Nennung wichtiger Teilhabechancen bleibt jedoch zunächst noch allgemein. Dies wird am Beispiel des privaten Wohnraums deutlich. Aus den Beschlüssen der Behindertenrechtskonvention ergeben sich Teilhabeanzeiger, die sich sowohl auf die Struktur (»Ein Zimmer in einem Heim ist kein privater Wohnraum«) als auch auf den Prozess (»Habe ich unabhängig vom Ort Unterstützung, wenn ich in einer eigenen Wohnung lebe?«) und das Ergebnis (»Wie privat, wie sicher, wie von Sorge anderer getragen fühle ich mich wohl?«) beziehen (ebd., S. 37).

Teilhabeindikatoren sind darüber hinaus Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung und ähnlich wie Qualitätsindikatoren zu verstehen – so sei auf den zweiten Teilhabebericht des SOFI-Instituts Göttingen (BARTELHEIMER u. a. 2012) verwiesen, der zentral die Mehrdimensionalität einer sozioökonomischen Berichterstattung betont. Erst die Analyse vom Zusammenspiel objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Verwirklichungschancen ergibt sinnvolle Indikatoren.

Objektive Teilhabeindikatoren wären etwa für den Bereich der persönlichen Selbstsorge oder des Wohnens:

- der Anteil des Einkommens zur persönlichen Verfügung;
- die Größe der sozialen Netzwerke;
- der Anteil des Zugangs zu persönlichem Wohnraum;
- die Größe und Ausstattung des privaten Wohnraums.

Ein Überblick zur »objektiven« Lage von Teilhabe für besonders vulnerable Gruppen liegt bislang nicht vor. Auch der neue Teilhabebericht der Bundesregierung für Menschen mit Beeinträchtigungen kann hier nur bedingt Hinweise liefern.

Allen neuen Ansätzen zur Lebens- oder Teilhabequalität gemeinsam ist die Schwierigkeit der Datengenerierung. Es gibt nur sehr wenige übergreifende Daten zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Deshalb fordert z. B. der zweite Teilhabebericht des SOFI-Instituts im Auftrag der Bundesregierung auf, spezifische Kennziffern zu entwickeln: »Die amtliche Statistik sollte es ermöglichen, Informationen zu Dimensionen der Lebensqualität in unterschiedlicher Weise zu aggregieren und Messkonzepte für objektive und subjektive Wohlfahrt sind gleichermaßen wesentlich.« (Ebd., S. 44)

Folgende Dimensionen werden genannt:

- Gesundheit und Selbstsorge;
- Bildung;
- persönliche Aktivitäten und Arbeit;
- politischer Einfluss und Partizipation;
- soziale Aktivitäten;
- Umweltbedingungen und öffentliche Räume;
- Mobilität, Sicherheit und private Räume.

Beeinträchtigungen oder Behinderungen kommen jedoch in diesem zweiten allgemeinen Teilhabebericht nicht als Kategorie vor. Wirkungs- oder Teilhabeorientierung von Leistungen in der Eingliederungshilfe benötigen belastbare Indikatoren aus Nutzersicht, die die sehr unterschiedliche Lebensrealität von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland einbezieht. Der Teilhabebericht der Bundesregierung stellt dazu fest, dass besonders verletzbare Gruppen »keine Berücksichtigung in den datenbasierten Aussagen finden, wie Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen, Personen mit umfassenden Beeinträchtigungen der Kommunikation und Personen, die durch ihren Wohnort von der Beteiligung an Haushaltserhebungen ausgeschlossen sind« (BMAS 2013, S. 65).

Ziel des von der Aktion Mensch geförderten Forschungsprojektes »Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?« war es, erstmalig Einschätzungen zu subjektiv gewünschten Teilhabeoptionen zu gewinnen. Von besonderer Bedeutung ist hier das Verständnis von Teilhabe als

Handlungsoption. Teilhabe ist als Prozess zu verstehen, der die Aneignung der Welt ermöglicht. In Leichte Sprache übersetzt, bedeutet das: »Überall dabei sein und selbst bestimmen« (ebd. 2011).

## Zum Forschungsdesign

Vielfältig ist nachgewiesen (SEIFERT 2011), dass Menschen mit Beeinträchtigungen Hilfe brauchen, um die für sie wichtigen Aspekte von Lebensqualität zu benennen. Dies gilt insbesondere für die genannten verletzlichen Gruppen. Eine Einschätzung von Teilhabe benötigt Anzeiger, die sich auf die aktuelle Lebenssituation oder Lebenslage der jeweiligen Person beziehen.

Um Menschen mit Beeinträchtigungen dabei zu unterstützen, subjektiv bedeutsame Teilhabeanzeigen zu identifizieren und auszuwählen, wurde im Projekt die »Teilhabekiste« entwickelt. In dieser befinden sich Karteikarten zu verschiedenen Lebensthemen, die konkrete Wünsche beschreiben und mit Bildern und Symbolen angereichert sind. Die Anzeiger der ersten Fassung wurden aus den bestehenden Instrumenten der Qualitätssicherung (z. B. LEWO/WHOQoL, PPQ) und Partizipation (z. B. FIPA/AWO), den Indexen für Inklusion, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie aus persönlicher Zukunfts- und Teilhabeplanung entwickelt. Nach einem Vortest wurden die Formulierungen noch einmal verändert, Karten zusammengefasst und in die Dimensionen »Mein Alltag«, »Meine Hilfen«, »Meine Rechte« und »Meine Gegend« analog zur Systematik der Indexe für Inklusion gegliedert. Außerdem wurden sie überwiegend in Leichte Sprache übersetzt.

Zwanzig Träger – jeweils vier der Arbeiterwohlfahrt, des Caritas-Verbandes, des Deutschen Roten Kreuzes, des Paritätischen und der Diakonie – nahmen mit insgesamt 82 Nutzerinnen und Nutzern an der ersten Welle der Erprobung teil. Dabei wurde auf ein Diversity Sampling (Auswahl und Repräsentation von Verschiedenheit) geachtet. Vor dem Hintergrund, dass in Deutschland keine belastbaren Zahlen zur Grundgesamtheit existierten, bot dieses Stichprobenverfahren die Möglichkeit, wichtige Strukturelemente von Lebenslagen erwachsener Menschen mit Behinderungen beschreiben und abbilden zu können. Zu

den Teilnehmenden gehörten Menschen mit psychischen Erkrankungen und Lernschwierigkeiten aus alten und neuen Bundesländern sowie aus städtischen und ländlichen Lebensräumen. Ebenso wurde auf eine ausgewogene Arbeitsverteilung der Probandinnen und Probanden geachtet. Weiter nahmen zwei Personen mit sehr ausgeprägten Kommunikationsbeeinträchtigungen an der Studie teil, um die Anwendbarkeit des Verfahrens auch für diese Gruppe zu erkunden.

Bei etwa der Hälfte der Teilnehmenden waren die wissenschaftlichen Begleiterinnen und Begleiter vor Ort und leiteten sie im Projekt an. Parallel wurden die anderen Betroffenen und ihre Bezugsbetreuer intensiv geschult. Dieses Kontrollgruppendesign galt es auszuwerten und stellte die Erprobung der Prozessbestandteile des Verfahrens dar.

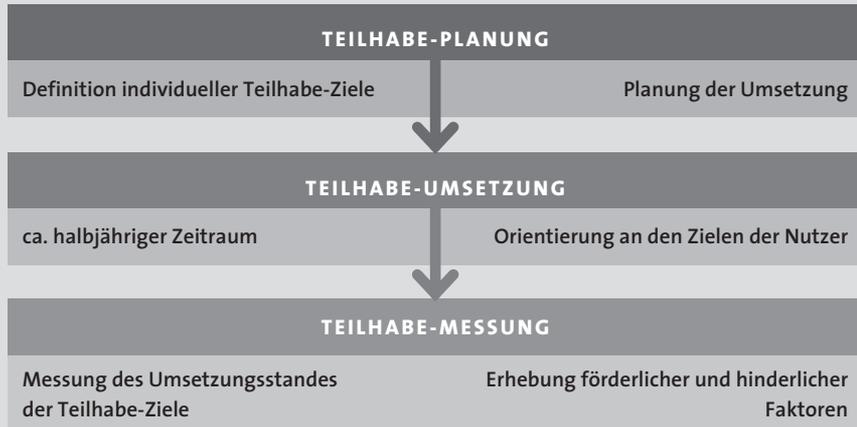
Die Teilhabekiste wurde den Teilnehmenden als Anregung dargeboten. Das umfangreiche Kartenset mit möglichen Teilhabezielen diente als Auswahlverfahren für individuelle Anzeiger. Alle Interessen und Auswahlentscheidungen wurden dokumentiert, um nicht gewählte Karten mit ähnlichen Inhalten auszudünnen. Das Set wurde um Karten mit Themen ergänzt, die sich Teilnehmende zusätzlich wünschten (gemäß dem Delphi-Verfahren; HÄDER 2002).

Mit dem PATH-Prozess (Planning Alternative Tomorrows with Hope; GÖBEL, KASANG 2005) fand ein mehrstufiger Auswahlprozess zur individualisierten Planung statt, der durch die Methode Photovoice (WANG 1999) unterstützt wurde. Hierzu wurden eigene digitale Bilder zu den Teilhabezielen erstellt. Der Erarbeitungsprozess schloss mit einem im Projekt entwickelten Dokument »Teilhabeanzeiger« ab, das einen übersichtlichen Plan mit Ziel, Anzeiger und beabsichtigten Maßnahmen zur Teilhabeumsetzung enthielt.

Nach etwa sechs Monaten erfolgte eine Einschätzung, in welchem Maß die Teilhabeziele umgesetzt wurden. Als Messkriterium diente die fünfteilige Beurteilungsskala der ICF. Gleichzeitig wurden Förderfaktoren und Barrieren der Umsetzung dokumentiert und die erreichte Teilhabe aus Nutzer- und Bezugsbetreuersicht sowie aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung beurteilt (Abb. 1, S. 14).

Parallel zur Auswertung der ersten Welle wurden die Ergebnisse der Nutzerwahlen und -ergänzungen analysiert und in eine überarbeitete Version der Teilhabekiste umgesetzt. Diese wurde erneut erprobt. Auch die Ergebnisse der Nutzerwahlen und -ergänzungen der zweiten Welle galt es, in die Endversion einzuarbeiten. Auf diese Weise wurden die

ABBILDUNG 1 Ablauf des Teilhabeprozesses



Instrumente optimiert sowie das Indikatorenset »TeilhabeKiste« verdichtet. Die Systematisierung der in zwei Wellen erforschten Teilhabeanzeiger ist in Abbildung 2 dargestellt.

Die Befragungen während der Prozessauswertungen haben ergeben, dass über die Hälfte der Projektteilnehmenden mit den vier Bereichen: »Meine Umgebung«, »Mein Alltag«, »Mein Recht« und »Meine Hilfen« keine sinnvolle Struktur verknüpfen. Daher wurden die vier Bereiche nach der zweiten Welle der Erprobung aufgehoben. Die übergeordneten Kategorien »Alltag«, »Unterstützung«, »Rechte« und »Sozialraum« fanden bei den einzelnen Karten aber weiter Berücksichtigung. Zur besseren Orientierung wurde eine einheitliche Gesamtsystematik geschaffen, die sich an den von Nutzerinnen und Nutzern definierten Lebensbereichen orientiert und folgende Bereiche umfasst:

- miteinander sprechen;
- Pläne für meine Zukunft;
- tägliche Dinge erledigen;
- lernen;
- Arbeit;

ABBILDUNG 2 Systematisierung der Teilhabeanzeiger

<b>Teilhabe in meinem Alltag</b> Unser Miteinander und meine Gefühle	<b>Teilhabe in meinem Alltag</b> Welchen Rahmen brauche ich dafür?	<b>Teilhabe in meinem Alltag</b> Was kann ich dafür machen?
<b>Teilhabe bei meinen Hilfen</b> Wie gehen Profis und ich miteinander um?	<b>Teilhabe bei meinen Hilfen</b> Welchen Rahmen brauche ich dafür?	<b>Teilhabe bei meinen Hilfen</b> Was können wir gemeinsam dafür tun?
<b>Mein Recht auf Teilhabe</b> im Miteinander	<b>Mein Recht auf Teilhabe</b> und was brauche ich dafür?	<b>Mein Recht auf Teilhabe</b> und was kann ich dafür tun?
<b>Meine Gegend</b> und wie spüre ich dort Teilhabe?	<b>Meine Gegend</b> und was brauche ich, dass ich dazugehöre?	Was kann ich tun, um in <b>meiner Gegend</b> dazu- zugehören?

- selbstständig unterwegs sein;
- Wohnen;
- Gesundheit;
- an mir arbeiten;
- Freunde und Familie und alle Menschen, die ich mag;
- Freizeit und einfach mal entspannen;
- Glaube;
- Betreuerinnen und Betreuer;
- rechtliche Betreuung;
- meine Rechte;
- bei der Politik mitmachen.

Das erprobte Teilhabeinstrument besteht folglich nicht nur aus einer »Hardware«, der Teilhabekiste, sondern auch aus einem speziellen, überprüften Verfahren der Anwendung. In diesem Verfahren stehen die Bestimmung der Ziele, die Planung der Umsetzung und das abschließende Messen im Vordergrund. Im direkten Kontakt mit den Nutzerinnen, Nutzern und Mitarbeitenden der Einrichtungen, einem moderierenden Unterstützer und möglichst weiteren Unterstützern wird die Planung

von Zielen über die Auswahl individueller Teilhabeindikatoren vorgenommen.

Der Bewertungsprozess basiert auf zwei Schritten. Im ersten Schritt wird der vorliegende Teilhabeanzeiger (Soll-Zustand) mit der aktuellen Ist-Situation der Teilnehmenden verglichen. Aussagen darüber treffen der Projektteilnehmer und begleitende Betreuer. Beide Einschätzungen werden in Bewertungsbögen («Mein Bewertungsbogen« und »Bewertungsbogen für Unterstützer«) erfasst. Prozessanweisungen hierfür geben wieder, dass möglichst Projektteilnehmer, begleitender Betreuer und ein weiterer Unterstützer mit Moderationsfunktion teilnehmen sollten. In einem Gespräch wird zunächst die teilnehmende Person zu den Ergebnissen des Teilhabeprozesses befragt. Diese Vorgehensweise stellt sicher, dass die Nutzerinnen und Nutzer durch die Antworten der Fachkräfte nicht beeinflusst werden. Zugleich können Meinungen und Eindrücke gegenseitig ausgetauscht werden.

Gemessen wird ein Mittelwert gelingender Teilhabeprozesse aus Nutzersicht. Das Bewertungsprinzip liefert damit wichtige Hinweise für den Einzelnen, bietet gleichzeitig aber auch einen Vergleich anhand von Referenzwerten aus dem Projekt. Sozialen Einrichtungen oder Diensten gibt das Messverfahren Aufschluss über die individuellen Teilhabeprozesse und ihren Erfolg. Anhand der Bewertung mehrerer Teilhabeprozesse zeichnet sich ein Gesamtergebnis für die Gruppe ab: »Ich erkenne, wie gut es mir durchschnittlich gelungen ist, die Teilhabeprozesse von Menschen mit Beeinträchtigungen im Kontext der Einrichtung oder des Dienstes umzusetzen.«

Die qualitative Begleitforschung der Prozessdokumente von Bezugsbetreuerinnen, Nutzern und begleitenden problemzentrierten Gruppendiskussionen hat ergeben: Das Instrument Teilhabekiste erleichtert den Prozess der Zielermittlung und Zieldefinition von Teilhabe für Nutzerinnen und Nutzer. Diese nennen neue, den Fachleuten bisher unbekannte Wünsche sowie Ziele und kommen zu verständlichen Teilhabeanzeigern. Damit erfolgt eine deutlichere Personenzentrierung vergleichsweise zu Hilfeplaninstrumenten. Bezugsbetreuerinnen und -betreuer erleben die Gespräche mit Nutzerinnen und Nutzern sowie die Ergebnisse von Photovoice als weiterführender. Ein besseres und anderes Kennenlernen der Teilhabe- und Lebensperspektiven der Betroffenen ist möglich.

Die Nutzerinnen und Nutzer selbst beschreiben in problemzentrierten, qualitativ ausgewerteten Gruppendiskussionen das Teilhabeinstrument

wie folgt: Die Teilhabekiste und Teilhabeanzeiger unterstützen, eigene Ziele zu finden und neue Ideen zu entwickeln. Die Teilhabekiste stellt die eigenen Möglichkeiten und Rechte dar. Die Instrumente helfen, Dinge zu planen, die sich Nutzerinnen und Nutzer schon lange vorgenommen haben oder die für ihre Lebensplanung und Teilhabe entdeckt werden konnten. Die verbindlich zu entwickelnden Teilhabeanzeiger lassen erkennen, was die Person und ihre Unterstützer tun müssen und was gebraucht wird, damit eigene Teilhabeziele erreicht werden können. Die entwickelten Methoden und Instrumente sind verständlich und konkret. Sie bereiten Freude und motivieren zur Umsetzung (siehe auch [www.bagfw.de/qualitaet/wie-misst-man-teilhabe-in-der-eingliederungshilfe-projektfilm/](http://www.bagfw.de/qualitaet/wie-misst-man-teilhabe-in-der-eingliederungshilfe-projektfilm/)).

## Was bedeuten Bewertungen für soziale Dienste oder Einrichtungen?

Die Messung und Bewertung eines Einzelfalles gibt Aufschluss über diesen konkreten Teilhabeprozess und den Erfolg. Im Kontext der Jugendhilfe (mit deutlich kürzeren Förderungszeiträumen) hat sich eine verkürzte Auffassung etabliert, die Zielerreichung gleichsetzt mit erfolgreicher Maßnahme. Fachkräfte können jedoch nicht das Erreichen eines Teilhabeziels sicherstellen, sie können Betroffene nur dabei unterstützen, ihre Anzeiger für Teilhabeziele zu erkennen und realistische Formulierungen zu entwickeln. Nur so können Erfolge erreicht und die Betroffenen motiviert werden.

Hierzu darf die Messung von subjektiver Teilhabe zum einen nicht normativ, d. h. Teilhabeziele vorgebend sein und zum anderen keinen unmittelbaren, sondern nur einen mittelbaren Rückschluss auf den Erfolg von Eingliederungsmaßnahmen erlauben. Dennoch liegt der Schlüssel einer gelingenden Unterstützung im Kontext der Eingliederungshilfe darin, im Einzelfall sowie in der Gesamtgruppe Erfolge in Teilhabeprozessen zu erzielen. Dies stellt sozusagen einen »Generalindikator« dar, weil es damit den Prozess des Teilhabens bewertet.

Gute Unterstützung für selbstbestimmte Teilhabe zu leisten, ist ein wesentliches Ziel der Eingliederungshilfe. Aus dem Bewertungsverfahren erfährt man etwas über die Wirkung von Unterstützungsleistungen.

Selbstbestimmt teilhaben ist ein Handlungsprinzip. Es entfaltet seine Wirkung jedoch nur dann, wenn nicht normativ vorgegangen wird: Teilhabeziele sind nur individuell im Kontext der eigenen Lebenslage bedeutsam. Es geht folglich um die Anzahl von »Erfolgsgeschichten« in der Eingliederungshilfe.

Die Projektergebnisse zeigen, dass nicht alle Prozesse erfolgreich abgeschlossen werden. Insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen gelingt dies häufig nicht. Menschen ändern ihre Ziele, oder Ziele verlieren ihre Attraktivität. Umstände haben sich verändert, Barrieren aufgetan und Ziele konnten nicht erreicht werden. Dennoch ist in jedem Einzelfall zu fragen, wie eine bessere Unterstützung beim Finden der Ziele, beim Formulieren der Anzeiger sowie beim Überwinden von Barrieren geleistet werden kann. Die Überlegung, was in einem weiteren Planungszeitraum optimiert werden kann, wie Anzeiger und Ziele erfolgreicher definiert werden können, ist wichtiger Inhalt einer Unterstützungsleistung. Im Kern geht es darum, Selbstwirksamkeit zu erleben.

Zusätzlich liefert der Bewertungsbogen gute Hinweise für eine fachliche Überprüfung oder ein Qualitätsmanagement. Das Projekt gewinnt zugleich an Bedeutsamkeit, weil es in allen prozessorientierten Hilfe- oder Teilhabeplanungssystemen angewendet werden kann.

Evaluationsstudien von Hilfeplanverfahren haben deutlich gemacht, dass häufig genau an diesem zentralen Punkt – bedeutsame Ziele für sich und nicht für die anderen zu finden – besondere Sorgfalt nötig ist. Für diesen Kernprozess bietet das entwickelte Verfahren eine gute Unterstützung. Die Teilhabekiste ist in Leichter Sprache formuliert und auf der Ebene der Anzeiger und Teilhabeziele mit Bildern von Expertinnen und Experten aus Erfahrung versehen. Im Projekt wurde auch evaluiert, ob die Sprach- und Darstellungsform Menschen mit psychischen Erkrankungen abschreckt oder diese sich nicht ernst genommen fühlen. Es stellte sich aber heraus, dass dies nicht der Fall ist.

## Literatur

- BARTELHEIMER, P.; FROMM, S.; KÄDTLER, J. (Hg.) (2012): Bericht-  
erstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland.  
Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht. Wiesbaden: VS Verlag für  
Sozialwissenschaften.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2011):  
Vereinbarung über die Rechte von Menschen mit Behinderung in  
Leichter Sprache. [www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/  
user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRPD\\_  
behindertenrechtskonvention/crpd\\_leichte\\_sprache\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_leichte_sprache_de.pdf)  
(21.05.2015).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2013):  
Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von  
Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung –  
Behinderung. [www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-  
Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf;jsessionid=CC3E5D127E  
DDB9F46116AC45DF425E68?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf;jsessionid=CC3E5D127EDDB9F46116AC45DF425E68?__blob=publicationFile) (21.05.2015).
- GÖBEL, S.; KASANG, M. (2005): »Am liebsten die Taube in der Hand«.  
Berufliche Wünsche planvoll unterstützen. In: *impulse*, (33), S. 3–7.
- HÄDER, M. (Hg.) (2002): Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. Wies-  
baden: Westdeutscher Verlag.
- SEIFERT, M. (2011): Kundenstudie. Bedarf an Dienstleistungen zur  
Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung. Berlin:  
Rhombos-Verlag.
- WANG, C. C. (1999): Photovoice: a participatory action research  
strategy applied to women's health. In: *Journal of Women's Health*,  
8 (2), S. 185–192.

*Prof. Dr. Petra Gromann ist Soziologin, Professorin für Rehabilitation und Studiengangsleiterin für den berufsbegleitenden blended learning Studiengang M. A. »Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie« ([www.social-maps.de](http://www.social-maps.de)) sowie den berufsbegleitenden B. A. »Soziale Arbeit« ([www.basa-online.de](http://www.basa-online.de)).*

# »Ziele für sich alleine festlegen und nicht mehr für andere« – ein Forschungsbericht

*Ariane Sylpp und Klaus Budinger*

Ausgangsbasis dieses Forschungsberichtes ist das Modellprojekt des Instituts für personenzentrierte Hilfen Fulda »Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?«, das durch die Aktion Mensch gefördert wurde (vgl. BRÜCKNER 2011). Ziel des Projektes war es, ein Instrument zu entwickeln, mithilfe dessen subjektive Teilhabeanzeiger bestimmt werden können, um so Teilhabe aus Sicht von Menschen mit psychischer Erkrankung, Lernschwierigkeiten und/oder Mehrfachbehinderung zu messen (KRASCHL 2013). Dies stellt zugleich die wichtigste Phase in Hilfeplanverfahren dar. Im Folgenden werden nur die qualitativen Dokumente ausgewertet, die Expertinnen und Experten mit psychischer Erkrankung betreffen.

Anhand von problemzentrierten und strukturierten Interviews (Telefon- und Gruppeninterviews) sowie Sitzungsprotokollen und Auswertungsgesprächen entstanden die Daten dieses Forschungsprojektes. Die Gespräche ermöglichten es, subjektive Wahrnehmungen und Bearbeitungsweisen, also die subjektive Sicht der Betroffenen zur Zielbestimmung und -erlangung zu erfassen. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, vollständig transkribiert und anonymisiert. Bei den Auswertungsgesprächen sowie einigen Interviews handelte es sich um Mitschriften, die die Projektleiter im Anschluss der Gespräche anfertigten.

Die verwendeten Materialien wurden angelehnt an die Methode der Grounded Theory (ARNOLD 2002) ausgewertet. Aus den gewonnenen Eindrücken ließen sich Hypothesen und Fragestellungen formulieren. Diese wurden anhand von Induktion und Deduktion bis zur »Sättigung« der Kategorien geprüft.

- » Für die Grounded Theory ist [...] ein permanenter Wechsel zwischen Induktion und darauf folgender Überprüfung (Deduktion) von vorläufigen Zusammenhängen typisch, die so immer weiter verfeinert werden [...] Bei

der Induktion geht man von einer Entdeckung eines Zusammenhangs in der Empirie aus (den man aus Daten z. B. aus Interviews oder Teilnehmender Beobachtung gewonnen hat) und sagt: ›Das könnte so sein!‹ Das Motto der Deduktion wäre dann, in Bezug auf die Theorie – hier: diese vorläufige theoretische Annahme – in der Empirie (in weiteren Interviews oder Beobachtungen) zu fragen: ›Ist das so?‹. « (Ebd., S. 7 f.)

Über die Grounded Theory ist es möglich, sich einer offenen Fragestellung mithilfe des Theoretical Sampling zu nähern. Gleichzeitig kann durch die Kodierung von Inhalten eine große Datenmenge bearbeitet werden (vgl. LETTAU, BREUER o.J.). Wichtig war es, mit Offenheit an die Erforschung heranzugehen, da es sehr ungewiss war, welche Themen oder Überraschungen die Texte bieten würden.

Als Hauptthema entwickelte sich dabei die Frage, ob und in welcher Weise Teilnehmende mit einer psychischen Erkrankung beeinflusst werden und welche Faktoren sich auf den Kernprozess von Hilfeplanung (Zielbestimmung) auswirken. Zum Zweck einer kommunikativen Validierung unterhielt das Autorenteam, das selbst über langjährige Erfahrungen in der Begleitung von Menschen mit psychischer Erkrankung verfügt, eine regelmäßige »Forschungswerkstatt«, in der die Auswertungsmethode, Kategorien und damit verbundene Fragestellungen, Hypothesen und Ergebnisse kritisch diskutiert und überprüft wurden.

Die Ergebnisse lassen sich grob in den Einfluss auf Zielbestimmung und Zielerlangung aufteilen. Der Zielfindungsprozess wird in hohem Maß als beeinflusst erlebt – sowohl positiv als auch negativ – und ist als Spannungsfeld zu beschreiben. Die Zielbestimmung für das eigene Leben ist an starke Gefühle gekoppelt.

Die Umsetzung von Zielen ist wesentlich mit der eigenen Aktivität verbunden, sie lebt von der Verfügbarkeit von Bezugspersonen oder Unterstützern. Professionelle Unterstützer sind »Fluch« und »Segen« zugleich. Flexible, auf Klientinnen und Klienten angepasste Nähe-Distanz-Verhältnisse, die von Empathie und Vertrauen geprägt sind, sowie eine umfassende professionelle Bildung, Zeit und Geduld bringen den »Segensanteil« zum Vorschein.

Bereits Sarah HITZLER (2012) formuliert die Gesprächsführung im Hilfeplangespräch als Dilemma. Die Art der Kommunikation beeinflusst den Prozess: Auch bei Expertinnen und Experten mit psychischen Erkrankungen sind eine verständliche Sprache und einfache sowie klare

Gestaltung von Hilfen von großer Bedeutung. Die im Projekt entwickelte Teilhabekiste stellt Möglichkeitsräume zur Verfügung und regt eine eigene Auseinandersetzung an.

Wiederholungen, geschlossene und direktive Fragen machen es leicht, zu reagieren. Das eigene Handeln und eigene Entscheiden – »Ist mir das wichtig oder nicht so wichtig?« – wird zum Maßstab. Der Prozess – »Was ist jetzt, und was wünsche ich mir?« – muss gestützt werden, damit eigene Erläuterungen und »Geschichten« entstehen. Insgesamt dürfen Kommunikation und Festlegung nicht zu schnell erfolgen.

Der Zielfindungsprozess wird folglich sowohl durch die Struktur des Gespräches als auch den Zeitrahmen bestimmt. Die Teilnehmenden selbst beeinflussen und spiegeln mit ihrer Befindlichkeit (Erkrankungsfolgen, Einschränkungen, Verstehen, Mitmachen und Antrieb) den Prozess zu eigenen »identitätsnahen« Zielen wider, die dann auch motivierende Kraft entfalten können. Angehörige werden wie professionelle Mitarbeitende als Fluch und Segen im Einfluss erlebt, insgesamt ist jedoch die Beteiligung externer Personen außerhalb der Klienten-Fachkraft-Beziehung für die Unterstützung von Selbstbestimmung hilfreich.

## Einschränkungen während der Zielfindung

Nicht von allen Teilnehmenden werden Hürden oder Einschränkungen benannt, dennoch bestehen diese. Deutlich wird es insbesondere bei Zielplanungen. Klientinnen und Klienten benötigen viel Unterstützung und Ermutigung, um ihre Wünsche und Ziele anzugehen. Der Rahmen »Hilfeplanung« gibt ein offizielles Setting vor, das vermeintlich nur dazu dient, Hilfen weiter zu bewilligen. Individuelle Perspektiven überhaupt zu bedenken, benötigt folglich Ermutigung.

Wenn bei Trägern schon individuellere Hilfe- und Lösungskonzepte umgesetzt werden, erleichtern diese die Formulierung und das Erreichen von Zielen – auch wenn sie Unterstützung außerhalb »eingefahrener« Hilfestrukturen zur Folge haben. Die Teilnehmenden fühlen sich weiterhin durch die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel sowie die vorgegebenen Strukturen der Einrichtungen oder des »Systems der Psychiatrie«, das lediglich auf individuelles Krankheitsgeschehen fokussiert, eingeschränkt.

## Die Bedeutung von Gefühlen

Genannte Gefühle beziehen sich nicht nur auf den Prozess der Bestimmung von Teilhabe- oder Hilfezielen, sondern sind durch die Gesprächssituation oder die am Gespräch beteiligten Personen geprägt. Vertrauen erscheint aus Sicht der Klientinnen und Klienten besonders wichtig für ein offenes und ehrliches Gespräch. Im gefühlsmäßigen Ausdruck wird meist auch deutlich, wie zufrieden die Person insgesamt ist und welche Einstellung sie zu dem Hilfesystem besitzt. Eine Teilnehmerin bringt die Forderung nach mehr Individualisierung und Selbstbestimmtheit im Sinne der Personenzentrierung durch ihren künftigen Wunsch »Ziele für sich alleine festlegen und nicht mehr für andere« (SYLUPP, BUDINGER 2014, S. 5) auf den Punkt.

Emotionale Einschätzungen zum Prozess der Zielbestimmung decken eine breite Palette ab: von sehr interessiert, motiviert und mit klaren Vorstellungen bis beeinflussbar und keine eigenen Vorstellungen besitzend oder gleichgültig.

Für die Gesprächssituation ist neben der schon benannten Vertrauensbasis auch »Anlauf« notwendig. Einige Teilnehmende benötigen Zeit, Konzentration und die Sicherheit durch eine bekannte Person wie die Bezugsbetreuerin oder den Begleiter. Bei einer von vornherein emotional negativ geprägten Einstellung ist die Gesprächsführung schwierig bis nicht möglich. Eine negative Grundeinstellung zu Hilfen wirkt sich negativ auf das Zielgespräch aus.

## Beteiligung als Selbstwirksamkeitserfahrung

Eine aktive Unterstützung durch Bezugsbetreuerinnen und Begleiter – wie Gesprächsangebote – ist für die Teilnehmenden wichtig. Dennoch ist zur Bestimmung motivierender Ziele und zur Umsetzung eigener Schritte unerlässlich, dass eigenes Handeln, eigenes Überlegen und Ausprobieren im Zentrum stehen. Beim Lesen des Ausgangsmaterials entstand der Eindruck, eine aktive Beteiligung oder das Engagement für Klientinnen und Klienten durch die Professionellen und Einrichtungen habe einen wesentlichen Einfluss auf die Zielbestimmung und -umsetzung.

Tatsächlich wird dieser Punkt von Teilnehmenden kaum thematisiert, und es gibt nur wenige Belege (Zitate) für diese These. Vielmehr wird die Unterstützung im Prozess der Hilfeplanung und bei der Eigenständigkeit der Zielfindung genannt.

Wichtig ist für die Teilnehmenden, einen Ansprechpartner vor Ort zu haben: »Es sollte helfende Ansprechpartner geben.« (Ebd., S. 5) Vorrangig sind hierbei die Bezugsbetreuungen, Vertretungen oder gesetzlichen Betreuungen. Vor allem am Wochenende gibt es jedoch nach wie vor wenig Unterstützung: »Aber manchmal ist gar keine bei uns am Samstag da.« (Ebd., S. 5)

Das Erreichen von Zielen hängt von mehreren Faktoren ab, die nicht nur im Teilnehmenden selbst begründet liegen, sondern auch in seiner Umgebung. Dominant sind Faktoren, die umfassen, wie die Teilnehmenden zu den Zielen stehen (Motivation und Durchhaltevermögen) und wie die Ziele vorbereitet werden (konkrete und eigene Zielbestimmung, praktische Planung und Unterstützung von Maßnahmen): »Barrieren für die Nicht-Umsetzung von Teilhabezielen scheinen aus Sicht aller Projektbeteiligten vor allem bei den Teilnehmern selbst zu liegen, da entweder der eigene Antrieb zu gering war oder aber zwischenzeitlich andere Prioritäten entstanden sind.« (Ebd., S. 5)

## Diskussion zu Forschung und Literatur

In dem Modellprogramm »Hilfeplanung als Kontraktmanagement«, das sich mit der Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens für die Jugendhilfe beschäftigt, werden Rahmenbedingungen beschrieben, die sich mit hiesigen Ergebnissen decken. Für Hilfeplanverfahren gefordert werden dabei »die Notwendigkeit eines angemessenen zeitlichen Rahmens«, »geschützte Räume in angenehmer Atmosphäre«, »eine gute Vorbereitung dieser Gespräche durch die Fachkräfte«, »eine klare Moderation und Strukturierung des Gespräches«, »auf eine gewisse zeitliche Begrenzung« zu achten sowie »den gesamten Hilfeplanprozess transparent [...] in einer für sie verständlichen und annehmbaren Art zu gestalten« (MFH 2003, S. 32 f.).

Eine weitere Quelle fordert eine klientenzentrierte Gesprächsführung. Diese zeichnet sich durch »empathisches Zuhören« und »empathisches Verstehen«, »unbedingte Wertschätzung«, »kritische Reflexion

nicht-adäquater Verhaltensweisen« sowie diverse Rahmenbedingungen für das Gespräch aus (WEINBERGER 2013, S. 7 f.).

Die bisherige Recherche brachte Literatur zutage, die sich mit dem Thema des Hilfeplanverfahrens, vor allem für den Bereich der Jugendhilfe, beschäftigt. In der Literatur finden sich überwiegend Hinweise, welche Rahmenbedingungen für effektive Gespräche notwendig sind. Ein bestehender Einfluss wird in einer weiteren Begleitforschung des Projektes deutlich. Hier werden »Barrieren« benannt, die im Zusammenhang mit der Umsetzung von Teilhabezielen bestehen (WUCHERPFENNIG 2013, S. 1). Ferner wird auf die Notwendigkeit einer Leichten Sprache verwiesen. Es wird hervorgehoben, dass es Bezugsbetreuern schwerfällt, den Teilhabeprozess nicht aktiv mitzugestalten und Geduld aufzubringen.

Teilweise resultiert auch eine Abhängigkeit zwischen Betreuten und Betreuern aus motorischen Einschränkungen. Die Gespräche sollten darüber hinaus möglichst kurz gefasst werden, um die Konzentrationsfähigkeit der Betreuten gewährleisten zu können. Wesentlich ist es, sowohl Vertrauen aufzubauen als auch eine Kultur zu schaffen, in der es für Klientinnen und Klienten selbstverständlich ist, eigene Ziele und Wünsche zu formulieren. (Vgl. ebd.) Da sich die Inhalte mit unseren Ergebnissen decken, kann unser anfänglicher Eindruck, dass bislang eine Beeinflussung in der Zielplanung und -umsetzung erfolgt, als bestätigt betrachtet werden. Jedoch muss ein Einfluss nicht zwingend negativ sein. Wichtig ist es, sich dessen bewusst zu sein.

Um im Sinne der Klientinnen und Klienten zu handeln oder diese in ihrem Interesse zu unterstützen, ist ein geeigneter Kommunikationsstil zu verwenden, den Beteiligten ausreichend Ruhe und Zeit zu gewähren, aber auch dem Umfeld der Teilnehmenden sowie den Teilnehmenden selbst gegenüber achtsam zu sein. Eine angemessene Zielfindung und Planung von Hilfen und Maßnahmen kann nur unter Berücksichtigung der Personenzentrierung erfolgen.

## Literatur

ARNOLD, D. (2002): Qualitative Forschung: Grounded Theory. Studienbrief, Fernstudienagentur des Fachhochschul-Fernstudienverbundes (FVL) Berlin.

- BRÜCKNER, A. (2011): »Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?« Unveröffentlichte Masterthesis.
- HITZLER, S. (2012): Aushandlung ohne Dissens? Praktische Dilemmata der Gesprächsführung im Hilfeplangespräch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- KRASCHL, C. (2013): »Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?« Unveröffentlichter Zwischenbericht.
- LETTAU, A.; BREUER, F. (O.J.): Kurze Einführung in den qualitativ-sozialwissenschaftlichen Forschungsstil. [www.psy.uni-muenster.de/imperia/md/content/psychologie\\_institut\\_3/ae\\_breuer/publikationen/alfb.pdf](http://www.psy.uni-muenster.de/imperia/md/content/psychologie_institut_3/ae_breuer/publikationen/alfb.pdf) (21.05.2015).
- Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens (MFH) (Hg.) (2003): Hilfeplanung als Kontraktmanagement? Erster Zwischenbericht des Forschungs- und Entwicklungsprojekts »Hilfeplanung als Kontraktmanagement?«. [www.uni-koblenz-landau.de/de/koblenz/fb1/sempaed/sozpaed/projektinfos/hilfeplanung-als-kontraktmanagement\\_zwischenbericht.pdf](http://www.uni-koblenz-landau.de/de/koblenz/fb1/sempaed/sozpaed/projektinfos/hilfeplanung-als-kontraktmanagement_zwischenbericht.pdf) (21.05.2015).
- SYLUPP, A.; BUDINGER, K. (2014): Ziele für sich alleine festlegen und nicht mehr für andere. Unveröffentlichter Artikel zum Handlungsforschungsprojekt im Rahmen des Masterstudiums »Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie« an der Hochschule Fulda.
- WEINBERGER, S. (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Weinheim: Beltz Juventa.
- WUCHERPFENNIG, O. (2013): Barrieren bei der Umsetzung von Teilhabezielen im institutionellen Rahmen der Behindertenhilfe. Unveröffentlichter Artikel zum Handlungsforschungsprojekt im Rahmen des Masterstudiums »Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie« an der Hochschule Fulda.

*Ariane Sylupp, Jahrgang 1982, ist Diplom-Sozialverwaltungswirtin und Absolventin des M. A. »Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie« in Anstellung als Sozialarbeiterin und Wohnbereichsleiterin im vollstationären Wohnheim für psychisch erkrankte Menschen in Neustadt, Holstein.*

*Klaus Budinger, Jahrgang 1962, ist Diplom-Sozialpädagoge und arbeitet im ambulant Betreuten Wohnen für psychisch erkrankte Menschen im Kreis Mettmann.*

# Begleitung zur persönlichen Zielfindung: Wie geht das?

*Bernd Prezewowsky*

Werde ich gefragt, welche Lebensziele ich habe und wie ich diese verfolge, fällt mir erst einmal nicht so richtig viel ein. Obwohl angeblich jeder Mensch dauernd irgendwelche Ziele verfolgt – auch wenn es gerade niemand bemerkt –, scheint es für die meisten von uns nicht leicht zu sein, unseren eigenen übergreifenden Grundorientierungen und »Leitzielen« auf die Spur zu kommen und diese zu beschreiben.

Menschen mit Behinderungen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe Leistungen beziehen, werden in der Regel mit strukturierten Hilfeplanverfahren konfrontiert, in denen ihre Ziele, ihre Einschränkungen, ihre Fähigkeiten und ihr Hilfebedarf erhoben werden. Durch den Hilfeplan soll der alltäglichen Arbeit Orientierung gegeben und ermöglicht werden, den Erfolg der Hilfe festzustellen. Wichtig ist dabei: Die Ziele sollen sich an der subjektiv geprägten Lebenswelt der leistungsberechtigten Personen orientieren und ihnen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung über ihr Leben und auch über die zu erbringenden Hilfen ermöglichen. Damit wird vorausgesetzt, dass die Leistungsberechtigten über ein Bewertungsschema verfügen, mit dem sie die möglichen Hilfeziele nach ihrer Bedeutsamkeit für das eigene Lebenskonzept auswählen können.

Was aber sind meine »Leitziele«, die den Hilfezielen und -maßnahmen ihren Sinn verleihen? Und wie kann ich ihnen auf die Spur kommen? Schaut man sich in der Praxis Hilfepläne von Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe an, fällt auf, dass diese mitunter seltsam »blutleer« wirken. Viele Klientinnen und Klienten wissen nicht, welche Ziele sie vereinbart haben. Und gefragt, ob die vereinbarten Ziele für das Gelingen ihres Lebens wichtig sind, zucken sie die Achseln.

Schaut man genauer hin, verwundert diese Situation nicht. Denn je strukturierter und »fachlicher« die Hilfeplanverfahren sind, umso eher scheinen sie dazu zu neigen, sich von der Sprache und dem Denken ihrer Klientinnen und Klienten zu entfremden. Handlungsziele sollen »SMART« sein, aber von Teilzielen und Indikatoren abgegrenzt werden.

Und welcher Klient kann auf Anhieb Ziele und Maßnahmen unterscheiden, wenn schon die professionellen Hilfeplaner dafür intensive Spezialschulungen benötigen?

Aus der Zusammenarbeit mit Menschen, die über lange Zeiträume intensive sozialpsychiatrische Eingliederungshilfen in Anspruch nehmen, entstand die Idee, die Fragen nach dem Sinn der Hilfe, ihrer Bedeutung für das eigene Lebenskonzept und das eigene Selbstverständnis neu zu stellen – und damit infrage zu stellen, was in »normalen« Hilfeplangesprächen stillschweigend vorausgesetzt wird: dass eine leistungsberechtigte Person selbstverständlich ihre persönlichen Leitziele benennen kann und dass daraus Hilfeziele abgeleitet werden können.

Umgekehrt gilt: Werden keine Leitziele benannt oder lassen sie sich nicht durch ein strukturiertes Interview erheben, gehen die Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner in der Regel davon aus, dass die Person über keine Leitziele verfügt – sie sei halt zu krank, zu gehandicapt, um solche schwierigen Fragen zu beantworten. Also bleiben die Leitziele unbenannt, und die Hilfeziele werden darauf beschränkt, dass der bestehende (Einrichtungs-) Alltag möglichst reibungslos bewältigt werden kann.

Was aber, wenn es sich hier um einen Fehlschluss handelt? Wenn aus der Tatsache, dass ein Mensch auf die Frage nach seinen Leitzielen keine Antwort weiß, gerade nicht folgt, dass er keine Leitziele hat? Was, wenn dieser Mensch von Zielen angetrieben wird, die er zwar nicht im sozialpädagogischen Jargon der Hilfeplanung ausdrücken kann, die seinem Alltagshandeln und -empfinden aber dennoch Sinn und Richtung geben? Und dies umso mehr, je weniger klar und bewusst die Person ihre Ziele in einen mitteilbaren sprachlichen Ausdruck kleiden kann?

In diesem Falle würden einige Zuschreibungen und Diagnosen, mit denen insbesondere sehr lange und intensiv betreute Menschen gern belegt werden, möglicherweise hinfällig. Motivations- und Antriebsprobleme, Störungen der Einsichtsfähigkeit, der Selbstverantwortung und der sozialen Kompetenz könnten sich als Ausdruck mangelnden Verständnisses dafür entpuppen, für welche Ziele sich die Person anstrengt, von welchen Bemühungen sie einen subjektiv bedeutsamen Nutzen erwartet – und von welchen eben nicht.

In Anerkennung der Schwierigkeit, den eigenen inneren Zielorientierungen auf die Spur zu kommen und diesen bewusst in den Aktivitäten des Alltags zu folgen, wurde die »Zielreise« entwickelt: eine Reiseroute zu den eigenen Zielen über sechs Stationen. Und in Anerkennung der

Anstrengungen, die dazu nötig sind, wurde die Reise als Gruppenreise konzipiert, in der die einzelnen Teilnehmenden zwar ihren je eigenen Zielen nachgehen, sich aber mit ihren Weggefährten austauschen und so Anregung und Unterstützung erfahren. Um in der Gruppensituation die persönlichen Themen der Einzelnen ausreichend würdigen zu können, umfasst eine Reisegruppe nicht mehr als sechs Personen.

Damit die Teilnehmenden nach der Reise ihre Ergebnisse weiter verwenden können, z. B. in Hilfeplangesprächen, bekommen alle ein vorgefertigtes »Logbuch«. In diesem werden die Arbeitsergebnisse jeder Route abgelegt und aufbewahrt.

## Die Routenplanung

Welche theoretischen Überlegungen liegen der Zielreise zugrunde? Die Routenplanung knüpft an den vorhandenen inneren Orientierungen der Teilnehmenden an. In Anlehnung an Robert B. DILTS (2014) werden die Reise und die mit ihr einhergehenden Kommunikationsprozesse als Komponenten eines veränderungsorientierten Handlungssystems aufgefasst (vgl. VOGT-HILLMANN u. a. 1998). Die Bewegung zwischen verschiedenen kognitiven Orientierungen richtet sich dabei nach dem alltagslogisch vertrauten Wechsel unterschiedlicher Fokussierungen: Die Reise beginnt mit dem Fokus auf dem Ausgangszustand der Person (Station 1) sowie den subjektiv bedeutsamen kognitiven Repräsentationen des gegenwärtigen Alltags (Station 2).

Die Einbettung des gegenwärtigen Zustands in den Kontext der individuellen Lebensgeschichte (Station 3) ermöglicht den Wechsel von der Zustands- auf die Prozessebene und öffnet den Blick für die Gewordenheit und den Veränderungscharakter des eigenen Lebens. Über Erzählungen und Lebensgeschichten wird die Aufmerksamkeit auf die subjektiv bedeutsamen und sinnhaften Entwicklungen im Zeitverlauf und damit auch auf das Entwicklungspotenzial in der Zukunft gelenkt.

Nun erst (Station 4) wird auf den in der Zukunft lokalisierten Zielzustand fokussiert. Die Zukunft wird hierbei als »begehbare« Landschaft skizziert, in die man sich hineinbegeben und die erkundet werden kann. Im nächsten Schritt (Station 5) werden die Ressourcen und Barrieren der Umgebung sowie die vorhandenen Fähigkeiten und Lernfelder zum

Zielzustand in Beziehung gesetzt. Mit dem erneuten Wechsel zurück auf die Prozessebene wird die Differenz zwischen Ausgangs- und Zielzustand als begehbare – oder in der Metapher des Lebensflusses: schiffbare – Wegstrecke konstruiert, auf der man bereits »unterwegs« ist.

Mit dem letzten Schritt (Station 6) wird der Kreis geschlossen und ein individuelles Handlungsmodell erstellt. Hierzu wird der Zielzustand in Verbindung mit den für seine Verwirklichung bedeutsamen Ressourcen gebracht. Die kognitiven Repräsentationen der Gegenwart aus Station 2 werden in den Kontext der Zielorientierung übertragen. Kurz gesagt: Das, was mir heute besonders wichtig ist, ist auch das, was mir meinen Weg in die Zukunft ebnet.

## Zwischenstationen und Routenverlauf

Welches sind nun die einzelnen Stationen der Reise, und wie verläuft die Route? Da die kognitiven Voraussetzungen der Teilnehmenden sehr unterschiedlich sind, musste ein Vorgehen entwickelt werden, mit dem auch Menschen mit gravierenden Einschränkungen der Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer und Denkfähigkeit, des Antriebs und der Affekte möglichst selbstbestimmte Ausdrucksformen ihrer persönlichen Werte und Ziele finden können. In Anlehnung an die Ideen der »Persönlichen Zukunftsplanung« (DOOSE 2013) wurde ein Methodenset entworfen, in dem gestalterisch-kreative, imaginative und bewegungsorientierte Elemente als Grundlage der schriftsprachlichen Aufzeichnungen eingesetzt werden.

### Station 1: »Wer ich bin«

Zu Beginn wählt jeder Teilnehmende eine Postkarte mit einem Hut, der zu ihm passt. Die Beschreibung der Assoziationen, Erinnerungen und Geschichten eröffnet den Teilnehmenden eine erste Ausdrucksmöglichkeit dafür, wer sie sind, als welche Person sie sich sehen und als welche sie von anderen gesehen werden möchten. Gleichzeitig dient die Vorstellung des eigenen Hutes dem Kennenlernen der Gruppe.

Im nächsten Schritt beschäftigen sich die Teilnehmenden mit der Frage, wie für sie ein guter Tag aussieht: Wie beginnt er, was kommt auf jeden Fall vor, und wie fühlt er sich an? Nach einem offenen Austausch über

die unterschiedlichen Sicht- und Erlebnisweisen setzen sich alle um ein großes Blatt Papier. Jeder beginnt an einer Fläche des Papiers ein Bild zu malen, das ausdrückt, was ihm wichtig ist. Nach Fertigstellung wird jedes Bild in der Gruppe gewürdigt und durch seine Urheberin oder seinen Urheber im Anschluss mit einer Überschrift versehen. Der Gruppencoach fotografiert alle Bilder und bringt den Teilnehmenden in der nächsten Sitzung einen DIN-A4-Ausdruck ihres Bildes mit, der dann im Logbuch abgeheftet wird.

Damit ist die erste Route geschafft. Abschließend geben die Teilnehmenden ein Feedback, wie sie den Beginn der Zielreise erlebt haben und ob sie sich verbindlich weiter daran beteiligen möchten. Falls Teilnehmende feststellen, dass sie die Reise lieber nicht fortsetzen wollen, können sie nach der ersten Etappe aussteigen. In diesem Fall kann der frei werdende Platz durch einen anderen Interessenten ersetzt werden, der seine Zielreise mit der zweiten Etappe beginnt.

## **Station 2: »Was mir wichtig ist«**

Im Vorfeld der zweiten Etappe verständigen sich die Teilnehmenden darauf, die gesamte Reise bis zum Ende miteinander verbringen zu wollen. Eine schriftliche Erklärung zur Verschwiegenheit gegenüber Außenstehenden wird von allen Teilnehmenden unterzeichnet. Die Regeln des Umgangs in der Gruppe werden anhand einer vereinfachten Version der Regeln themenzentrierter Interaktion (COHN 1994) geklärt und vereinbart. Insbesondere die unbedingte Freiwilligkeit bei der Vorstellung der eigenen Arbeitsergebnisse wird betont: Nur wer mag, stellt seine Ergebnisse vor. Wer diese lieber für sich behalten möchte, wird ausdrücklich dazu ermutigt.

Dann geht es mit der zweiten Etappe los. In eine vorstrukturierte Mindmap mit verschiedenen Themenfeldern tragen die Teilnehmenden ein, was ihnen persönlich wichtig ist. Die Hauptlinien sind:

- Bedürfnisse – was ich brauche;
- Gesundheit – was für meinen Körper wichtig ist;
- Menschen – wer mir wichtig ist;
- Gedanken – was mich beschäftigt;
- Freude – was mir guttut;
- Aufgaben – wofür ich mich anstrenge;
- Umgebung – wo ich lebe.

Anschließend werden die Mindmaps von ihren Verfasserinnen und Verfassern vorgestellt. Bei Bedarf unterstützt der Coach die Vorstellung durch behutsames Fragen. Wer mag, kann eine Rückmeldung der anderen Teilnehmenden erhalten. Bei sehr umfangreichen oder differenzierten Mindmaps ermutigt der Coach dazu, die wichtigsten Bereiche mit roten Kreisen zu markieren. Damit ist die zweite Station erreicht.

### **Station 3: »Wo ich herkomme«**

Stellen wir uns das Leben wie einen Fluss vor, der durch sein Bett fließt, so erscheinen Zukunft, Gegenwart und Vergangenheit nur als verschiedene Regionen einer Landschaft, durch die wir hindurchfließen. Manchmal passieren wir Einmündungen anderer Flüsse, die sich mit unserem eigenen Lebensfluss vereinen und diesen verändern. An anderen Stellen teilt sich unser Lebensfluss, und es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie unser Leben weitergehen kann. Die Fließrichtung unseres Lebens ist die Zukunft, deren Flussbett schon existiert – auch wenn wir noch nicht genau wissen, wie es aussieht.

Mit dieser Metapher werden die Teilnehmenden eingeladen, ihr bisheriges und künftiges Leben in einem Flusslauf darzustellen. Hierzu markieren sie einen Punkt auf dem vorstrukturierten Fluss als »Heute« und legen die Fließrichtung fest. Vom Heute aus wenden sie sich der Vergangenheit zu und tragen bedeutsame Abschnitte ein. Wichtige Einflüsse werden als Zuflüsse dargestellt, wichtige Entscheidungen als Flussgabelungen.

Im zweiten Schritt richten sie ihre Aufmerksamkeit auf die andere Seite des Heute, die Zukunft. Hier markieren sie Abschnitte, Einflüsse und Flussgabelungen, so wie sie sie persönlich erwarten und erhoffen. Zumeist ist es hilfreich, bei den Flussgabelungen zwischen Entscheidungen, die die Person selbst getroffen hat (oder treffen wird), und solchen, die für sie von anderen getroffen wurden (oder werden), zu unterscheiden. Nach Fertigstellung der individuellen »Flüsse des Lebens« werden diese gegenseitig vorgestellt. Wichtig ist es auch hier wieder, dass nur solche Aspekte zur Sprache gebracht werden, die die Person selbst preisgeben möchte. Denn in der Betrachtung der Lebensgeschichte werden naturgemäß auch schmerzliche und nicht selten traumatische Ereignisse und Erfahrungen berührt, die achtsam und respektvoll gewürdigt werden müssen.

Nach Vorstellung ihres persönlichen Lebensflusses werden die Teilnehmenden aufgefordert, die persönliche Lebensaufgabe, die aus ihrem bisherigen

und künftigen Flusslauf entspringt, zu formulieren und über dem Flusslauf zu notieren. Damit ist die dritte Station der Reise erreicht.

#### **Station 4: »Wo es mich hinzieht«**

Die nächste Etappe beginnt mit einer Zeitreise in die Zukunft. Mithilfe einer angeleiteten Fantasiereise werden die Teilnehmenden zu Besucherinnen und Besuchern ihrer eigenen Zukunft. Dort nehmen sie wahr, in welcher Umgebung sie sich befinden und was sie dort empfinden. Nach einer ausführlichen Erkundung der »Ziellandschaft« halten sie Ausschau nach einem Symbol, welches sie später an ihren Besuch in der Zukunft erinnern wird. Anschließend kehren sie in die Gegenwart zurück und notieren auf einem vorgefertigten Blatt ihre Eindrücke.

Unter dem Motto »Wenn wahr wird, was mir wichtig ist« schreiben sie in eine äußere Wolke hinein, wo und in welcher Umgebung sie sich dann befinden. In eine innere Wolke wird notiert, was sie erlebt haben. Das Symbol aus der Zukunft wird an seinem vorgesehenen Platz eingezeichnet. In einer kleinen Wolke steht, wann die Zukunft zur Gegenwart werden wird. Hierbei geht es weniger um die Angabe eines Datums als vielmehr um die Verortung der Zukunft in einer Abfolge von Entwicklungsschritten. Nach dem Austausch über die Zeitreise und die erstellten Notizen in der Gruppe konstruiert jeder Teilnehmende eine Vision von sich in der Zukunft, die er in einem oder mehreren kurzen Sätzen aufschreibt und auf sein Zielblatt klebt. Damit ist die vierte Station erreicht.

#### **Station 5: »Was ich bewirken kann«**

Unter dem Motto »Was von dem, was ich möchte, schon da ist« notieren die Teilnehmenden in einer äußeren Wolke die Unterstützungen in ihrer Umgebung, die sie auf dem Weg zum Ziel aktivieren können. Unter dem Motto »Was mich an dem hindert, was ich möchte« werden die Hindernisse geschrieben, die überwunden werden müssen. In die innere Wolke kommen die vorhandenen eigenen Fähigkeiten sowie die Lernfelder, die für den Weg zum Ziel wichtig sind. Im Gruppengespräch werden die Ausarbeitungen vorgestellt und gegebenenfalls durch die Rückmeldungen der anderen Teilnehmenden erweitert. Damit ist die fünfte Station erreicht.

## Station 6: »Wie ich meinen Weg gehe«

Die sechste und letzte Etappe fasst die bisher erarbeiteten Ergebnisse in einer Gesamtübersicht zusammen. In Abwandlung des Fischgräten- oder Ishikawa-Modells (ISHIKAWA 1982) wird der in der vierten Station erstellte Zielsatz auf der rechten Seite in einen leuchtenden Stern eingefügt. Die Mittelgräte bezeichnen den Weg zum Ziel. Die auf sie zulaufenden Seitengräten werden durch die Überschrift der zweiten Station (»Was mir wichtig ist«) gekennzeichnet. Hier tragen die Teilnehmenden die Aspekte ein, die sie auf dem Weg zu ihrem Zielbild beachten wollen. Dazu kehren sie noch einmal an die vorherigen Stationen zurück und übertragen das, was sie für wichtig halten, in das Fischgräten-Modell. Nach dem obligatorischen Austausch in der Gruppe ist die sechste und letzte Station erreicht. Die Zeit des Abschieds ist gekommen. Dafür schreibt jede Person für jeden anderen Teilnehmenden einen Abschiedsgruß, der mit den Worten beginnt: »Liebe/-r ..., für deine weitere Reise wünsche ich dir ...« Hier kann die gemeinsame Zeit noch einmal gewürdigt und gute Wünsche mit auf den Weg gegeben werden. Zum Abschluss überreichen die Teilnehmenden einander ihre Karten, erhalten vom Coach ein Zertifikat über die erfolgreiche Durchführung der Zielreise und verabschieden sich voneinander.

## Nach der Reise

Welche Ergebnisse und Wirkungen lassen sich feststellen? Zwischen Herbst 2013 und Frühjahr 2015 wurden insgesamt acht verschiedene Zielreisegruppen durchgeführt, mit jeweils sieben Einheiten à zwei Stunden Dauer. Die Gruppengröße betrug zwischen drei und sechs Personen, zuzüglich eines oder zwei Coachs. Die Abstände zwischen den einzelnen Terminen variierten, abhängig von der Entscheidung der Gruppe, zwischen einer, zwei oder auch drei Wochen. Während einige Gruppen mindestens zwei Wochen Zeit zwischen den Terminen haben wollten, um die Inhalte ausreichend verarbeiten zu können, war es anderen wichtig, eher am Stück zu arbeiten, um nicht den Zusammenhang zwischen den einzelnen Reiseetappen zu verlieren. Die erste Einheit galt immer als »Schnuppertour«, nach der man sich entscheiden konnte, ob man weiter teilnehmen oder lieber aussteigen mochte.

Zu den Teilnehmenden gehörten ausschließlich Menschen, die in teil- oder vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe lebten. Die Dauer der Psychiatrie-Erfahrung und der Unterbringung in betreuten Einrichtungen variierte zwischen wenigen Monaten und mehreren Jahrzehnten. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 24 und 70 Jahren.

Ein halbes bis ein Jahr nach Abschluss der Gruppe wurde eine Katamnese in Form von halbstrukturierten Interviews durchgeführt (MÜLLER-BOYSEN 2015). Eine Studentin der Psychologie, die selbst nicht an der Durchführung der Gruppen beteiligt war, befragte insgesamt zehn Teilnehmende (sechs Männer, vier Frauen) unter anderem zu folgenden Fragen:

- Hat die Zielreise Sie in Ihrer Selbstbestimmung unterstützt?
- Gibt es für Sie bis heute spürbare Wirkungen der Zielreise? Wenn ja, welche?
- Sind die Inhalte noch aktuell? Wenn ja, welche und welche nicht mehr?
- Welche Bedeutung hatte die Gruppe für die Klärung Ihrer persönlichen Ziele?
- Welche Auswirkungen hatte die Zielreise auf die Ziel- und Hilfeplannungen Ihrer Behörde und Ihrer Einrichtung? Ist die Bedeutung von »Selbstzielen« (im Unterschied zu »Fremdzielen«) größer geworden?
- Hatte die Zielreise Effekte, die über die Formulierung von Zielen hinausgingen? Wenn ja, welche?
- Welche Ziele hatten Sie?

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die meisten der befragten Teilnehmenden auch noch nach einem halben oder einem Jahr von der Zielreise profitieren, allerdings auf unterschiedliche Weise. Fast allen Teilnehmenden ist gemeinsam, dass sich ihre Bewusstheit für die eigenen Werte, Ziele und Prioritäten verstärkt hat. Auch wenn die erarbeiteten Inhalte nicht täglich präsent sind, hat sich doch das Grundgefühl dafür, welche Richtung das Leben hat, gefestigt und damit auch das Selbstbewusstsein verbessert. Frau P.: »Vorher war ich nicht in der Lage gewesen, zu sagen, was ich will, wollte niemanden sauer machen. Nun kann ich mehr für mich selbst eintreten, was ich möchte und was nicht. Aber auch Bewusstsein, was man braucht, um gesund zu sein und Ziele zu erreichen.« (Ebd., Zeile D)

Einigen Bewohnerinnen und Bewohnern fällt es nach der Zielreise leichter, zu beschreiben, warum sie in der Einrichtung leben und Hilfe

benötigen. Sie sind eher an Stabilitäts- und Erhaltungszielen orientiert und haben festgestellt, dass sie ihr Leben möglichst so fortführen möchten, wie sie es momentan tun. Die Zielreise hat geholfen, die Bewusstheit für die eigenen Prioritäten zu stärken und sich besser gegen von anderen »verordnete« Entwicklungsziele zu wehren. Es fällt ihnen leichter, die Langfristigkeit ihrer persönlichen Weiterentwicklung zu akzeptieren und bewusster im Jetzt zu leben. Herr A.: »Die Zielreise hat geholfen, Antworten zu finden, warum ich in der Einrichtung bin.« (Ebd., Zeile A) Frau K.: »Vor der Zielreise war mir nicht bewusst, warum ich eigentlich in der Einrichtung bin. Dann hat es endlich diesen Schubs gegeben, warum man eigentlich da ist.« (Ebd., Zeile J) Herr H.: »Langfristige Ziele sind schwerer zu akzeptieren. Früher habe ich mich damit sehr unter Druck gesetzt, nun habe ich das Bewusstsein, jeden Tag Schritte in die richtige Richtung zu gehen, z. B. zu üben, für mich alleine zu sein.« (Ebd., Zeile F)

Andere Teilnehmende beschreiben, dass die Zielreise sie bei der Vorbereitung auf Veränderungen ihrer Lebenssituation, z. B. beim Wechsel in die eigene Wohnung, unterstützt und ermutigt hat. Sich bewusst zu werden, was für die eigene Gesundheit wichtig ist, und dafür Verantwortung zu übernehmen, zu erfahren, dass man Schritte in die richtige Richtung getan hat und Gegenwart und Zukunft besser verbinden kann – das sind einige Aspekte, die helfen, Veränderungen zu bewältigen. Herr E.: »Die Zielreise hat geholfen, besser aus der WG rauszukommen. Gegenwart und Zukunft sind präsenter.« (Ebd., Zeile B)

Neben den »stabilen« und den »progressiven« Narrativen finden wir bei einigen Teilnehmenden eine innere Annäherung an mögliche Veränderungsziele, ohne dass diese konkret mit Handlungsplänen versehen werden. Diese Teilnehmenden beschreiben, dass ihre Zukunft »im Werden« sei. Dafür sei es wichtig, auf planerische Aktivitäten zu verzichten und die eigene Entwicklung nach dem ihr eigenen Tempo geschehen zu lassen. Die Zielreise hat hier eine größere Gelassenheit gegenüber der mitunter bedrohlich erscheinenden Zukunft bewirkt. Herr W.: »Bild für die eigene Zukunft wurde geschaffen. Hilft mir, nichts zu überstürzen, sondern folgerichtig der Zukunft zu folgen [...], Wunschgedanken wurden gefestigt, sind fester ins Auge gekommen.« (Ebd., Zeile G)

Die Gruppensituation wurde von den Teilnehmenden unterschiedlich, aber immer als hoch bedeutsam erlebt. Während sich die einen erst durch die Gruppe den eigenen wichtigen Themen angenähert haben, war es

anderen wichtig, sich in der Gruppe zurückhalten und persönliche Dinge »geheim halten« zu können, ohne dafür an Akzeptanz zu verlieren. Die Freiheit, selbst zu entscheiden, ob, wann und auf welche Weise man sich einbringt, wurde als wichtige Voraussetzung für die Erfahrung von Selbstbestimmung und Zugehörigkeit verstanden.

Andererseits wurden einige Teilnehmende durch die unbedingte Offenheit anderer dazu ermutigt, selbst Persönliches preiszugeben und damit Anerkennung, Aufgehobensein und Verstandenwerden zu erfahren. Frau K.: »Ein anderer Bewohner war unheimlich offen, machte Einfühlen möglich und gab mir das erste Mal das Gefühl, es könnte auch selber möglich sein, so zu sprechen; zeigte, dass es wichtig ist, auf die Gefühle anderer einzugehen, aber auch auf die eigenen.« (Ebd., Zeile J)

Nahezu alle Teilnehmenden sind sich einig, dass die Zielreise »harte Arbeit« war. Für die einen ging es dabei um die Konfrontation mit sich selbst, mit teilweise schmerzlichen Erinnerungen und um die Erkenntnis, »wo man steht«. Erst von diesem Punkt aus öffnete sich für die Teilnehmenden ein Weg in die Zukunft, an den sie innerlich glauben konnten. Für andere bestand die harte Arbeit darin, die Unterschiedlichkeit der Perspektiven und subjektiven Wahrheiten über ein gelingendes Leben zu akzeptieren. Wieder andere hatten mit der Selbstdisziplin zu kämpfen, die begonnene Reise auch auf unwegsamem Gelände fortzusetzen und nicht aufzugeben.

Wie unterschiedlich auch immer die persönlichen Herausforderungen empfunden wurden, sind nahezu alle Teilnehmenden stolz, am Ziel angekommen zu sein. Frau K.: »Die imaginäre Reise hat gezeigt, wo man steht. Das war erst mal ein harter Schlag innerlich, dann ist die innere Stabilität gewachsen.« (Ebd., Zeile J) Frau P.: »Mittlerweile brauche ich keine Skimaske mehr, sondern einen kleinen Hut. Ich möchte jetzt sehen und gesehen werden.« (Ebd., Zeile D) Frau Z.: »Die Gruppe war sehr intensiv mit den anderen Teilnehmern, war auch anstrengend, habe oft geheult. Meine Ziele haben sich verwirklicht!!! Eigenes Appartement und veränderte Arbeitssituation. Denke noch weiter über die Themen der Zielreise nach, z. B. Medikamentenreduktion.« (Ebd., Zeile I)

## Wirkungen der Zielreise auf den Prozess der Hilfeplanung

Einige Teilnehmende haben ihre Ausarbeitungen direkt in den Hilfeplanprozess eingebracht und ihre persönlichen Ziele dort verankert. Durch die intensive Vorbereitung wurden die Hilfeplangespräche von den Beteiligten als angenehmer empfunden und waren auch deutlich kürzer.

Manche nahmen eine Diskrepanz zwischen der Zielreise – als Klärung ihrer langfristigen und persönlichen Ziele – und dem Hilfeplan wahr, der dazu als »nicht passend« erschien, eher fremdbestimmt erlebt und mit der Angst verbunden wird, die bisherige Hilfe zu verlieren. Dennoch beschreiben auch diese Teilnehmenden, dass sie mit der Zielreise »im Rücken« selbstbewusster und besser vorbereitet in die Hilfeplangespräche gegangen seien.

Teilnehmende mit positiveren Erfahrungen der Hilfestellung fanden die Zielreise zwar ebenfalls nützlich für den Hilfeplanprozess, aber längst nicht so bedeutsam. Frau Z.: »Durch die Zielreise war ich gut vorbereitet, viele Dinge [daraus] sind in den Hilfeplan gekommen. Letztes Mal dauerte das Hilfeplangespräch nur 'ne halbe Stunde, hat richtig geholfen – Erfolgsgeschichte einer Zielreise!« (Ebd., Zeile I)

Die Auswirkungen der Zielreise auf die alltagsbezogenen Hilfe- und Leistungsplanungen der Einrichtungen lassen sich wesentlich klarer bestimmen. Fast alle Teilnehmenden haben ihren Betreuerinnen und Betreuern in der Einrichtung ihre Ausarbeitungen gezeigt und diese mit ihnen diskutiert. Die Fachkräfte nutzen sie als Orientierung für die Betreuungsziele, die Fortschreibung der Zielvereinbarungen und als Erinnerung an die übergreifenden persönlichen Ziele. Herr W.: »Mein Betreuer nimmt die Mappe manchmal in die Hand, liest etwas vor, bespricht so die Ziele wieder und erinnert. Vorher waren die Ziele nur vage gespeichert.« (Ebd., Zeile G)

Insgesamt wurde die Bedeutung von selbstbestimmten Zielen (»Selbstzielen«) gegenüber fremdbestimmten Zielen (»Fremd Zielen«) durch die Zielreise deutlich gestärkt. Herr H.: »Ich will nicht mehr, dass andere mir sagen, wie weit ich bin, will es selbst entscheiden. Selbstziele sind viel bedeutender [...] geworden. Ich habe mir erlaubt, krank zu sein, aber damals alles an Selbstbestimmung abgegeben. Nun ist der Weg, wieder Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Ein Gefühl von Freiheit,

wieder selbst zu bestimmen, selbstbestimmt zu leben und Konsequenzen zu ertragen. Aber auch ein Gefühl von Freiheit, nun nach Hilfe fragen zu können.« (Ebd., Zeile F)

Einige Teilnehmende haben wenig oder gar nicht von der Zielreise profitiert. Sie geben in der Nachbefragung an, dass die damals erarbeiteten Ziele im Alltag keine Rolle spielen. Ein entscheidender Faktor für den persönlichen Nutzen der Zielreise dürfte darin bestehen, wie relevant die Orientierung auf die Zukunft – sei es in Plänen, Sorgen oder Hoffnungen – im gegenwärtigen biografischen Kontext der Person ist und wie sehr sie mit Zukunftsfragen beschäftigt ist. Hingegen spielt die Schwere der Beeinträchtigungen und Erkrankungen offenbar eine eher geringe Rolle, solange die Fähigkeit, das eigene Handeln bewusst zu erinnern und zu steuern, erhalten und das Ich-Bewusstsein soweit intakt ist, dass die Abgrenzung gegenüber anderen Menschen und die Kommunikation mit anderen Gruppenmitgliedern gelingt.

## Fazit

Aus den gemeinsamen Zielreisen haben wir gelernt, wie anspruchsvoll das Unterfangen ist, Leitzielen auf die Spur zu kommen – zumal dann, wenn es sich um Menschen handelt, deren Lebenserfahrung dadurch geprägt ist, dass sie ihre persönlichen Träume, Wünsche und Ziele gerade nicht verwirklichen können. Ebenso haben die Zielreisen gezeigt, wie lohnenswert die Anstrengung ist, gemeinsam den Spuren der inneren Ziele zu folgen. Wo dies gelingt, bekommen auch »chronifizierte« Hilfeverläufe neuen Schub, und der Blick öffnet sich für die zuweilen verborgenen inneren Orientierungen und Strebungen, das eigene Leben gelingen zu lassen. Dies gilt gleichermaßen für die betroffenen Menschen wie auch die Helfenden und Begleiter – Leitzielen von Menschen kommt man offenbar nur auf die Spur, indem man gemeinsam mit ihnen auf »Spurensuche« geht.

Damit wird eine Trennungslinie infrage gestellt, die den üblichen administrativen Verfahren der Hilfeplanung und -steuerung immanent ist: die Trennung zwischen »Planung« und »Durchführung« der Hilfen. Erstere erscheint in der Regel als Managementprozess, in dem der Hilfebedarf in möglichst objektiver und standardisierter Form erhoben wird, um den

Betroffenen anschließend die richtige (»passgenaue«) Hilfe zuzuweisen. Dabei wird vorausgesetzt, dass die »Sinnfrage« bereits geklärt ist. Hierfür werden in der Regel Prozessschritte der Anamnese und des Assessments vorgeschaltet, die die Sinnhaftigkeit der anschließenden Hilfeplanung begründen. Erst in der Durchführung der Hilfe tritt der »subjektive Faktor« in den Vordergrund, und es entsteht (bestenfalls) ein offener Raum für die inneren Orientierungen der Klientinnen und Klienten und die ihr Alltagshandeln prägenden Motive.

Die Erfahrungen der Zielreise sprechen dafür, die Erfassung der subjektiven Ziele nicht als einen »vorgeschalteten« Prozess zu organisieren, um die anschließenden Hilfeleistungen zu begründen. Vielmehr handelt es sich hierbei bereits um den Kernprozess der Teilhabe, der als gemeinsamer, gleichberechtigter und beziehungsorientierter Suchprozess die gesamte Hilfe begleitet und durchdringt.

Möglicherweise braucht ein teilhabeorientiertes Steuerungssystem eine größere Aufmerksamkeit für die Schwierigkeit von leistungsberechtigten Menschen, den eigenen Zielen auf die Spur zu kommen und diese so auszudrücken, dass sie die Grundlage einer partizipativen Hilfeplanung bilden können. Formate wie die Zielreise können dazu beitragen, den Prozess der Hilfestellung stärker als bisher üblich mit der subjektiven Lebenswelt der betroffenen Menschen zu verbinden und die eingesetzten Hilfemaßnahmen auf die »wirklich wichtigen« Themen zu beziehen.

## Literatur

COHN, R. C. (1994): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart: Klett-Cotta.

DILTS, R. B. (2014): A brief history of logical levels.  
[www.nlpu.com/Articles/LevelsSummary.htm](http://www.nlpu.com/Articles/LevelsSummary.htm) (10.06.2015).

DOOSE, S. (2013): I want my dream: Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer personenzentrierten Planung mit Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Neu-Ulm: Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit.

ISHIKAWA, K. (1982): Guide to quality control. Second revised english edition. Tokio: Asian Productivity Organization.

MÜLLER-BOYSEN, T. (2015): Interview-Transkript zur Katamnese der Zielreisegruppen. Unveröffentlicht.

VOGT-HILLMANN, M.; BURR, W.; PREZEWSKY, B. (1998): Lösungsorientierte Praxis in einem ambulanten Krisendienst der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung. In: EBERLING, W.; VOGT-HILLMANN, M. (Hg.): Kurzgefasst. Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa. Dortmund: Borgmann.

*Bernd Prezewowsky, Jahrgang 1960, ist Diplom-Psychologe und arbeitet in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Diensten im Kreis Rendsburg-Eckernförde.*

# Teilhabepläne selbst erarbeiten – zur Entwicklung der barrierearmen Software »meinITP«

*Tanja Lück und Petra Gromann*

Menschen mit Behinderungen treffen im Alltag oftmals auf Barrieren, die ihnen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren. Neben baulichen Hindernissen können auch andere Aspekte wie Kommunikationserschwerisse »behindern«. So kann der Gebrauch komplexer Sprache durch Gesprächspartner oder in Dokumenten (Bescheide, Vordrucke, Antragsformulare) ein Hindernis sein. Dies gilt auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wenngleich diese über gute kommunikative, sprachliche sowie schriftliche Ausdrucksfähigkeit verfügen.

Für viele Betroffene sind Hilfen und Unterstützung im Bereich von Behördenangelegenheiten wichtig, weil Anträge, Formulare und Behördenkontakte Ängste auslösen und Stress verursachen können (vgl. GROMANN 2012). Hinzu kommen Beeinträchtigungen der Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, die häufig als Folge der Erkrankung oder unerwünschter Wirkungen von Medikation auftreten.

Das Projekt »inBEF« (inklusionsfördernde, interaktive Erklärelemente in barrierefreien E-Formularen) nahm sich dieser Problematik an. Am Beispiel des Integrierten Teilhabepfans (ITP) wurde erforscht, welche Faktoren für die eigenständige Bearbeitung eines Formulars förderlich sind, wenn Kommunikationsbarrieren bestehen. Gemeinsam mit den Betroffenen, vorwiegend Menschen mit sogenannten Lernschwierigkeiten und Menschen mit psychischen Erkrankungen, sollte die barrierearme Software »meinITP« entwickelt werden. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die kontinuierliche Beteiligung der Betroffenen konnte das Vorhaben in mehreren Entwicklungszyklen verfolgt werden.

## Zum Forschungsdesign

Die Teilnehmenden erhielten die Möglichkeit, das ITP-Dokument eigenständig zu bearbeiten. Dies ist Teil eines personenzentrierten Ansatzes, der Betroffene unmittelbar selbst in die Planung, Gestaltung und Umsetzung ihrer individuellen Teilhabeprozesse einbezieht. Es geht darum, das Recht auf Partizipation und Beteiligung im Kontext der sozialen Rechte – hier der Eingliederungshilfe – wirklich barrierearm zu praktizieren und erst bei Bedarf Unterstützung zur Bearbeitung von Dokumentenfeldern durch professionell Helfende einzuholen.

Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention sind Barrieren in Dokumenten abzubauen. Mithilfe alternativer Kommunikationsformen können die Informationen im ITP-Formular zugänglich gemacht werden. Auf diese Weise setzen sich die Teilnehmenden mit ihren Lebenszielen auseinander. Hierbei sind folgende Fragen hilfreich: Was genau brauchen die Nutzerinnen und Nutzer, um einen inhaltlichen Zugang zum Dokument zu erhalten? Welche ergänzenden Informationsebenen sind hilfreich, und was ist beim Bearbeiten des Dokumentes hinderlich? Was kann zum besseren Verstehen der Inhalte im Dokument beitragen, damit auch Menschen mit sogenannten Lernschwierigkeiten einen Zugang zum Integrierten Teilhabeplan erhalten und diesen für sich selbst bearbeiten können? Die zentrale Forschungsfrage lautete demnach: Was sind aus Nutzersicht förderliche und hinderliche Faktoren beim Umgang mit dem ITP-Formular, und wie kann der Zugang optimiert werden?

Insgesamt nahmen neben 14 Teilnehmenden aus zwei Einrichtungen der Behindertenhilfe fünf Vertreter der Selbsthilfe – vorwiegend mit psychischen Beeinträchtigungen – an der Erprobung und Befragung einer softwarebasierten »meinITP«-Version teil. Ihre Hinweise und Rückmeldungen zur Zugänglichkeit und Anwendbarkeit des Programms flossen nach den jeweiligen Erprobungsterminen vor Ort in den Einrichtungen oder gemeinsamen Workshops unmittelbar in die technische Weiterentwicklung der Software ein. Es wurden jeweils sieben Frauen und sieben Männer im Erwachsenenalter beteiligt, die verschiedene stationäre und ambulante Wohn- und/oder Arbeitsangebote wahrnahmen.

Die schriftliche Kommunikation stellte für alle Beteiligten ein Hindernis in sehr unterschiedlichem Ausmaß dar. Indem den Teilnehmenden eine persönliche Assistentin während der Erprobungsphasen zur Seite gestellt wurde, konnte die Verständigung zu Programmentwicklungen verbessert

werden. Insgesamt handelte es sich bei den Nutzungsbarrieren für das ITP-Formular um eine sehr heterogene Mischung. Jede Person brachte ihre individuellen Möglichkeiten des Denkens und Verstehens in die Explorations- und Interviewphasen mit ein. Bei allen Expertinnen und Experten aus Erfahrung war eine hohe Begeisterung und Bereitschaft zur Beteiligung am Projekt festzustellen. Der Umgang mit einem Computer und der Einsatz von »meinITP-Software« riefen eine hohe Motivation hervor, Programmbestandteile zu erproben.

Die Durchführung der verschiedenen Entwicklungs- und Erprobungsphasen im Projekt war durchgängig geprägt von einem personenzentrierten und wiederholenden Prozess. Das bedeutet zugleich, dass von Beginn an die Einbeziehung der Zielgruppe unerlässlich war und die Erprobungsphasen aktueller Prototypen der Software in mehreren Teilabschnitten durchgeführt wurden.

Durch das wiederholte Erproben im interdisziplinären Team wurden hinderliche Faktoren beim Umgang mit dem Programm mehrfach analysiert. Immer dann, wenn eine Explorationsphase im Einzelkontakt mit den Nutzerinnen und Nutzern beendet war, gingen die Rückmeldungen der Beteiligten an die Projektmitarbeitenden des Fachbereichs Angewandte Informatik. Hieraus ließen sich nächste technische Umsetzungsschritte ableiten, die zu mehr Barrierefreiheit beitragen sollten.

## Erprobungsabschnitte

Insgesamt wurden in dieser Weise sieben Erprobungszyklen durchgeführt. Für die Befragung und Durchführung der Exploration am Computer mit Menschen mit Lernschwierigkeiten sowie für die Auswertung und Bündelung der erhaltenen Hinweise war eine Projektmitarbeiterin des Fachbereichs Sozialwesen zuständig. Gleichzeitig standen Assistentinnen und Mitarbeiterinnen des Instituts personenzentrierter Hilfe zur Seite.

Anhand eines eigens entwickelten Interviewleitfadens in Leichter Sprache wurden die einzelnen Personen zu ihren Erfahrungen mit dem »meinITP«-Programm während und unmittelbar nach der Erprobung befragt. Der Interviewleitfaden wurde für jede neue Erprobungssitzung überarbeitet, und neue Aspekte wurden aufgegriffen. Zusätzlich nahmen die Projektleiter die einzelnen Erprobungen und Interviews mit einer Videokamera

auf. Die Aufnahmen wurden bei Personen herangezogen, die im Gespräch wenig verbale Rückmeldungen zum Ausdruck bringen konnten. Auf diese Weise war es möglich, die Interaktions- und Kommunikationsgestaltung zu analysieren. Reaktionen wie Gestik, Mimik, Blickbewegungen, Ausdruck von Freude oder Abneigung gaben Aufschluss darüber, ob Barrieren im Programm bestanden und was den Nutzerinnen und Nutzern gefiel oder nicht gefiel.

Die professionelle Haltung der pädagogischen Projektmitarbeiterin in den Phasen der Erprobung war geprägt von einem nicht direktiven Handeln – sie begleitete und unterstützte die einzelnen Teilnehmenden bei der Exploration, ließ ihnen aber auch den nötigen Raum, um sich selbst entfalten zu können. Im Projekt fungierte sie durchgängig als feste Ansprechpartnerin für die Gruppe, was die Zusammenarbeit im Verlauf festigte.

Die verschiedenen Erprobungsabschnitte mit den jeweiligen thematischen Schwerpunkten sind in Tabelle 1 (S. 46) verdeutlicht.

## Erklärelemente

Ein Schwerpunkt im Projekt »inBEF« stellten die Entwicklung und der Einsatz von sogenannten Erklärelementen im Programm »meinITP« dar. Mit diesen sollte den Nutzerinnen und Nutzern eine bessere Zugänglichkeit zum ITP-Formular ermöglicht werden. Im Projektverlauf wurden sie von den Teilnehmenden auf ihre Nutzbarkeit überprüft.

Erklärelemente sind eine Alternative zur Schriftsprache, erwecken Aufmerksamkeit und bieten schnelle Orientierung. Sie sind mittlerweile in verschiedenen Varianten im Programm implementiert. Es können eigene Fotos, Symbole, auditive Elemente oder avatarbasierte Filmsequenzen sein. Die verschiedenen Variationen sollen die Nutzerinnen und Nutzer auf unterschiedlichen Informationsebenen erreichen. Expertinnen und Experten aus Erfahrung mit Kommunikations- oder Konzentrationsbeeinträchtigungen sollen nicht auf die Hilfe Dritter angewiesen sein, um die abstrakten Informationen im Formular verstehen zu können. Vielmehr wird durch den Einsatz von eigenen Fotos, Symbolen, auditiven Erklärelementen und avatarbasierten Filmsequenzen eine größtmögliche eigenständige Bearbeitung des ITP-Formulars ermöglicht.

TABELLE 1 Erprobungsabschnitte im Projekt »inBEF«	
Zeitpunkt	Schwerpunkt der Erprobung
Mai 2013	Erprobung der Navigations- und Grundstruktur des Prototyps in Einzelgesprächen am Computer
Oktober 2013	Erprobung statischer Erklärelemente außerhalb des Prototyps mit konkreten Papiermaterialien in der Gruppe als Workshop
März 2014	Erprobung der überarbeiteten Navigations- und Grundstruktur mit implementierten statischen Erklärelementen im Prototypen
Mai 2014	Erprobung weiterer statischer Erklärelemente und neuer auditiver Erklärelemente im Prototypen
Juli 2014	Erprobung der überarbeiteten Navigations- und Grundstruktur mit ersten avatarbasierten Erklärelementen zur Informationsvermittlung über die ITP-Rubrik »Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe in Selbstsorge/Wohnen, [...] Freizeit/Teilhabe an Gesellschaft« am Beispiel des ICF-basierten Items »Essen«
September 2014	Erprobung der überarbeiteten Navigations- und Grundstruktur mit ersten avatarbasierten Erklärelementen zur Informationsvermittlung über die ITP-Rubrik »Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe in Selbstsorge/Wohnen, [...] Freizeit/Teilhabe an Gesellschaft« am Beispiel des ICF-basierten Items »Essen« in weiteren Abstufungen
März 2015	Erprobung weiterer avatarbasierter Erklärelemente zur Informationsvermittlung über die ITP-Rubrik »Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe in Selbstsorge/Wohnen, [...] Freizeit/Teilhabe an Gesellschaft« am Beispiel der ICF-basierten Items »Essen«, »Einkaufen«, »sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen« in mehreren Abstufungen

Die Nutzerinnen und Nutzer des Programms können die Ebene und Tiefe der Verwendung von Erklärungen selbst steuern. Die Funktion »Erklärbox« ermöglicht ihnen, ihre individuelle Form der Informationsvermittlung zu aktivieren. So können z. B. Texte in Leichter Sprache mithilfe einer implementierten Vorlesefunktion auditiv erfahrbar werden. Einzelne Symbolfelder lassen sich individuell anpassen, indem eine Funktion »meineBILDER« aktivierbar ist. Dort können eigene Fotos gemacht und hochgeladen werden.

Ein Teil des ITP-Formulars, konkret die dritte Seite im Dokument, fragt Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in Hinblick auf diese Situationen ab. Um Menschen mit Beeinträchtigungen die Möglichkeit der Selbsteinschätzung zu gewährleisten, soll die Übersetzung der ICF-basierten Items in avatarbasierte Filmszenarien weiterhelfen. Die einzelnen Szenen stellen bestimmte Handlungsabläufe im Alltag wie das Einkaufen in unterschiedlichen Qualitäten der Umsetzung dar. So gibt es unter anderem eine Filmsequenz »eigenständiges Einkaufen« und »Einkaufen mit Assistenz«. Auf diese Weise werden die Nutzerinnen und Nutzer in der Informationsvermittlung, aber auch in der eigenständigen Meinungsbildung zur individuellen Situation unterstützt und lernen, ihre eigenen Kompetenzen einzuschätzen.

Dieser Ansatz schafft alternative Ausdrucks- und Mitteilungsmöglichkeiten, um die Verständigung und Mitbestimmung von Menschen mit sogenannten Lernschwierigkeiten zu verbessern. Der Ursprung liegt in dem Fachgebiet der Unterstützten Kommunikation: Jede und jedem soll eine bestmögliche Verständigung und Partizipation eröffnet werden.

## Förderliche und hinderliche Faktoren

Im Projektverlauf konnten vielfältige Erkenntnisse hinsichtlich der Ausgangsfragestellung nach förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Bearbeitung des ITP-Formulars gewonnen werden. Zunächst war es wichtig, die Grundstruktur des Programms und die Anordnung von Feldern auf der Bildschirmoberfläche zu bestimmen. Hier hat es sich als hilfreich erwiesen, die vielfältigen Informationen in sogenannte Kern- und Hilfsprozesse einzuteilen und in die Teilhabepläne einzutragen. So ist die eigentliche Planung von den Informationen zu unterscheiden, die z. B. Auskünfte über Koordination der Hilfen, Beteiligung von weiteren Leistungserbringern oder Leistungsträgern – sogenannte Hilfsprozesse – betreffen.

Im Planungsprozess setzen sich die Teilnehmenden mit folgenden Fragen auseinander: Welche Ziele habe ich? Welche Ausgangssituation liegt vor? Welche Arbeitsziele habe ich für das kommende Jahr, und woran erkenne ich, wenn sie erreicht sind? Was bedeutet dies in Bezug auf die Teilhabe an Arbeit? Auf welche Stärken kann ich bauen, und welche

Beeinträchtigungen muss ich bei der Planung von Unterstützungsleistungen berücksichtigen? Was soll wie getan werden?

Diese beiden Bereiche – Kern- und Hilfsprozesse – lassen sich in der Software nach einem Ziehharmonika-Prinzip (oder dem Prinzip des Herausnehmens verschiedener Bücher) von den Nutzerinnen und Nutzern öffnen und wieder schließen. Dabei ist es wichtig, dass das Programm keine lineare Struktur hat. Die Bedeutung einer »zentralen« oder Mittelpunktsperspektive ist das wesentliche Ordnungsprinzip des Programms. Das, was wichtig ist, ist somit immer im Fokus der Handelnden. Eine strikte lineare Logik, ein »Abarbeiten« von links nach rechts oder oben nach unten, ist bei der Anwendung dieses Programms keine Voraussetzung, um Eingaben machen zu können.

Die Expertinnen und Experten aus Erfahrung bestimmen selbst, in welcher Reihenfolge und zu welchen Themenpunkten sie eine Eingabe machen. Gleichzeitig ermöglicht diese Art der Gestaltung einer Bildschirmoberfläche, sich auf wesentliche Inhalte zu beschränken. Dies hilft, zu erkennen, was genau jetzt im Zentrum des Interesses steht. Eine Anordnung der Inhalte von der Mitte nach außen, also von einem Kernbereich zu einem Randbereich, erwies sich als förderlich. Es verschafft den Nutzerinnen und Nutzern eine individuelle Freiheit, in welchem Umfang und auf welcher Informationsebene sie das Dokument bearbeiten möchten. Die Anordnung, Reduktion und Erweiterung von Informationen tragen wesentlich zum Verstehen und eigenständigen Bearbeiten der Inhalte im Formular bei.

Ebenso ist die Möglichkeit zur Individualisierung von Inhalten im Dokument von zentraler Bedeutung. Eigene Fotos in das Programm einbinden zu können, steigert die Zugänglichkeit zu den Inhalten des Dokumentes. Die Funktion »meineBILDER« wird insbesondere von Personen favorisiert, die durch alltagsnahe und vertraute Fotos ihre Beteiligungsstrukturen aktivieren. Diese Variante der personalisierten Erklärelemente erreichte vor allem die Personengruppe ohne Schreib- und Lesekompetenzen, ist aber auch für Personen mit diesen Kompetenzen bedeutsam.

Auch die Vorlesefunktion hat nicht nur eine Relevanz für Lesebeeinträchtigungen, sondern ist gleichzeitig eine Erleichterung und Vergewisserung bei nicht einfach zu verstehenden Eingabefeldern. Unter Einbezug der sogenannten »Erklärbox« wird es möglich, die individuellen Informationsebenen auszuwählen. Der Zugang zum Programm verbessert sich, indem eine Auswahl an Erklärelementen gegeben ist. Hier griffen die

ersten avatarbasierten Filmszenarien besonders gut. Konzentration und Interesse an Inhalten im Film waren ausdauernd feststellbar. Im anschließenden Gespräch mit der Interviewpartnerin konnten sich die Teilnehmenden eine eigene Meinung bilden.

Von Interesse in diesen Erprobungsterminen war es auch, ob die Darstellung der Filmszenarien mit ihren eher typisierend symbolhaften Handlungssequenzen aus Nutzersicht der Realität, also so, wie es wirklich ist, nahekommt. Antworten auf diese Fragestellung konnten eindeutig gegeben werden und flossen in die technische Weiterentwicklung der Filmszenarien unmittelbar ein. Beispielsweise wurde angeregt, die Gegenstände bei der Filmsequenz »Essen« zu vervollständigen. Hier fehlte ein Glas auf dem Tisch. Auch wurde die Art der Geschirrgestaltung kritisiert, die nicht realitätsnah genug gewesen sei.

Durch den Einsatz von Avataren, die symbolhaft verschiedene Handlungsszenarien abbilden, ist das Verstehen von Inhalten einer ICF-basierten Einschätzung eigener Fähigkeiten und Beeinträchtigungen besser möglich. Die reduzierte visuelle Oberfläche dieser dynamischen Figuren erreichte Menschen mit sogenannten Lernschwierigkeiten besonders gut, ist aber auch eine Anregung zur Selbsteinschätzung für Menschen mit guten schriftsprachlichen Kompetenzen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass im Rahmen des Projektes »inBEF« ein Beitrag zum Abbau von Barrieren in Formularen geleistet wurde. Die unmittelbare Einbeziehung der Betroffenen in die Entwicklungsarbeit des Projektes hat bewirkt, dass eine barrierearme Software »meinITP« als Prototyp entwickelt und ein Zugang zu den komplexen Formularen von Hilfeplanungsinstrumenten für Menschen mit sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen geschaffen werden konnte. Eine serienreife Entwicklung des Prototyps setzt jedoch noch Zeit und vor allem finanzielle Mittel voraus.

Barrieren in Formularen zu verringern, kann für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine wichtige Unterstützung sein, um selbstbestimmt eigene Teilhabepläne erstellen zu können. Gleichzeitig wird der Dialog mit den professionell Helfenden um das Ausmaß der Unterstützung gefördert.

## Literatur

GROMANN, P. (2012): Alt werden mit einer psychischen Erkrankung. Eine nutzerorientierte Bedarfsstudie. In: GROMANN, P. (Hg.): Mit Teilhabeplanung zu einer individuellen ambulanten Versorgung. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 145–160.

*Tanja Lück ist Absolventin des Masterstudiengangs M. A. Soziale Arbeit, Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie, und war wissenschaftliche Mitarbeiterin des Projektes »inBEF«.*

*Prof. Dr. Petra Gromann ist Soziologin, Professorin für Rehabilitation und Studiengangsleiterin für den berufsbegleitenden blended learning Studiengang M. A. »Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie« ([www.socialmaps.de](http://www.socialmaps.de)) sowie den berufsbegleitenden B. A. »Soziale Arbeit« ([www.basa-online.de](http://www.basa-online.de)).*

# **TEIL II**

# **TEILHABEORIENTIERTES**

# **CONTROLLING**

# Ist eine teilhabeorientierte Steuerung möglich?

*Petra Gromann*

Für die weitere Betrachtung ist es wichtig, zu verstehen, wie die Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen gesteuert wird. Die Versorgungsrealität »vor Ort« ist von Wechselwirkungen und gewachsenen Strukturen unterschiedlicher Interessen geprägt. In den ländereinheitlichen Regelungen zur Eingliederungshilfe (Hoch- oder Niederzonung der Mischsysteme für stationär, ambulant oder unterschiedliche Zielgruppen) kommt es selbst bei gleichen Bedingungen zu regional sehr unterschiedlicher Qualität und unterschiedlichen Graden der Versorgung, was die Angebote für Menschen mit komplexen Bedarfslagen betrifft. Die jeweils historischen Angebots- und Verwaltungsstrukturen der Eingliederungshilfe verorten sich in verschiedenen kommunal-regionalen Bedingungen und gliedern sich weiter in die sozialen Nahräume von Betroffenen auf.

Pionierinnen und Pioniere der Selbsthilfe, der Angehörigen und engagierte Träger treffen auf Traditionen kommunaler Verwaltungsstrukturen, die Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen schon von jeher mitgedacht oder diese »überörtlich« delegiert haben. Schlaglichter verdeutlichen die unterschiedlichen Bedingungen: Klassische stationäre Strukturen haben in strukturschwachen Gebieten hohe Bedeutungen für die Region als Arbeitgeber – die Standortsicherung des Arbeitsmarktes wird hier durch Dezentralisierungs- oder gar Inklusionsprozesse scheinbar gefährdet. In städtischen Strukturen ist Wohnraum teuer und für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung nicht immer zu haben. Der Grund hierfür liegt darin, dass sie als Mieter schwer in puncto Finanzkraft und Zuverlässigkeit einzuschätzen sind. Dies erzeugt einen gewissen Druck, stationäre Angebote aufzubauen oder einen Umzug in Erwägung zu ziehen.

Dort, wo noch familiäre oder freundschaftliche Netzwerke von Betroffenen vorhanden sind – oder mit Unterstützung erhalten werden konnten –, geht der Bedarf an professioneller Hilfe zur Teilhabe zurück. In

ländlichen Gebieten ist öffentlicher Nahverkehr ausgedünnt. Dadurch wird die Teilhabe am Arbeitsleben und die Erreichbarkeit von Behandlungs- und Krisendiensten deutlich erschwert.

Das Entlassungsmanagement psychiatrischer Fachabteilungen und -kliniken und die Zugänglichkeit von psychiatrischer Behandlung hat einen hohen Einfluss auf den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen und Diensten der Eingliederungshilfe (DNQP 2009). Ganz allgemein unterscheiden sich sowohl städtische als auch ländliche Regionen durch ihre Verschuldung und damit einhergehend durch ihre für allgemeine Daseinsfürsorge verfügbaren Mittel. All dies macht deutlich, dass die Frage nach Steuerung und Wirkung von sehr verschiedenen Ausgangslagen und einer »Verortung« ausgehen muss.

Steuerungsprinzipien, die nur auf dem Verständnis des sozialrechtlichen Dreiecks – Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsberechtigter – basieren, drohen zu scheitern. In diesem zu engen betriebswirtschaftlichen Ansatz muss die wirtschaftlich zu erbringende Dienstleistung gesteuert und die Zuweisung von Leistungsberechtigten in möglichst kostengünstige Maßnahmen beeinflusst werden.

Im Folgenden wird ein teilhabeorientiertes Steuerungskonzept entwickelt, das die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten berücksichtigt. Gemeinsam verhandelte regionale Steuerungsziele werden dokumentiert und bewertet. Voraussetzung hierfür ist ein Verständnis der fünf zentralen Interessenpositionen für regionale Versorgung (vgl. GROMANN 2013). Diese können wie folgt zusammengefasst werden:

- **Leistungsträger:** Zielprinzip – Umsetzung der Rechtsansprüche, wirtschaftlich günstige Versorgungsleistungen;
- **Leistungserbringer:** Zielprinzip – Anwalt der Leistungsansprüche von Menschen mit Beeinträchtigungen, »machbare«, d. h. betriebswirtschaftlich organisierte Dienst- oder Unterstützungsleistungen;
- **Menschen mit Beeinträchtigungen:** Zielprinzip – angemessene und hilfreich unterstützte eigene Lebens- und Arbeitsarrangements;
- **Kommunale Expertinnen und Experten:** Zielprinzip – angemessene und hilfreiche kommunale Strukturen für alle Bürgerinnen und Bürger mit und ohne Beeinträchtigungen im Rahmen der kommunalen Finanzen;
- **Sorgeposition (gesetzliche Betreuer, Angehörige, Ombudspersonen):** Zielprinzip – Prävention von angemessener Versorgung sowie gesellschaftliche Verantwortung und Kontrolle.

Der Anspruch, Inklusion und Teilhabe umzusetzen und als Qualität einer regionalen Versorgung zu verstehen, ist spätestens seit der UN-Behindertenrechtskonvention als Grundrecht zu begreifen. Für die Eingliederungshilfe bedeutet dies, dass die Unterstützung von Einzelpersonen durch passgenaue Hilfearrangements, die flexibel auf Lebensumstände eingehen, nicht mehr in »exkludierenden« Sonderwelten erfolgen sollte.

Nun ist eine qualitativ gute Versorgung in der Eingliederungshilfe nicht nur in dem beschriebenen Feld der Interessenpositionen zu verorten. Die Art der Bedarfserhebung beeinflusst die Wahrnehmung von Qualität in deutlichem Maß. Der gegenwärtige Stand der Debatte ist in den Empfehlungen des Deutschen Vereins (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2006) und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK 2009) beschrieben.

Auch für die folgende Untersuchung hat die Art der Bedarfserhebung erst die Grundlage der Datenerhebung geschaffen. Eine dialogische Hilfe- oder Teilhabepflege ist seit fast zwanzig Jahren für die Umsteuerung individueller Hilfen sowie regionaler Hilfearrangements überaus bedeutsam (GROMANN 1997). Vor allem in der psychiatrischen Versorgung kommen noch weitere Felder hinzu. Die Qualität und Zugänglichkeit der verfügbaren Behandlungs- und regionalen Pflegeleistungen sind eng mit teilhabeorientierter Versorgungsqualität verbunden.

Angesichts dieser Vielzahl an Einflussfaktoren wundert es nicht, dass ein Verständnis von Steuerung als Entscheidungsprinzip des Leistungsträgers nicht funktioniert. Die Devise »Alles hört auf mein Kommando« über Finanzsteuerung (Leistungsentgelte dauerhaft deckeln) oder Zugangssteuerung (Bedarfsfeststellung und Platzierung nur durch den Leistungsträger) ist vielfach erprobt. Diese hat jedoch weder bei der Kosten- noch bei der Inanspruchnahmesteuerung oder einer Umsteuerung auf Teilhabe (personenzentrierte Leistungen) dauerhafte Erfolge nachzuweisen (BAGÜS 2013).

Das Ziel, Qualität von Teilhabe, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsgerechtigkeit herzustellen, verlangt nach einem anderen Prinzip. Es muss aus unserer Sicht alle Interessenpositionen berücksichtigen. Teilhabe erfordert Kooperation und Bewertung der komplexen und regional durchaus unterschiedlichen Bedingungen. Die legitimen Interessen der jeweiligen Akteurinnen und Akteure müssen anerkannt werden.

Bisherige Steuerungsmodelle der Eingliederungshilfe funktionieren als »Zugangssteuerung« – der Leistungsträger entscheidet oft nur bei

»Neufällen« – über den Hilfeplan und die Platzierung im System der Hilfen. Unter Beibehaltung des bisherigen Finanzierungssystems nach Leistungstypen (z. B. stationär und ambulant) werden die wirtschaftlichen Anreize stationärer Hilfen reguliert. Gleichzeitig werden die ambulanten und teilstationären Angebote aufgebaut.

Der Prozess der Teilhabe- oder Hilfeplanung wird nicht als Umsteuerung hin zur Sicherung passgenauer Hilfen verstanden. Wirtschaftliche Anreize für flexible Leistungen fehlen (TIETMEYER 2015), die Umsteuerung und Veränderung des regionalen Angebotssystems hinsichtlich der Bedarfslagen von Hilfeplanung erfolgt nicht. In der Regel gibt es in Regionen nur eine Angebotsübersicht über die verfügbaren Plätze. Die Suche nach Absprachen und Zielentwicklungen zur Teilhabequalität bleibt erfolglos – ein regionales Versorgungsnetz scheint nicht vorhanden zu sein.

Das bisher unveröffentlichte Forschungsprojekt »Regionale Teilhabeindikatoren – regionale Kompetenzen für Fachkräfte« untersuchte in zwei Regionen, einer städtisch und einer ländlich geprägten Region, Inhalte und Chancen einer regionalen Steuerung. Gefördert wurde es aus Mitteln des europäischen Sozialfonds für Deutschland. Im Projekt wurden gezielt engagierte Akteure aus dem Kontext der psychiatrischen Versorgung der Eingliederungshilfe befragt und alle Interessenpositionen einbezogen: Leistungserbringer, Leistungsträger, kommunale Expertinnen und Experten, Vertreter der Selbsthilfe, der Angehörigen oder der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer.

Die 25 qualitativen, leitfadengestützten Experteninterviews wurden anonymisiert, sorgfältig transkribiert und mit dem deduktiv-reduktiven Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillipp MAYRING (2010) und dem Programm MaxQda ausgewertet. Herausgekommen sind sechs zentrale Fragestellungen:

- die Begriffsdimensionen der Interessenpositionen zu Teilhabe (vgl. GROMANN 2012);
- die Sicht auf regionale Zusammenarbeit und Teilhabeentwicklung im Kontext der eigenen Organisation;
- das interessengebundene Erkennen der Umsetzung personenzentrierter und flexibler Leistungserbringung;
- die erlebten förderlichen und hinderlichen kommunalen und sozialen Umwelten für die Umsetzung von Teilhabe unter Berücksichtigung der Teilhabe an Arbeit;

- die Wahrnehmung und der Stand der Partizipation von Selbsthilfe, Angehörigen und gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern;
- die Wahrnehmung und gewonnenen Erfahrungen mit regionalen und organisationsbezogenen Kennziffern zum Erfassen und Monitoring von Teilhabeentwicklung.

Die beiden Untersuchungsregionen sind als »Leuchttürme« regionaler Entwicklung zu bezeichnen – mit einer weit entwickelten Versorgungslandschaft. Dies sowie die Eingrenzung dieser Studie auf das Arbeitsfeld Gemeindepsychiatrie haben zur Folge, dass Expertinnen und Experten befragt wurden, die tatsächlich eine im Vergleich zu anderen Regionen weit fortgeschrittene gemeindepsychiatrische Entwicklung umsetzen und im Alltag vorantreiben (GEYER 2012). Für die Studie herangezogen wurden Organisationen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützen.

Die beiden ausgewählten Regionen kontrastieren die Unterschiede zwischen Stadt und Land. Deshalb wird nicht nur im Hinblick auf Interessenpositionen ausgewertet, sondern auch auf städtische und ländliche Problemlagen hingewiesen.

## Die Begriffsdimensionen der Interessenpositionen zu Teilhabe

Insgesamt fällt auf, dass es ein sehr ähnliches Verständnis von Teilhabe gibt. So gehen die »professionellen« Interessenpositionen (Leistungserbringer, Leistungsträger) davon aus, dass Teilhabe wesentlich aus der Umsetzung subjektiver, von Betroffenen selbst definierter Teilhabeziele besteht. Die aktive Gestaltung des eigenen Lebens wird als Teilhabe verstanden und professionell unterstützt – jedoch nur dann, wenn sie auch von Betroffenen gefragt ist. Teilhabe ist folglich zentral mit dem Begriff der selbstbestimmten Lebensführung verbunden.

Organisationsvoraussetzungen für diese Arbeit finden sich lediglich bei den Leistungserbringern und beziehen sich auf die Ablösung stationärer und somit maßnahmeorientierter Versorgung. Hierzu müssen die Betroffenen individuell unterstützt, die »Sonderwelten« der Hilfen verändert und die Barrieren des Finanzierungssystems überwunden werden.

Die Teilhabe in der Gemeinde wird aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Leistungsträgerinterviews betonen eine breit gefächerte Unterstützung im nicht professionellen Bereich und damit den inklusiven Anspruch, dass Menschen mit Beeinträchtigungen selbstverständlicher Teil des gesellschaftlichen Lebens in ihren Sozialräumen und Gemeinden sein sollten. Interviews von Leistungserbringern heben hingegen die Bedeutung von Anerkennung hervor. Teilhabe in der Gemeinde ist mit Abwesenheit von Stigmatisierung gleichzusetzen. Sie verwirklicht sich für Menschen mit Beeinträchtigungen in der Erfahrung, als gleichwertige Person in das Gemeindeleben und den eigenen Sozialraum integriert zu sein.

Die hohe Übereinstimmung eines subjektiv bedeutsamen, individuellen Teilhabebegriffs fußt auf einem geteilten Dienstleistungsverständnis von Hilfen. Betroffene gestalten diese aktiv mit. Teilhabe wird als Gelingen individueller und anerkennungsreicher Lebensführung in der Gemeinde verstanden.

Die Funktion des Sozialraums wird dagegen unterschiedlich beurteilt. Das Verständnis, der Sozialraum sei eine aufnehmende (und hoffentlich auch anerkennende) Umwelt, stellt einen Kontrast zum Verständnis dar, Sozialraum sei eine natürliche und kostengünstige Ressource. Bereits bei der Einschätzung von Teilhabe wird das wesentliche Merkmal selbstbestimmter Mobilität als Voraussetzung benannt.

Die Position der kommunalen Expertinnen und Experten unterstützt in wesentlichen Punkten, beschreibt jedoch klarer die Anforderungen an eine adressatenorientierte Teilhabeplanung: die enge Abstimmung und Beteiligung in eigener Sache zu fördern, unterschiedliche und übergreifende Leistungen einzubeziehen, das Selbstwertgefühl von Klientinnen und Klienten durch Zuverdienstmöglichkeiten und Inklusion im Bereich Arbeit zu steigern und die Ressourcen des Sozialraums und Lebensfeldes anzuerkennen.

Abweichend von den Positionen der Leistungsträger und -erbringer werden bürgerrechtliche Teilhabeoptionen formuliert: Rechte bewusst zu machen und Möglichkeiten zu fördern, sich selbst dafür einzusetzen, den öffentlichen Raum und allgemeine Angebote für vorurteilsfreien Austausch zu nutzen, Bürger unter Bürgern sein zu können und keine Spezialeinrichtungen für eigene Bedarfe aufsuchen zu müssen.

Die Auswertungsergebnisse der Selbsthilfe und Sorgeposition zeigen, dass in städtischen Kontexten Partizipation und Gleichstellung öfter thematisiert werden, während in ländlichen Bereichen eher nur die Einbeziehung

des unmittelbaren Sozialraums angesprochen wird. Die Vertreterinnen und Vertreter der Angehörigen und der Selbsthilfe kritisieren, dass Teilhabe an Arbeit außerhalb der Welt von Werkstätten für behinderte Menschen in ländlichen Gebieten nicht möglich scheint. Auch wird die Finanzierung von Persönlichen Budgets – als Ausdruck gelingender Teilhabe – im städtischen Bereich sehr restriktiv gehandhabt.

Beide Interessenpositionen formulieren Teilhabe deutlich handlungsorientiert. Als neue wichtige Aspekte nennen die Befragten, Zugang zu Informationen zu haben und Barrieren bei der Nutzung von Informationen abzubauen. Selbstbestimmt über die Form der Hilfe entscheiden zu können, steht für sie im Mittelpunkt erreichter Teilhabe: so leben, wie man möchte, und dort auch unterstützt werden zu können sowie normale Beschäftigungsverhältnisse außerhalb von Werkstätten und ein wenig finanziellen Spielraum zu haben, um beim kulturellen Leben dabei sein zu können.

Arbeit als besonders wichtiger Teilhabebereich bedeutet, im Arbeitsleben ebenbürtig zu sein und ein Arbeitsentgelt zu erhalten. Ebenso sollte selbst entschieden werden können, ob und in welchem Umfang Arbeit in einem geschützten oder »normalen« Umfeld gewünscht wird. Persönliche Ressourcen im Alltag zu fördern und zu erhalten, tolerante Nachbarschaft zu erleben ebenso wie in Vereinen und bei allgemeinen Freizeitveranstaltungen mitzumachen, werden als wichtige Elemente von Teilhabe erlebt.

Teilhabe als politische Partizipation ist für die Selbsthilfe und Sorgeposition mit finanzieller Förderung, Anerkennung und Wertschätzung der ehrenamtlichen Arbeit in der Selbsthilfe gleichzusetzen. Die Möglichkeit, konstruktive Kritik in Gremien regelhaft einbringen zu können, wird betont – und als noch nicht erreicht beklagt.

## **Die Sicht auf regionale Zusammenarbeit und Teilhabeentwicklung im Kontext der eigenen Organisation**

Während die Leistungsträgerposition beider erforschten Regionen ein hohes Niveau der Zusammenarbeit der Akteure, gelingende themenbezogene Abstimmungen und das Nutzen von eigenen Ermessensspielräumen

für teilhabeorientierte Einzelleistungen bescheinigt, erleben die Expertinnen und Experten der Leistungserbringer dies differenzierter. Einig sind sich beide Positionen darin, dass in gemeinsamen Sitzungen regionale Abstimmungen getroffen werden. Über die Zusammenarbeit sind formelle und informelle Netzwerke professioneller Kontakte entstanden, die für Betroffene nutzbar gemacht werden. In beiden Regionen werden Rückmeldungen von Betroffenen als hilfreich für eine organisationale Veränderung erlebt. Zahlen zu regionalen Entwicklungen sind aber erst ein bis zwei Jahre später ersichtlich.

Bei der regionalen Zusammenarbeit und Teilhabeentwicklung existieren hingegen erhebliche Unterschiede zwischen der städtischen und ländlichen Region. Die städtischen Leistungserbringer verfügen über langjährige Erfahrungen und eine etablierte Kultur trägerübergreifender Zusammenarbeit. Die Kooperation mit dem Leistungsträger funktioniert sachbezogen und vertrauensvoll, jedoch in unterschiedlicher Tiefe. Als hinderlich wird erlebt, dass verschiedene Abrechnungssysteme existieren. Die Zusammenarbeit hat eine Kultur von Vertrauen und persönlicher Akzeptanz wachsen lassen, die aus gemeinsamer Verbindlichkeit – Versorgungsverpflichtung – entstanden ist. Grundsätzlich gibt es keine Bedenken, unternehmensbezogene Daten über Kennzahlen offenzulegen.

Ländliche Leistungserbringer treffen sich hingegen nicht kontinuierlich in etablierten regionalen Planungsstrukturen, die Zusammenarbeit funktioniert anlassbezogen, formell, aber auch wesentlich informell. Das Vorhandensein von quasi monopolistischen Strukturen in bestimmten Versorgungsbereichen der Region fördert weder eine Vertrauenskultur noch eine gemeinsame Interessenabstimmung, sondern löst eher Zurückhaltung aus. Die Qualität des Austauschs mit dem Leistungsträger ist anlassbezogen und gut funktionierend, aber wenig kontinuierlich. Transparente Veröffentlichung und Vereinbarung zu regionalen Kennzahlen sind in diesem Kontext ein Novum und benötigen strukturelle Rahmenbedingungen.

Um individuellere Hilfen in den verschiedenen Regionen bereitstellen zu können, müssen Leistungsträger und -erbringer interne organisationale Arbeitsabläufe weiterentwickeln. Qualitative Rückmeldungen von Nutzerinnen und Nutzern werden in keiner der beteiligten Organisationen systematisch ausgewertet. Eine hohe Bedeutung hat das Erleben, dass »alles klappt« – gelingende Kontakte in separaten Versorgungsbereichen scheinen gemeinsame übergreifende Abstimmungen überflüssig zu

machen, gleichzeitig kann so ausgewichen werden, die Versorgungslage in der Region darzulegen.

Die Ergebnisse der qualitativen Befragung machen deutlich, dass Ansätze zur gemeinsamen Steuerung Transparenz und die »Verantwortung« für die Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung in einer Region voraussetzen. Diese sind jedoch regional aus historischen Gründen der Angebotsentwicklung nicht immer gegeben. Die Ungleichheit von Macht- und Gestaltungsspielräumen der beteiligten Organisationen löst dort, wo Monopolstrukturen existieren und es nicht zu geregelten regionalen Abstimmungstreffen kommt, Hemmschwellen aus.

Uneinheitlich ist hier zunächst die aktuelle Situation der kommunalen Expertinnen und Experten. Aus dem Landkreis wird die Teilnahme an einem überregionalen Qualitätszirkel mit dem Leistungsträger benannt, während dies von kommunalen städtischen Expertinnen und Experten nicht berichtet wird. Beide Gruppen betonen jedoch, dass anregende, regelmäßige Treffen und Informationsaustausch unerlässlich sind. Sachbezogene Diskurse zu dem gemeinsamen Versorgungsziel vulnerabler Gruppen von Bürgerinnen und Bürgern sind ebenso von großer Bedeutung.

Regelhafte Abstimmungen zur Planung existieren in der untersuchten Region jedoch lediglich mit dem Leistungsträger. Dies ist sicher auch der besonderen Situation in Hessen geschuldet. Die Eingliederungshilfemaßnahmen sind »hochgezont« und werden landesweit vom überörtlichen Sozialhilfeträger, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV), finanziert. Diese Mittel sind wiederum durch ein Umlageverfahren der örtlichen Ebene entstanden. Grundsätzlich sind für die kommunalen Expertinnen und Experten die regionale Vernetzung und gegenseitige Transparenz sowohl bei der Planung als auch bei der Zusammenarbeit bedeutsam. Der von den Leistungsträgern und -erbringern geforderte strukturelle Austausch wird auf regionaler Ebene deutlich befürwortet.

Vonseiten der Selbsthilfe und der Angehörigen wird dargelegt, dass zwar die Teilnahme unmittelbar Betroffener an Hilfeplankonferenzen erwünscht ist, jedoch eine Vertretung von Betroffenen und Angehörigen aus ihrer Sicht vom Leistungsträger her nicht vorgesehen ist. Die Expertinnen und Experten in eigener Sache berichten, dass ein »Generationenwechsel« der Experten des Leistungsträgers stattfindet, der vor allem im städtischen Umfeld Partizipation an Entscheidungen unterstützt.

Dies macht sich bei den Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe wesentlich an der erlebten Förderung des Leistungsträgers von Persönlichen Budgets fest.

Im ländlichen Umfeld, wo noch keine übergreifenden Hilfeplan- oder Teilhabekonferenzen stattfinden, sprechen die Expertinnen und Experten der Sorgeposition ambivalent über den Leistungsträger. Betroffene sowie Angehörige nehmen in eigener Sache Transparenz wahr, fühlen sich jedoch von den Fachkräften nicht einbezogen oder »erwünscht«. Ein fachlicher Austausch scheint nicht gewollt zu sein.

Insgesamt wird deutlich, dass sich für die Expertinnen und Experten in eigener Sache Zusammenarbeit und regionale Teilhabeentwicklung nur an der Haltung des Leistungsträgers festmachen. Gelobt wird, dass flexibel auf individuelle Bedürfnisse reagiert wird und einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe gewürdigt werden. Hingegen wird kritisiert, dass die Antragsbearbeitung lange dauert. Es scheint fast so, als ob die Leistungserbringer und kommunalen Expertinnen und Experten als selbstverständliche Anwälte der Anliegen von psychiatrie-erfahrenen Menschen und ihren Angehörigen gar nicht erwähnt werden müssen. Der Fokus von Teilhabeentwicklung scheint nur auf der Kostenbewilligung oder den Barrieren aufseiten der vorrangigen Leistungserbringer wie der Eingliederungshilfe zu liegen.

## **Das interessengebundene Erkennen der Umsetzung personenzentrierter und flexibler Leistungserbringung**

Die wesentliche Herausforderung personenzentrierter Leistungen besteht für Leistungserbringer darin, eine Passgenauigkeit der Zielvorstellungen und Bedürfnisse von Klientinnen und Klienten mit den Rahmenbedingungen der Erbringung (z. B. den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Aspekten der Finanzierung) zu erreichen. Die Veränderung der Leistungserbringung hin zu Aushandlungsprozessen, die Unterstützung der Zielfindung von Klientinnen und Klienten, die Kompetenz, diese gemeinsam in machbare Arbeitsziele weiterzuentwickeln ebenso wie das Formulieren von präzisen Anzeigern werden als Kernprozesse und

-kompetenzen von Mitarbeitenden in leistungserbringenden Organisationen beschrieben.

Unterstützung und Begleitung im eigenen Leben von Klientinnen und Klienten führt dabei »automatisch« zu ambulanteren Formen der Leistungserbringung. Dort, wo das Gesamtsystem als flexibel erlebt wird und die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure funktioniert, gelingt es auch, nicht professionelle Unterstützung einzubeziehen.

Wesentliche Unterschiede werden für städtische und ländliche Regionen benannt. Flexibilisierung erfordert in ländlichen Regionen einen deutlich höheren Aufwand – zum einen in Bezug auf Mobilität der Fachkräfte, aber auch in Bezug auf kürzere Vereinbarungsdauern. Abstimmungen mit mehreren Beteiligten sind ungewohnt und verlangen häufiger Anpassungen, als dies bisher üblich war. Gleichzeitig ist die personale Abhängigkeit (»meine Mitarbeiterin«) deutlich höher, da es kaum Alternativen gibt. Die Reflexion von Hilfeplänen wird tendenziell eher als Kontrolle erlebt und weniger als genaues Hinschauen, wie sich der Entwicklungsprozess und die Unterstützung gestalten.

Auch die Leistungsträgerposition formuliert Unterschiede zwischen Stadt und Land. So haben die Erfahrungen in den städtischen Räumen dazu geführt, dass Teilhabeprozesse möglich sind, bei denen Klientinnen und Klienten unabhängig von ihrem Unterstützungsbedarf erfolgreich (und unter Vermeidung von Krankenhausaufenthalten) in dem von ihnen gewählten Sozialraum leben. Für die ländlichen Räume wird dies als Überforderung von Ressourcen empfunden. Klientinnen und Klienten erwarten die individuellen Leistungen umfassend und professionell auch in entlegenen Orten, was Leistungen scheinbar nicht mehr bezahlbar macht. Diese Befürchtungen zeigen deutlich, dass die regelhafte Einbeziehung anderer Sozialleistungsträger eine ungelöste Aufgabe darstellt.

Als Folgerung lässt sich formulieren: Da Wunsch- und Wahlrechte in ländlichen Regionen eingeschränkt sind, sind teilhabequaliätsorientierte Monitoring-Prozesse in der jeweiligen Organisation besonders wichtig. Organisierte, trägerübergreifende Prozesse zur Reflexion und Vereinbarung von Leistungen sind notwendig, um flexible und transparente Unterstützungsprozesse für Klientinnen und Klienten zu gestalten.

Organisationsintern ist der »Kernprozess« – passgenaue personenzentrierte Leistungen bereitzustellen – von Mitarbeitenden sowohl auf Leistungserbringer- als auch auf Leistungsträgerseite zu unterstützen. Weiterhin scheint die Zusammenarbeit von Trägern oder Organisationseinheiten

die Flexibilität und Passgenauigkeit teilhabeorientierter Leistungen zu steigern. Anzeiger flexibler Leistungserbringung lassen sich nicht auf ambulante oder stationäre Hilfen begrenzen, hier sind andere bedeutsame Anzeiger für die Region zu entwickeln.

Die kommunalen Expertinnen und Experten betonen die höhere Flexibilität der Leistungserbringer auf dem Land, bestätigen jedoch durchgängig die bisher geschilderten Thesen. Kooperation sorgt aus ihrer Sicht für mehr Flexibilität und optimale Versorgung. Beschwerden werden fortan thematisiert und ernst genommen. Das zeitnahe Bearbeiten verbessert die Qualität der Versorgung.

Experten aus der Selbsthilfe heben hier erneut das eigene Interesse an selbstbestimmten und flexiblen Unterstützungsleistungen hervor und fordern ein, bei der Erarbeitung und Bewilligung von Leistungen – nicht nur, aber auch über Persönliche Budgets – Assistenz zu erhalten.

## **Die erlebten förderlichen und hinderlichen kommunalen und sozialen Umwelten**

An dieser Stelle beginnen wir mit den Aussagen der kommunalen Expertinnen und Experten, weil diese eindrücklich und konkret die erlebte Situation beschreiben. Förderlich sei es, wenn Umwelten von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung so gestaltet sind, dass die Betroffenen eigene Ressourcen einbringen können. Ein wichtiges Element ist hierbei die Teilhabe an Arbeit »vor Ort«.

Durch das Leben in einer Heimat und die Sicherheit eines vertrauten Umfeldes gewinnen Betroffene ein Gefühl von Teilhabe und Inklusion. Eine gewünschte Offenheit und Akzeptanz der Bevölkerung vermitteln sich wesentlich durch das Verhalten der Fachkräfte in der Versorgung, wenn diese unkonventionelle Unterstützung möglich machen. Dies wird als Umgehung des »Dienstweges« erlebt. Kreativität im Umgang mit »sonderbarem« Verhalten verändert den Eindruck psychiatrie-erfahrener Menschen von sich selbst. Sie erfahren, wie es ist, eine »normale« Bürgerin oder ein »normaler« Bürger zu sein. Dies wird als gesellschaftliche Enttabuisierung wahrgenommen.

Aus Sicht der kommunalen Expertinnen und Experten ist eine Kommune oder ein Landkreis inklusionsfördernd, wenn Menschen mit

Beeinträchtigungen Wohnungen mieten können und im Alltag begleitet werden. Wohnraum, der fußläufige Entfernung zu Infrastrukturangeboten sicherstellt, hat eine besondere Bedeutung – wegen der hohen Kosten und dem Nichtvorhandensein eines öffentlichen Nahverkehrs.

Alt zu werden, ohne eine spezialisierte Hilfe nur für psychisch erkrankte Menschen in Anspruch nehmen zu müssen, sowie übergreifende Beratungs- und Kontaktstellen, die auch für tägliche Besuche offen sind, werden ebenso als wichtige Punkte genannt. Die Zuständigkeit eines Bürgerbeauftragten auch für die Belange Betroffener, eine »Verbesserungs-« statt Beschwerdestelle für alle lebenswerten Sozialräume (Infrastruktur zum Einkaufen, Freizeit, sich bewegen, sich treffen), kurz eine »Willkommenskultur«, die unterschiedlichen Bedarfen in verschiedenen Lebenslagen entspricht, sind hierbei wesentliche Ziele.

Als hinderlich wird von kommunalen Expertinnen und Experten in Bezug auf die Versorgungssituation vor Ort erlebt, wenn Klientinnen und Klienten wegen Informationslücken der Fachkräfte an andere professionelle Hilfen verwiesen werden. Kritisiert werden auch zu deutlich spezialisierte, abgrenzende Angebote. Damit einher gehe eine Hospitalisierung im ambulanten Bereich. Umfassende Hilfen, einschließlich der Pflege im Alter zu Hause, und die Verfügbarkeit von beschützten und dennoch auf die Person zugeschnittenen Wohnangeboten, sind stattdessen anzustreben. Deutlich bemängelt wird, dass Teilhabe an Arbeit zu wenig als Rehabilitation von vorrangigen Kostenträgern, sondern eher als »Weiterreichen« in die Eingliederungshilfe betrieben wird. Vor allem im ländlichen Bereich entwickle sich immer deutlicher ein Mangel an ärztlicher Versorgung, insbesondere der ambulanten psychiatrischen sowie psychotherapeutischen Angebote.

Die Kommune ist für ein gutes und ausreichendes gemeindepsychiatrisches Angebot verantwortlich. Gefordert wird die kommunale (und nicht gemeindepsychiatrische) Steuerung zur Vernetzung aller Beteiligten im Sozialraum, weil damit Barrieren beseitigt werden. Diese, doch eher von Optimismus getragene Einschätzung kommunaler Umwelten wird von den Expertinnen der Selbsthilfe und den Vertretern der Angehörigen nur teilweise geteilt. Die Erfahrung von Stigmatisierung und das Erleben, als psychisch erkrankter Mensch »ganz unten« in der gesellschaftlichen Akzeptanz angesiedelt zu sein, prägen.

Der Unterschied zwischen Stadt und Land wird sehr viel zugespitzter vorgebracht. Betroffene erleben den ländlichen Raum als kulturell verarmt,

sie empfinden die ärztliche Versorgung und Verantwortlichkeiten in der ambulanten Behandlung als deutlich schlechter. Kleine Wohnungen seien auf dem Land fast nicht verfügbar, infrastrukturelle Angebote nur noch in den Ortskernen von Kleinstädten vorhanden. Ein Arbeitsmarkt sei in ländlichen Kreisen fast nicht vorzufinden. Insgesamt träfe der Abbau der kommunalen Verwaltung im Bereich Daseinsvorsorge und Beratung besonders psychisch erkrankte Menschen. Beratung gäbe es fast nur für die »sichtbar behinderten Menschen« – d.h. für Betroffene, deren Sinne und Körper beeinträchtigt sind. Informationen seien im ländlichen Bereich nahezu nicht zugänglich.

Kleine Gemeinden und Städte werden dennoch als sicherer erlebt als große Städte, weil in ihnen soziale Situationen besser einzuschätzen sind. Außerdem sieht man sich durch den demografischen Wandel (Landflucht) als positiv in seinem Bleiben gewürdigt. Engagement im Sinne gesellschaftlichen oder politischen Einbringens bedeutet im ländlichen Bereich ein Exponieren – dieses Risiko wird aber meist aus Angst vor Stigmatisierung nicht eingegangen. Ambulante Betreuungsformen sind auf dem Land deutlich wichtiger, um Selbstbestimmung zu ermöglichen. Sie werden jedoch wegen der meist schlechten Verkehrsanbindung als neue Abhängigkeit von den Betreuungspersonen wahrgenommen.

Ein wesentliches Thema ist auch hier die schlechte und teure Versorgung mit Angeboten des öffentlichen Nahverkehrs. Interessant ist, dass sich Beschreibungen hinderlicher Umwelten ebenso auf Rahmenbedingungen von Angeboten oder Finanzierungsformen beziehen. Die Kritik an hindernden professionellen Hilfestrukturen wird an der Stelle vorgebracht, wo es um die Lebenswelt in der Gemeinde geht. Wünschenswerte Kontinuität von Betreuung, zögerliche Änderungsprozesse in begleitenden Diensten und Einrichtungen, die Defizitorientierung familiärer Umwelten, mangelnde Perspektiventwicklung und geringe Veränderung durch »überbetreuende« Dienste und Einrichtungen werden angesprochen.

An kommunalen Umwelten werden hingegen die in der Stadt scheinbar verfügbaren Ressourcen geschätzt. So werden Psychiatrie-Erfahrene wertfrei akzeptiert, es sind Projekte von Selbsthilfe und Krankenkassen entstanden, und Vereine und Selbsthilfe haben sich untereinander vernetzt. Es ist möglich, jederzeit einen Ansprechpartner in Krisen zu haben, weil ein erreichbarer Krisendienst erkämpft und eingeführt wurde. Positiv erwähnt wird auch, dass Dienste und Einrichtungen in der

Öffentlichkeit professionell auftreten und so Stigmatisierung entgegenwirken («Antistigma-Wirkung«).

Insbesondere in der Unterstützung von Partizipation der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen wird Anerkennung erlebt. Es wird jedoch gefordert, die Anerkennung auch praktisch werden zu lassen: Beide Gruppen wollen als politisch wahrgenommen werden und in Entscheidungen eingebunden sein. Die Bereitschaft, konstruktiv zusammenzuarbeiten und z. B. die ehrenamtliche Arbeit finanziell und strukturell zu unterstützen, ist sehr wichtig für das Erleben einer »inklusionsfördernden Umwelt«. Vor allem aus Sicht der Selbsthilfe haben »Querschnittsaufgaben« und »Mischung« für Gemeinde- und Stadtpolitik eine besondere Bedeutung für förderliche kommunale und soziale Umwelten. Dazu gehören Treffpunkte, die mit dem öffentlichen Nahverkehr zu erreichen sind, Zugänglichkeit von allgemeinen Beratungsstellen und keine »Ballung« von Wohnorten von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Experten der Leistungsträger und -erbringer sehen als wesentlichste Teilhabebarriere in Sozialräumen den Mangel an bezahlbarem und verfügbarem oder bedarfsgerechtem Wohnraum – sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten. Die unzureichende Anbindung an öffentlichen Nahverkehr in Landkreisen wird ebenfalls als deutliches Hindernis für Teilhabe benannt. Im städtischen Bereich gelingt die Zusammenarbeit mit Wohnungsbaugesellschaften. Es werden Lösungen gefunden, in denen der Träger Immobilienverwaltungsaufgaben übernimmt. Im ländlichen Bereich ist dies nur teilweise möglich. Dort, wo Nahverkehrsanbindung existiert, sind die teuren Mieten eine hohe Barriere.

Sowohl in städtischen als auch in ländlichen Sozialräumen machen Klientinnen und Klienten aus Sicht von Professionellen Stigmatisierungserfahrungen. Sie werden mit Zuschreibungen und Berührungängsten konfrontiert – dies geschieht in der Stadt meist »distanziert«, auf dem Land eher in direkten Kontakten. In Bezug auf Angehörige werden in geringer Anzahl ein »Nichtloslassen« und deutlich konfliktbelastete Sorgebeziehungen erlebt, häufiger fehlen soziale Kontakte jedoch ganz.

Weiter wird von Leistungsträgerseite verdeutlicht, dass der ambulante Behandlungsbereich für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor allem auf dem Land unzureichend ist und die wenigen verfügbaren Fachärztinnen und Fachärzte für viele nicht erreichbar sind. Fehlt diese kontinuierliche Versorgung, kommt es zu deutlichen Funktionseinschränkungen bei Betroffenen. Die kommunale Ebene wird als unzureichend

beschrieben. Sie sei mit ihrer Bürgerverwaltung nicht auf Inklusion vorbereitet. Unklare Zuständigkeiten und kommunale Zuordnungsgrenzen erschweren es den Klientinnen und Klienten, in gewünschten Sozialräumen Fuß zu fassen. Der Umgang mit Behörden und deren Sprache wird von Betroffenen als Überforderung und Barriere wahrgenommen und erfordert professionelle Unterstützung.

Gleichzeitig werden aber auch Ressourcen benannt. Der öffentliche Nahverkehr ermutigt in der Stadt und dort, wo er auf dem Land verfügbar ist, zu eigenständigen Aktivitäten und selbstbestimmter Lebensführung. Durch die Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen und den kommunalen Behörden entstehen Chancen. Dies sei als Hinweis auf die Bedeutung zielgruppenübergreifender sozialer Angebote der Kommunen zu verstehen. Klientinnen und Klienten definieren selbst, wie ihr eigener Sozialraum in Bezug auf ihr persönliches Netzwerk und die erreichbaren Angebote aussieht. Mit selbstbestimmten persönlichen Umwelten entstehen auch zu nicht professionellen Unterstützern Kontakte. Konflikthafte Netzwerke lassen sich – gestützt von Beratungsprozessen für Angehörige – stabilisieren, damit gelingen für beide Seiten soziale Kontakte, die deutlich belastungsärmer sind.

Hervorzuheben sind besonders die Erfahrungen mit der Teilhabe an Arbeit. Kooperationen mit Betrieben sind auch einzelfallbezogen möglich. Berührungspunkte werden abgebaut, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen als »Dienstleister« für den Sozialraum erlebt werden.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich folgende Rahmenbedingungen für eine inklusionsfördernde Kommune aus Sicht von Leistungserbringern und -trägern:

- bezahlbare Wohnraumförderung, Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs und Gewährung von Fahrpreisermäßigungen;
- inklusionsfördernde Gestaltung des Verwaltungshandelns (barrierearme Antragsprache und Zuständigkeitsregelungen);
- zielgruppenübergreifende Bildungs-, Beratungs- und soziale Angebote (siehe dazu auch Montag Stiftung, kommunaler Index für Inklusion);
- Förderung der Partizipation über Stützung des Engagements der Selbsthilfe und der Angehörigen, diese als Teil aktiven bürgerschaftlichen Engagements verstehen;
- aktive Förderung von Tätigkeiten und Arbeitsplätzen im öffentlichen Raum in Zusammenarbeit mit professionellen Dienstleistern des beruflichen Rehabilitationsbereichs.

Hinweise auf qualitative Kennzahlenentwicklung wären somit für diesen Bereich:

- Wohnraum (Kosten und Verfügbarkeit);
- Mobilität im öffentlichen Bereich;
- bürgerschaftliches Engagement und Unterstützung der Selbsthilfe;
- Teilhabe und Teilgabe an Arbeit außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen;
- barrierefreier Zugang zu Informationen und Beratung;
- Wahrnehmung und Stand der Partizipation von Selbsthilfe, Angehörigen und gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern.

## **Die Wahrnehmung und der Stand der Partizipation von Selbsthilfe, Angehörigen und gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern**

Selbstkritisch wird von den Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe benannt, dass es wenig organisierte psychiatrie-erfahrene Menschen und Angehörige gibt – und zwar sowohl in ländlichen als auch in städtischen Regionen. Die Befragten wiesen zunächst darauf, dass sich ehrenamtliche Vereinsarbeit nicht »lohne«, d. h. Zeit und Kosten auf Dauer als reines Ehrenamt schwer aufrechtzuerhalten seien.

Die finanzielle Unterstützung für Selbsthilfeprojekte der Kommune wird als zu gering eingeschätzt. Beide Gruppen beschreiben ihren Einfluss auf die Gestaltung der Versorgungsrealität als sehr gering. Gremienvertretung wird aus Sicht der Selbsthilfe abgebaut, die Erwartungen von Entscheidungsträgern an die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe sind zu hoch, und die geforderte Fachlichkeit wirkt einschüchternd und arrogant. Vorschläge der Selbsthilfe werden meist abgelehnt, die Mitarbeit in Gremien wird selten als gleichberechtigter Dialog empfunden.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen finden es jedoch wichtig, an der Selbsthilfe beteiligt zu werden. Erfahrungsgemäß gingen Belange von einzelnen Klientinnen und Klienten zu leicht unter. Gewünscht wird, mit allen Interessengruppen der Versorgung zusammenzuarbeiten. Aus der Selbsthilfe wird das Thema

»Beschwerdemanagement« nicht angesprochen, spannend ist jedoch der Hinweis, dass es für Betroffene eher um ein »Verbesserungs- und Informationsmanagement« gehen sollte, das auch nicht psychiatriespezifisch ausgestaltet ist.

Sowohl die Selbsthilfe als auch die Leistungserbringer, Leistungsträger und kommunalen Vertreterinnen und Vertreter berichten, dass die Wahrnehmung der Sorgeposition deutlich unterschiedlich von den Interessen her nach den Gruppen »Angehörige« und »gesetzliche Betreuer« zu gestalten ist. Ein gemeinsamer Austausch wie eine aktive Netzwerkarbeit wird lediglich im städtischen Raum von sehr wenigen engagierten gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern erlebt. Die Teilnahme an Abstimmungs- und Klärungsprozessen der Teilhabeplanung scheint zu zeitaufwendig und wird fast nicht genutzt. Gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer haben einen hohen Informationsbedarf und benötigen selbst Unterstützung in Fragen selbstbestimmterer Lebensführung von Klientinnen und Klienten.

Aus Sicht der kommunalen Beauftragten wird dies von ihnen geleistet. Ihre Aufgabe sehen sie darin, die Beteiligung von gesetzlichen Vertretern an der Bedarfsplanung zu sichern. Die Gruppe der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer wird von allen Fachkräften der Versorgung als äußerst inhomogen beschrieben. So ist im städtischen Bereich teilweise eine engagierte Beteiligung zur Stützung von Teilhabeentwicklung zu beobachten, häufig aber auch eher passiv-vermeidendes Verhalten, wie es in den ländlichen Regionen überwiegt. Spekuliert wird, dass sich für gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer Ambulantisierung mit vermuteter Mehrarbeit und Nichtbezahlung verknüpft. Das Eigeninteresse, Betreuungssettings anzustreben, die möglichst wenig Aufwand bedeuten, hat einen deutlichen Einfluss auf die Beteiligung an regionaler Versorgung.

Angehörige in den »Kernprozess« der Teilhabeplanung einzubeziehen, empfinden Leistungserbringer sowohl bereichernd (über das Einbringen biografischer Hintergründe und Bedeutungen) als auch konfliktbehaftet. Wenn Angehörige sich in Teilhabeprozessen nicht als »Assistenten« verstehen (können), die neue Perspektiven erarbeiten, sondern vielmehr eigene Kränkungen, Interessen und ungelöste Konflikte des Zusammenlebens zutage treten, gelingt ein Dialog auf Augenhöhe mit allen Beteiligten selten. Kommunale Vertreterinnen und Vertreter betonen, dass die Entscheidung von Klientinnen und Klienten, ob das Einbeziehen von Angehörigen erwünscht ist, im Vordergrund stehen muss.

Aus einer fruchtbaren Zusammenarbeit mit Angehörigen gehen den Erfahrungen der Leistungserbringern nach nicht selten Bürgerhelfer hervor, d. h. Menschen, die sich in der Angehörigenselbsthilfe engagieren. Angesichts der Probleme anderer Angehöriger und der Form meist loser Zusammentreffen in offenen Gruppen neigen die wenigen engagierten Angehörigen jedoch dazu, sich zu übernehmen. Es ist wichtig, eine angemessene Form und klare Aufgaben festzusetzen. Dies gelingt am ehesten, wenn konstruktive Mitarbeit (nicht bloßes Geduldetsein) in kommunalen Gremien möglich ist. Auch die Erfahrungen der Selbsthilfe wären in ähnlicher Form hinzuzuziehen – hier hat sich die Form des »Triologs« bewährt, an dem Angehörige, Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe sowie Fachkräfte beteiligt sind (AG der Psychoseseminare 2007).

Expertinnen und Experten der Leistungsträger haben mit Angehörigen eher im ländlichen als im städtischen Bereich direkten Kontakt, gehen jedoch nicht im Detail auf Partizipationsfragen ein. Grundsätzlich sind sowohl Leistungsträger als auch -erbringer dafür, Angehörige und Selbsthilfe verstärkt in Abstimmungsprozesse regionaler Teilhabeentwicklung einzubeziehen. Angesichts der Heterogenität beider Gruppen und einem fehlenden Konzept für konstruktives Einbinden wird dies jedoch praktisch als wenig umsetzbar eingeschätzt.

## **Die Wahrnehmung und gewonnenen Erfahrungen mit regionalen und organisationsbezogenen Kennziffern**

Nur in der städtischen Region liegen zum Monitoring von Teilhabeentwicklung Erfahrungen vor, die sich jedoch eher auf ökonomische Kennzahlen beziehen. Für den Bereich »Teilhabe an Arbeit« werden interessante Ideen entwickelt. Der Prozess der Abstimmung und das Herstellen von Plausibilität haben eine hohe Bedeutung. So ist eindeutig festzulegen, welche Zahl was bedeutet. Durch das Festlegen einer Präferenz können wichtige Kennzahlen im Blick behalten werden.

Alle Leistungserbringer und -träger stimmen überein, dass Kennzahlen sowohl für das Monitoring der eigenen Organisation als auch die regionale Steuerung wichtig sind und Erklärungsmodelle beinhalten. Diese

spiegeln nicht nur in Zahlen gemessene Entwicklungen wider. Dahinter stehen ebenso inhaltliche Zusammenhänge, die vereinbart und ausgehandelt werden müssen. Nur so können gemeinsame Interessen und Interpretationen möglich werden. Das verweist auf die hohe Relevanz eines vereinbarten Prozesses zur Steuerung.

Kennzahlen haben zunächst eine organisationsinterne Bedeutung, die unterschiedlich akzentuiert wird. Leistungsträger benötigen Kennzahlen zur Fallzahlentwicklung. Sie geben Aufschluss über die aktuell noch deutlich unterschiedlichen Leistungstypen und Leistungsarten, aggregierte Kosten wie Gesamtkosten pro Zielgruppe, aggregierte Einzelfallkosten, Kosten für Teilleistungen, Belegungsentwicklung und die Anzahl der fremdfinanzierten Leistungsberechtigten. In Einrichtungen, in denen bereits zeitbasiert finanziert wird, sind durchschnittliche Leistungsminuten pro Klientin oder Klient, Entwicklung der Fachleistungsstunden in bestimmten Angebotsformen und die Veränderungen von Hilfebedarfen im Durchschnitt interessant.

Diese Art von Kennzahlen verfolgt das Ziel, Kosten und Finanzierungsbedarf hinsichtlich der Betreuungsintensität und des Settings abzubilden. Dabei ist der Fokus der Veränderung von stationär zu ambulant von besonderer Bedeutung, weil bei festgeschriebenen Finanzierungsmodi und Leistungstypen nur ein Trend zu sinkenden Kosten pro Fall dargestellt werden kann. Dies ist scheinbar auch die einzige inhaltliche Abbildung von »mehr Teilhabe«. Die zeitnahe Darstellung all dieser Anzeiger zur ökonomischen Fallsteuerung ist in den derzeit noch sehr unterschiedlichen Systemen von Hilfe- und Teilhabeplanung sowohl zielgruppen- als auch leistungstypspezifisch eine komplexe Aufgabe.

Leistungserbringer kommen in der Regel in Bezug auf ihre ökonomische Situation mit deutlich weniger Kennzahlen aus. Die Anzahl der Klientinnen und Klienten in den angebotenen Settings, die jeweils vereinbarten Hilfebedarfsgruppen und der daraus abgeleitete Personalaufwand sind hierbei am wesentlichsten. Nicht durchgängig wird dies in Unternehmen auch auf den Personaleinsatz vor Ort oder für einzelne Klientinnen und Klienten umgelegt. Dort, wo schon zeitbezogen über Leistungstypen hinweg finanziert wird, sind die durchschnittlichen Leistungsminuten pro Klient und Woche eine Selbstverständlichkeit. Der daraus abgeleitete Personalumfang und insgesamt das Jahreskostenbudget sind hierbei von Bedeutung.

Nicht selbstverständlich ist eine Plausibilitätsprüfung von Vereinbarungen, bei der Aufwand und Bedarf von Klientinnen und Klienten

abgeglichen werden. Hierzu können die Beschlüsse der Hilfeplankonferenzen oder die genehmigten individuellen Teilhabeplanungen hinzugezogen werden. Der Soll-Minutenwert und der Personaleinsatz werden mit dem Budget für die Personalanzahl und den Personaleinsatz in Verbindung gesetzt und stellen personenzentrierte Unterstützung sicher.

Im Bereich der Teilhabe an Arbeit sind mögliche teilhabeorientierte Kennziffern die Anzahl von Klientinnen und Klienten in betrieblichen Praktika, in betriebsintegrierten Bereichen und die Vermittlungsquote in Betrieben. Diese sind unabhängig von dem Stundenumfang, dem Verhältnis der direkten zur indirekten Begleitung am Arbeitsplatz, der Teilzeitquote und dem Erwerb beruflicher Qualifikationen. Letzterer schließt nicht nur die formelle berufliche Bildung ein, sondern auch die arbeitsplatzbezogene berufliche Kompetenz. Die Kennzahlen sind unternehmensbezogen zu erheben, der Aufwand ist jedoch derzeit eher nicht zu rechtfertigen, weil diese teilhabebezogenen Kennziffern keine Bedeutung außerhalb der Selbstvergewisserung haben.

Im städtischen Kontext werden allgemeine Inanspruchnahme und Kostenentwicklungszahlen gemeinsam diskutiert, dies findet in der ländlichen Region nicht statt. Leistungserbringer betonen, wie wichtig es ist, die Transparenz des Prozesses zu erhöhen und eine verbindliche Moderation des Steuerungsprozesses zu installieren. Wir interpretieren dies so, dass der Austausch zu rein ökonomischen Kennziffern einem »Angriff« und »Verteidigungsmodus« gleicht. Mangels eines Vergleichs zu anderen Regionen und der Einbeziehung von Teilhabeentwicklung scheint er unproduktiv und rückwärtsgewandt, d. h. nicht veränder- oder steuerbar zu sein.

Grundsätzlich wird jedoch hervorgehoben, dass gegenseitiger Austausch auf einer fallübergreifenden Ebene – wie z. B. die Entwicklung neuer Angebotsformen – wichtig ist, um Vertrauen und Kooperation herzustellen. Insgesamt erwarten Leistungserbringer und -träger von gemeinsamen regionalen Controlling-Gesprächen einen deutlichen Vertrauenszuwachs. Wenn die Gespräche um Teilhabeentwicklung ergänzt würden, könne der Einfluss und das Wissen auch von Klientinnen und Klienten genutzt werden. Dadurch könne die Leistungserbringung in der Region verbessert und effizienter gestaltet werden.

Leistungsträger sehen das Potenzial des gegenseitigen Austauschs mehr im Hinblick auf einzelne Leistungserbringer hin ausgerichtet. Wesentliches Interesse ist es, Fallzahlen und Bedarfsveränderungen auch darstellen zu

können – deshalb sind regionale Bezugsgrößen wichtig. Bei übergreifender Steuerung spielen die Option von Prognosen und die Bedeutung der Zuordnung von Leistungen zu weiteren vorrangigen Leistungsträgern der Rehabilitation und Behandlung eine große Rolle. Angesprochen werden auch datenschutzrechtliche Fragen, die bei zu kleinen Gruppengrößen zu beachten sind.

Die kommunalen Expertinnen und Experten beschreiben das Interesse an Transparenz und regionalen Bedarfswerten, sind jedoch eher kritisch eingestellt, wie Zahlen erhoben und interpretiert werden. Aktuell werden eher Platzzahlen vom Leistungsträger aufbereitet, reine Kostenzusammenstellungen sind aus Sicht der kommunalen Expertinnen und Experten wenig interessant, obwohl diese auch für die direkten Finanzierungen durch die Landkreise zur Verfügung stehen. Zahlen zur Teilhabeentwicklung und Daten aus den Hilfeplankonferenzen werden aus ihrer Sicht vor allem deshalb nicht aufbereitet, weil dies personell und zeitlich zu aufwendig sei.

Alle interviewten Professionellen stimmen überein, dass ein solcher regionaler, kennzahlenbasierter Austausch und Steuerungsprozess gelingen kann, wenn die Verantwortlichkeiten geklärt und sich die Beteiligten über den Prozess und dessen Rahmenbedingungen einig sind. Besondere Bedeutung hat hier, dass der Leistungsträger seine Steuerungsfunktion wahrnimmt und den gemeinsamen Abstimmungsprozess organisiert und moderiert.

Die Expertinnen und Experten aus Erfahrung sind deutlich kritischer, was Kennzahlen betrifft. So wird zwar vorgeschlagen, die Zahlen zu Persönlichen Budgets, der Rückgang von Wiederaufnahmen in das Krankenhaus und die Verringerung von Zwangsbehandlung als Anzeiger für die Verbesserung von Teilhabe in der Region zu sehen, insgesamt dominiert jedoch eine kritische Haltung Zahlen gegenüber. Die Selbsthilfe hat keinen Zugang zu Versorgungsdaten, ist daran jedoch sehr interessiert. Die »Logik der Leistungszuwendung« (wer zahlt was wofür?) wird nicht einmal im Einzelfall als transparent eingeschätzt, ein Einblick in die Kosten der Versorgung wird gewünscht.

War in den Interviews die Skepsis Zahlen gegenüber überwunden, kam eine ganze Reihe von Vorschlägen. Diese machen deutlich, wie wichtig es für die Selbsthilfe ist, zwischen der Behandlung und der Eingliederungshilfe zu unterscheiden, um so einen ganzheitlichen Blick auf die Versorgungsrealität werfen zu können. Betroffene und Angehörige interessieren

vor allem die durchschnittlichen Kosten von Maßnahmen – in welcher Relation steht die Bevölkerung zu den Aufwendungen der Versorgung, wie hoch ist die Anzahl von Menschen im ersten Arbeitsmarkt mit und ohne Beeinträchtigung, und wie viele Menschen mit psychischer Erkrankung sind nicht im Leistungsbezug der Eingliederungshilfe? Die Selbsthilfe betont ganz richtig, dass Tendenzen auch von Ausgabenrelationen ein guter Anzeiger für Entwicklung sein können.

Als Teilhabeanzeiger werden auch das Angebot an kleinen Wohnungen, die Angebotszahlen und Wartelisten der verschiedenen Versorgungsangebote sowie eine Übersicht der Mitgliedschaft von Betroffenen in Vereinen benannt. Die Selbsthilfe hat ein großes Interesse an Zahlen, die etwas über die Qualität der Leistungserbringung in der Region aussagen, und betont sehr sachgerecht, dass alle Anzeiger immer in Relation betrachtet werden müssen.

## Fazit

Die qualitative Studie hat bestätigt, dass eine Basis für eine gemeinsame, teilhabeorientierte Steuerung vorhanden ist. Die Forschungsergebnisse begründen die im Projekt erarbeiteten Kennziffern. Die Entwicklung von Teilhabeindikatoren muss auf der Grundlage von organisationsunabhängigen Dokumenten erfolgen. Das hier erarbeitete Konstrukt einer teilhabeorientierten regionalen Steuerung in der Eingliederungshilfe ist als Konzept von »Management by Objectives« (DRUCKER 1998) zu verstehen, das von autonomen Organisationen der Leistungsträger und -erbringer oder kommunalen Beiräten umgesetzt werden kann, die die Sorgeposition und kommunalen Beauftragten vertreten. Wichtig ist es, dass gesetzliche und sozialpolitische Grundlagen für die Beteiligung der kommunalen Ebene existieren (vgl. GRUNOW 2010). Im folgenden Beitrag von Ralf Bremauer werden die Grundlagen der konkreten Kennzahlenentwicklung vorgestellt.

## Literatur

- AG der Psychoseseminare (Hg.) (2007): »Es ist normal, verschieden zu sein!« Verständnis und Behandlung von Psychosen. Neumünster: Die Brücke Neumünster gGmbH.
- Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) (Hg.) (2009): Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« der ASMK. Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII. [www.alle-inklusive.de/wp-content/uploads/2009/12/ASMK-2009-Anlage-1-Eckpunkte-Eingliederungshilfe.pdf](http://www.alle-inklusive.de/wp-content/uploads/2009/12/ASMK-2009-Anlage-1-Eckpunkte-Eingliederungshilfe.pdf) (20.08.2015).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (Hg.) (2013): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. [www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenvergleich2013.pdf](http://www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenvergleich2013.pdf) (28.07.2015).
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.) (2006): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII. [www.bke.de/content/application/explorer/public/dokumentationen/stellungnahme-hilfeplanung.pdf](http://www.bke.de/content/application/explorer/public/dokumentationen/stellungnahme-hilfeplanung.pdf) (20.08.2015).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. [www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Entlassung-Akt\\_Auszug.pdf](http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Entlassung-Akt_Auszug.pdf) (28.07.2015).
- DRUCKER, P. F. (1998): Die Praxis des Managements. Düsseldorf: Econ.
- GEYER, U. (2012): Die Region Wiesbaden auf dem Weg zu einem gemeindepsychiatrischen Verbund. In: GROMANN, P. (Hg.): Mit Teilhabeplanung zu einer individuellen ambulanten Versorgung. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 62–109.
- GROMANN, P. (1997): Der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« als Arbeitsmethode und Instrument zur Qualitätssicherung. In: Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) (Hg.): Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Köln: Rheinland-Verlag GmbH, S. 38–44.
- GROMANN, P. (2012): Wirkungsorientierte Steuerung der Leistungen. Ein neuer Weg, um Teilhabe zu erreichen? In: Die Kerbe, 30 (1), S. 32–34.

- GROMANN, P. (2013): Teilhabe- und wirkungsorientierte Steuerung in der Eingliederungshilfe. In: NDV, 93 (2), S. 87–91.
- GRUNOW, D. (2010): Herausforderungen und Perspektiven integrierter Planung in der Kommune. Vortrag in der Universität Siegen am 27.9.2010. [www.uni-siegen.de/zpe/projekte/aktuelle/teilhabeplanung\\_fmb/pdf/herausforderungen\\_und\\_perspektiven\\_integrierter\\_planung\\_in\\_der\\_kommuneerg.pdf](http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/aktuelle/teilhabeplanung_fmb/pdf/herausforderungen_und_perspektiven_integrierter_planung_in_der_kommuneerg.pdf) (28.07.2015).
- MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- TIETMEYER, R. (2015): Wirtschaftliche Fehlanreize im Betreuten Wohnen in NRW. In: NDV, 95 (4), in Druck.

*Prof. Dr. Petra Gromann ist Soziologin, Professorin für Rehabilitation und Studiengangsleiterin für den berufsbegleitenden blended learning Studiengang M. A. »Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie« ([www.socialmaps.de](http://www.socialmaps.de)) sowie den berufsbegleitenden B. A. »Soziale Arbeit« ([www.basa-online.de](http://www.basa-online.de)).*

# Die Bedeutung von Kennzahlen für eine personenzentrierte regionale Steuerung

*Ralf Bremauer*

Die Steuerung personenzentrierter Leistungen zur Teilhabe in den Regionen steht für einen Richtungswechsel. Bisher dominierte angebots- oder trägerorientierte Leistungssteuerung. Im Forschungsprojekt »Regionale Teilhabeindikatoren – regionale Kompetenzen für Fachkräfte« selbst wurden unterschiedliche Finanzierungssysteme der Eingliederungshilfe ins Blickfeld genommen.

Gegenstand der Untersuchung waren dreierlei Systeme: Eine traditionelle angebotszentrierte Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung als Grundlage der Leistungsfinanzierung findet sich im Beispiel R2. Im Beispiel R1 wurde dieses System teilweise für eine flexibilisierte Leistungssteuerung (um ca. 60 Prozent) weiterentwickelt (BREMAUER 2009). Unter dem Beispiel RF wird die Personenzentrierte Komplexleistung (kurz PKL; ebd. 2013) vorgestellt. Diese neue Leistungssystematik entstand in den letzten Jahren und wird zum Ende des Beitrags kurz erläutert.

Vorschläge aus den qualitativen Ergebnissen des hier vorgestellten Projektes wurden aufgegriffen und auf ihre Realisierbarkeit überprüft. 74 mögliche Kennzahlen wurden (unter Mitarbeit von Felix Optiz und Andrea Deuschle) erprobt, definiert und in sieben Kennzahlensets zur Auswertung verdichtet. Zur Einführung werden zunächst die Hintergründe der Erhebung und Verarbeitung der Daten dargestellt. Details sind der ausführlichen Beschreibung der Kennzahlen unter [www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/teilhabeorientierte-steuerung-sozialpsychiatrischer-hilfen.html](http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/teilhabeorientierte-steuerung-sozialpsychiatrischer-hilfen.html) zu entnehmen.

Die Leistungen zur Teilhabe für die regionalen Teilhabeindikatoren sind in dem Projekt mit den heutigen Unterstützungsangeboten der Eingliederungshilfe gleichgesetzt. Diese Definition entspricht der noch gültigen Praxis, in der einerseits trägerübergreifende Leistungskomplexe eher die Ausnahme als die Regel darstellen. Andererseits werden die

meisten Leistungsberechtigten in Heimen und Werkstätten durch die Eingliederungshilfe vollständig – mit allen zugehörigen Leistungen – versorgt. Dieser Rahmen kann bei einer sich verändernden Praxis hin zur Komplexleistung angepasst werden.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden in jedem Einzelfall durch ein Verfahren der Hilfeplanung erfasst und bearbeitet. Der rechtsfähige Einzelfallbescheid ermöglicht Leistungsberechtigten, Hilfe einzufordern. Diese Vorgehensweise ist nicht einfach zu organisieren: Wenn sich die Bescheide nach der einzelnen Person richten, entziehen sie sich zugleich jeder übergeordneten Steuerung in der Region.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Verweildauern im Hilfesystem für Menschen mit Behinderung deutlich länger sind als in anderen Sozialleistungssystemen. Die durchschnittliche Verweildauer in der Eingliederungshilfe beträgt über zwanzig Jahre, wohingegen sie in anderen Sozialleistungssystemen bei nur wenigen Jahren oder Monaten liegt. Die Zuordnung des Leistungsbedarfs eines Menschen auf einen Platz aus dem Leistungsangebot (angebotszentrierter Platz) schreibt für die meisten Leistungsberechtigten lange Zeiträume fest.

Personenzentrierte Hilfen gehen demgegenüber von flexiblen Leistungsumfängen aus, die für Vereinbarungszeiträume von in der Regel einem Jahr individuell festgelegt werden und ebenfalls als Unterstützung langfristig erfolgen. Dementsprechend können die Bescheide der Leistungsträger hinsichtlich einer gewährten Hilfeleistung im Einzelfall je nach Zeitraum sehr unterschiedlich sein.

In angebotszentrierten Leistungssystemen können bei den Nutzerinnen und Nutzern neben alterungsbedingten Faktoren noch Belastungen durch erlernte Hilflosigkeit als Hospitalisierungseffekt (PETERMANN 2010) hinzukommen. Solche Effekte erhöhen den Hilfebedarf und somit auch die Leistungen im Angebotssystem. In personenzentrierten Leistungssystemen entfalten sie hingegen wegen der subjektiven Zielsteuerung auch andere Dynamiken. So entstehen sehr unterschiedliche Lösungen auf dem Hintergrund persönlicher und sozialräumlicher Bedingungen.

Regionale Steuerungsgruppen können das folgend vorgestellte Kennzahlenset nutzen und weiterentwickeln. Die Transparenz der verwendeten Daten und deren nachvollziehbare Verarbeitung fördert die Akzeptanz und Qualität der sich daraus ergebenden Steuerungsimpulse. Besondere Wirkung entfalten regionale teilhabeorientierte Kennzahlensysteme, wenn die Daten über mehrere Jahre (mindestens drei Perioden)

eingepflegt und verarbeitet werden. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine Zeitreihenanalyse der einzelnen Kennzahlen. Weiter können die Wirkungen einzelner Steuerungsimpulse oder Veränderungen rückblickend beurteilt werden. Die Berechnung von zukünftig zu erwartenden Werten über Trendanalysen (u. a. WANNER 2013) erlaubt eine Einschätzung der Wirksamkeit der vereinbarten Steuerungsimpulse.

Im Forschungsprojekt »Regionale Teilhabeindikatoren – regionale Kompetenzen für Fachkräfte« wurden die Daten zweier Leistungserbringer aus unterschiedlichen Regionen erhoben, ausgewertet und analysiert. Aus den Anforderungen der qualitativen Ergebnisse ließen sich Optionen für ein entsprechendes Kennzahlenset entwickeln. Die Erkenntnisse und Verfahren zur transparenten Datengewinnung wurden dann durch die Anwendung in einer dritten Region (Referenzregion) überprüft und abgesichert.

Je Region war nur ein Leistungserbringer an dem Projekt beteiligt. Für die Entwicklung des Kennzahlensystems war dies ein praktikables Vorgehen – der Abstimmungsaufwand von mehr Personen wäre zeitlich und finanziell nicht möglich gewesen. Für die weitergehende Anwendung ist jedoch die Beteiligung aller Leistungserbringer von entsprechenden Leistungen in einer Region empfehlenswert.

In der Modellregion R1 ist der Integrierte Teilhabeplan Hessen (ITP Hessen) seit 2008 als Verfahren zur Hilfeplanung in Verbindung mit dem Projekt »Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen« (PerSEH; LWV Hessen o. J.) des Landeswohlfahrtsverbands Hessen etabliert. In der Modellregion R2 wird der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) seit 1998 als Verfahren zur Hilfeplanung in Verbindung mit der bisherigen angebotszentrierten Steuerung angewendet. Die Region RF wurde hingegen als Referenzregion zur Überprüfung der Anwendbarkeit des Kennzahlensets außerhalb von Hessen gewählt. Hier gilt seit 2011 der Integrierte Teilhabeplan Thüringen (ITP Thüringen) als Verfahren zur Hilfeplanung in Verbindung mit der Personenzentrierten Komplexleistung.

Damit die Steuerung und die sich daraus ergebenden Impulse in allen Leistungssystemen Akzeptanz finden, ist es wichtig, Transparenz bei der Datenerhebung und -verarbeitung zu wahren. Die Kennzahlen sollten mit Daten gebildet werden, die allen Beteiligten im Rahmen ihrer Arbeitsaufgaben zugänglich sind oder die überprüft werden können. Deren Bewertung und Verarbeitung müssen in abgestimmten und gesicherten

Bearbeitungsrastern und Tabellen vorgenommen werden. Daher ist für alle Daten, die erhoben werden, zu prüfen, ob die Beteiligten diese aus ihrer »Kenntnis« im System nachvollziehen können oder die Datengrundlage anonymisiert zugänglich gemacht werden kann.

Dies schränkte die Auswahl erheblich ein, da alle internen betriebswirtschaftlichen Daten das Kriterium nicht erfüllten. Vor diesem Hintergrund hat sich der jeweilig in den Regionen genutzte Hilfeplan als Grundlage empfohlen. Die Hilfepläne wurden jeweils anonymisiert im Projekt weiter bearbeitet. Auch wurden für die Kennzahlensets allgemein zugängliche Daten zu regionalen Strukturen verwendet, z. B. zur Fläche oder zu Einwohnerzahlen.

## Die Kennzahlensets

Es ist eine Vielzahl von möglichen Werten zu errechnen, die zentrale Frage ist jedoch: Welche Informationen liefern einzelne Werte, und wie sind durch relationale Verknüpfungen Prozesse zu beschreiben? Im Projekt wurden Einzelergebnisse gruppiert und als Kennzahlensets zusammengefasst.

- **Kennzahlenset regionale Angebotsstruktur:** Die regionalen, aktuellen Strukturen der angebotenen Hilfen werden nach Daten zu stationären, teilstationären sowie ambulanten Hilfen und Persönlichen Budgets in Relation zu je 10.000 Einwohnern und Fläche betrachtet.
- **Kennzahlenset regionale Umwelten:** Die regionalen Voraussetzungen für selbstbestimmtes Leben, z. B. Mobilität, Wohnraumverfügbarkeit und Zugang zu unabhängiger Anwaltschaft und Beratung, werden anhand überregional vergleichbarer Merkmale erhoben.
- **Kennzahlenset übergreifende Leistungssteuerung Eingliederungshilfe:** Die Teilhabesteuerung der Leistungen findet im Rahmen der regionalen Abstimmungsprozesse unter Führung des Leistungsträgers für Neu- sowie Folgeplanungen statt. Inklusive Verfahren personenzentrierter Hilfen werden auf ihre Anwendung für alle Menschen mit Behinderungen und die Art der Planungsprozesse – Beteiligung von Nutzern – abgebildet.
- **Kennzahlenset flexible Einbindung regionaler sozialräumlicher Hilfen:** Die in der Hilfeplanung berücksichtigten regionalen professionellen und

»nicht professionellen« Hilfen stellen Indikatoren für die sozialräumliche Einbindung der Hilfen dar.

- **Kennzahlenset Ausrichtung der Hilfen auf Teilhabeziele von Nutzern:** Daten zur Zielorientierung im schematischen Überblick spiegeln die Perspektiven der betroffenen Menschen in der Region wider.
- **Kennzahlenset Bewertung der erfolgreichen Unterstützung von Teilhabeprozessen:** Die erzielte Wirkung der vereinbarten Leistungen (gelingende Hilfepläne) sind auszuwerten. Dies kann im Einzelfall mit dem vorgesehenen Bogen 7 im Integrierten Teilhabeplan, bezogen auf die Ziele und Indikatoren, erfolgen (siehe Kennzahl 2.8.a bis 2.8.m).
- **Kennzahlenset Bewertung von Teilhabe an Arbeit in inklusiven Settings:** Die erzielten Wirkungen im Bereich der Hilfen, die eine Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen sollen, sind in den Arbeits- und Beschäftigungssituationen außerhalb der Eingliederungshilfeeinrichtungen zu überprüfen.

Diese Sets eignen sich für die Präsentation und Diskussion der komplexen Wirklichkeit von Teilhabeleistungen in regionalen Steuerungsgruppen. Den Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Interessengruppen erlauben sie, regionale Entwicklungsziele zu analysieren und zu beschließen. Die sieben Kennzahlensets und die Ergebnisse der einzelnen Kennzahlen werden nachfolgend ausführlich dargestellt, erläutert und kommentiert.

## Kennzahlenset regionale Angebotsstruktur

Das erste Kennzahlenset stellt die regionale Leistungsstruktur der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen dar. Die Bezugspunkte für angebotszentrierte Plätze und die Belegung oder Nutzung des persönlichen Budgets bilden einerseits die Fläche der Region in Quadratkilometern und andererseits die Bevölkerungszahl der Region in Einheiten von je 10.000 Einwohnern.

Das Kennzahlenset besteht aus folgenden Kennzahlen:

1. Umfeldfaktoren der Leistungsstruktur (Angebotsplätze in den Modellregionen) je 10.000 Einwohner in den Modellregionen
  - 1.1.a Leistungsmenge (Plätze) stationärer und teilstationärer Leistungen
  - 1.1.b Veränderung in Prozent der Leistungsmenge (Plätze) stationärer und teilstationärer Leistungen, bezogen auf das Jahr 2012

- 1.2.a Leistungsmenge (Plätze) ambulanter Leistungen je 10.000 Einwohner
- 1.2.b Veränderung in Prozent der Leistungsmenge (Plätze) ambulanter Leistungen, bezogen auf das Jahr 2012
- 1.3.a Leistungsmenge (Nutzerinnen und Nutzer) persönlicher Budgetleistungen je 10.000 Einwohner
- 1.3.b Veränderung in Prozent der Leistungsmenge (Nutzerinnen und Nutzer) persönlicher Budgetleistungen, bezogen auf das Jahr 2012
- 1.a Umfeldfaktoren für die inklusive Leistungsstruktur der regionalen Struktur je Quadratkilometer Fläche in den Modellregionen
- 1.4.a Veränderung der Leistungsmenge (Plätze) stationärer und teilstationärer Leistungen, bezogen auf das Jahr 2012
- 1.4.b Veränderung in Prozent, bezogen auf das Jahr 2012
- 1.5.a Veränderung der Leistungsmenge (Plätze) ambulanter Leistungen
- 1.5.b Veränderung in Prozent, bezogen auf das Jahr 2012
- 1.6.a Veränderung der Leistungsmenge persönlicher Budgetleistungen
- 1.6.b Veränderung in Prozent, bezogen auf das Jahr 2012

Die Ergebnisse spiegeln wider, dass sich die stationäre Platzzahl nur im Beispiel R1 um 19 Prozent erhöht hat, während in den anderen Beispielen, R2 und RF, die Anzahl stationärer Plätze konstant (Wachstum = 0 Prozent) geblieben ist. Im gleichen Zeitraum ist die ambulante Platzzahl in der Region R1 um 35 Prozent, in R2 um 9 Prozent und in RF um 53 Prozent gestiegen.

Diese Auswertung dokumentiert ein überproportionales Wachstum des ambulanten Leistungsbereiches in allen Beispielen. Die Leistungsdichte stationärer Plätze schwankt in den ausgewerteten Beispielen erheblich: von 14,23 Plätzen je 10.000 Einwohnern im Beispiel R1 über eine Dichte von 1,67 Plätzen je 10.000 Einwohner bis zu keinen vorliegenden Daten in RF. Im Gegensatz hierzu ist der Anteil der ambulanten Plätze sehr ausgeglichen. Dieser variiert von 5,65 in R1 über 6,75 zu 5,08 Plätzen je 10.000 Einwohner in R2.

Selbst bei einer zurückhaltenden Interpretation dieser Werte aufgrund der unvollständigen regionalen Beteiligung ist es sehr erstaunlich, wie stabil der ambulante Leistungsanteil der teilnehmenden Leistungserbringer in den völlig unterschiedlichen Regionen ist. Außerhalb dieser stationären und ambulanten Hilfen ist der Leistungsanteil der Persönlichen Budgets zu beachten: Hier liegen in allen Beispielen – auch über

den Beobachtungszeitraum von drei Jahren – keine Daten vor. Somit muss davon ausgegangen werden, dass keine Inanspruchnahme dieser Leistungsform vorgekommen ist.

In den Beispielen R1 und R2 ist die Bevölkerungsanzahl ebenso konstant wie die Fläche der Region. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei RF um eine Region mit ebenfalls konstanter Fläche, aber schwindender Bevölkerungszahl. Die Steigerungsquote bezogen auf die Fläche in Quadratkilometern beträgt 50 Prozent, während der Bezug auf die Bevölkerungszahl 53 Prozent ergibt. Das weist darauf hin, dass die Bevölkerungsdegression einen kleinen Anteil (3 Prozent) an der Leistungsverdichtung in diesem Beispiel beiträgt.

In diesem Zusammenhang wird deutlich, warum nur die gemeinsame Auswertung beider Kennzahlen in einem Kennzahlenset zu sinnvollen Interpretationen führen kann. Die relativen Kennzahlen der Plätze je Quadratkilometer Fläche (stationär: R1 = 1,90 km<sup>2</sup>, R2 und RF = 0 km<sup>2</sup>; ambulant: R1 = 0,76 km<sup>2</sup>, R2 = 0,01 km<sup>2</sup> und RF = 0,07 km<sup>2</sup>) dokumentieren den Unterschied zwischen städtischen (R1) und ländlichen (R2 und RF) Regionen. Leistungserbringer stellen in ihren jeweiligen Regionen einen großen Anteil aller Leistungen im ambulanten Bereich zur Verfügung. Somit sind diese Daten trotz der Einschränkungen (nur ein Leistungserbringer je Region) im Projekt verwertbar.

## Kennzahlenset regionale Umwelten

Das zweite Kennzahlenset beschreibt die Inklusionsbedingungen für Menschen mit Behinderungen anhand dreier Bereiche. Diese ergeben sich aus den qualitativen Forschungsergebnissen. Mobilität, die Verfügbarkeit von bezahlbarem Wohnraum und die Option einer unabhängigen (bürgerschaftlich-anwaltschaftlichen) Beratung und Unterstützung für die eigenen Belange sind besonders geeignet, die Lebenssituation hinsichtlich eines selbstbestimmten Lebens zu beeinflussen.

Das Kennzahlenset besteht aus folgenden Kennzahlen:

1.b Umfeldfaktoren für inklusive Leistungen im öffentlichen Nahverkehr

1.7.a Ortschaften mit über 500 Einwohnern in den Modellregionen

1.7.b Anteil der Ortschaft mit einer Anbindung zu dem nächsten Knotenpunkt des öffentlichen Nahverkehrs, mindestens im Zweistundentakt

1.7.c Fahrpreis für 10 km für Erwachsene (Einzelfahrschein)

1.7.d Fahrpreis für 10km für Erwachsene mit Schwerbehindertenausweis

1.c Umfeldfaktoren für Inklusion im Quartier

1.8. Wohngeld, finanzierbarer Wohnraum in Quadratmetern

1.d Careposition

1.9.a Wöchentliche Regelarbeitszeit eines angestellten Mitarbeiters für die Careposition in den Modellregionen

1.9.b Wöchentliche Regelarbeitszeit eines ehrenamtlich tätigen Mitarbeiters für die Careposition in den Modellregionen

In den einzelnen Regionen können folgende Ergebnisse für die teilnehmenden Leistungserbringer ermittelt werden: Die Anbindung durch den öffentlichen Nahverkehr (ÖNPV) zwischen den selbstständigen Gemeinden an die jeweiligen regionalen Zentren (Kreisstädte oder Innenstadtbereiche bei großstädtischen Regionen) ist für die Mobilität betroffener Menschen von entscheidender Bedeutung. Diese Personen verfügen in der Regel nicht über die Möglichkeiten, ein Verkehrsmittel zu benutzen oder die Strecke zu Fuß zurückzulegen. Die Anbindung im Zweistundentakt scheint in Gemeinden mit über 500 Einwohnern zu 100 Prozent in allen Regionen gegeben zu sein.

»Scheint« nur deshalb, weil sich die selbstständigen Gemeinden oft aus vielen räumlich verstreuten Teilgemeinden zusammensetzen. Ob eine tatsächliche Anbindung all dieser Teilgemeinden im Zweistundentakt gewährleistet ist, wurde lediglich in Stichproben überprüft. Im städtischen Bereich der Region R1 wird dies an den Werktagen erfüllt. In den ländlichen Regionen R2 und RF kann es nicht für alle Tage im Jahr bestätigt werden. Diese Kennzahl muss um die regional individuell zu vereinbarende Stichprobenüberprüfung im ländlichen Raum ergänzt werden.

Der Fahrpreis schwankt zwischen 2,60 Euro (R1) und 1,90 Euro (RF). Im Beispiel R1 ist der Fahrpreis für Menschen mit Schwerbehindertenausweis jedoch kostenlos, sodass der relativ hohe Fahrpreis keine tatsächliche Hürde der Mobilität darstellt. Hier schränken eher die moderaten Fahrpreise der ländlichen Regionen für Menschen mit Behinderungen ohne entsprechende Kennung im Schwerbehindertenausweis ein. Aus der Bewertung dieser beiden Faktoren ergibt sich, dass die Mobilität in dem städtischen Beispiel R1 für Menschen mit Behinderung erheblich wirksamer ist als im ländlichen Raum.

Die Verfügbarkeit des Wohnraums für Menschen mit Behinderung setzt sich vorrangig aus zwei Faktoren zusammen: In welcher Höhe werden Mieten für Wohnungen im Rahmen der Sozialhilfe finanziert? Und wie viele Quadratmeter darf eine Wohnung umfassen? Aus diesen beiden Faktoren wird die mögliche Wohnungsfläche errechnet. In dem städtischen Beispiel R<sub>1</sub> liegt diese bei 35 m<sup>2</sup> und im ländlichen Referenzbeispiel RF bei 38 m<sup>2</sup>. Abweichend hiervon ist das Beispiel R<sub>2</sub>, bei dem Wohnungen mit bis zu 55 m<sup>2</sup> angemietet werden können.

Die Chancen, eine eigene Wohnung zu finden, sind aufgrund der größeren Auswahl möglicher Wohnungen in der Region R<sub>2</sub> am besten. Der Umstand, dass im städtischen Bereich mehr kleinere Wohnungen zur Anmietung zur Verfügung stehen, macht deutlich, dass die ländliche Referenzregion RF mit einer Kennzahl von nur 38 m<sup>2</sup> die größte Hürde in Bezug auf die Wohnungssuche darstellt. Größere Wohnungen sind zwar aufgrund der Bevölkerungsdegression in dieser Region leer stehend, können jedoch lediglich in Wohngemeinschaften betroffener Menschen genutzt werden, da nur so die Miete aufgebracht werden kann.

Grundsätzlich haben alle Regionen erhebliche Anstrengungen unternommen, die Selbstbestimmungsrechte betroffener Menschen durch Beschlüsse zu Inklusionsstrategien zu stärken. Wesentlich aus Sicht der betroffenen Menschen ist die Frage, ob zu ihrer Unterstützung (z. B. auch in Verwaltungsbelangen) ein unabhängiger Ansprechpartner regelmäßig zur Verfügung steht. Dieser sollte im Rahmen seiner Arbeit durch die Region unterstützt werden, z. B. in Form von Aufwandsentschädigungen, eines Lohnes oder eines Büros. Solche Merkmale werden nur in der Region RF im Rahmen einer Ehrenamtstätigkeit erfüllt. In den beiden anderen Beispielen können keine Belege für eine derartig geregelte Unterstützung festgestellt werden. Im Ergebnis dieses Kennzahlensets wird deutlich, dass die Beschreibung der regionalen Teilhabebedingungen für deren Steuerung wichtig ist, jedoch kaum überregionale Vergleiche zulässt.

## **Kennzahlenset übergreifende Leistungssteuerung Eingliederungshilfe**

Das dritte Kennzahlenset beschreibt die Leistungsumfänge der Eingliederungshilfe, die Planungsstrukturen und die Nutzung der Planungsverfahren für einzelne Personenkreise. Die Leistungsumfänge

errechnen sich aus der dokumentierten Intensität je belegten Platz: Wird viel oder wenig Hilfe entsprechend der regional angewendeten Verfahren vereinbart?

Das Kennzahlenset besteht aus folgenden Kennzahlen:

2.a Leistungsumfang des Leistungserbringers in den Modellregionen

2.o.1.a Komplexer Leistungsumfang stationärer und teilstationärer Leistungen

2.o.1.b Prozentuale Veränderung der komplexen Leistungsumfänge stationärer und teilstationärer Leistungen, bezogen auf das Jahr 2012

2.o.2.a Komplexer Leistungsumfang ambulanter Leistungen

2.o.2.b Prozentuale Veränderung der komplexen Leistungsumfänge ambulanter Leistungen, bezogen auf das Jahr 2012

2.o.3.a Komplexer Leistungsumfang Persönlicher Budgetleistungen

2.o.3.b Prozentuale Veränderung der komplexen Leistungsumfänge Persönlicher Budgetleistungen, bezogen auf das Jahr 2012

2.b Personenzentrierung im Planungsprozess

2.1. Anzahl der Planungen und Planungstypen in der Hilfeplanung

2.1.a Neuplanungen

2.1.b Folgeplanungen

2.1.c Summe aller Hilfeplanungen

2.c Sorge und Steuerung anerkannter Problembereiche der Nutzer

2.2. Einschränkungen in den Funktionsbereichen der Selbstversorgung (Pflege) (maximal = 4)

2.3.a Zugeordnete vorrangige Einschränkung geistig

2.3.b Zugeordnete vorrangige Einschränkung psychisch

2.3.c Zugeordnete vorrangige Einschränkung körperlich

2.3.d Zugeordnete vorrangige Einschränkung Sucht

2.3.e Zugeordnete vorrangige Einschränkung Multiple Form

Aus den Projektbeispielen der einzelnen Regionen lassen sich folgende Ergebnisse für die teilnehmenden Leistungserbringer ableiten: Der geplante komplexe Leistungsumfang im stationären Bereich ist um 3 Prozent im Beispiel R1 und um 1 Prozent in R2 gesunken. Hingegen ist er im ambulanten Bereich um 3 Prozent in der Region R1, um 1 Prozent in R2 und um 31 Prozent in RF gestiegen. Interessant ist es, diese Werte mit dem ersten Kennzahlenset in den Beispielen zu vergleichen. In der Region R1 hat die stationäre Platzzahl um 19 Prozent zugenommen, während der komplexe Leistungsumfang im stationären Bereich um

3 Prozent gesunken ist. Das bedeutet, dass es zwar mehr Kapazität im stationären Bereich gibt, die Plätze aber insgesamt von Menschen mit geringerem Leistungsumfang in Anspruch genommen werden. Auch im ambulanten Bereich ist der vereinbarte komplexe Leistungsumfang geringer als die Leistungsstruktur gemäß dem ersten Kennzahlenset (R1: 3 Prozent zu 35 Prozent; R2: 1 Prozent zu 9 Prozent; RF: 31 Prozent zu 53 Prozent) gestiegen.

Offensichtlich werden in den Beispielinrichtungen Vereinbarungen für mehr Menschen mit durchschnittlich geringerem Leistungsumfang abgeschlossen. Dennoch nehmen deutlich mehr Nutzerinnen und Nutzer Angebote im ambulanten Bereich in Anspruch. Die Angebote des ambulanten Bereiches scheinen somit die des stationären Bereiches über längere Zeiträume abzulösen.

Die Art der Unterstützung durch die eingeführten Hilfeplanverfahren wird je nach Nutzergruppe ausgesucht. Dabei wird zwischen Anwendungen für neu anfragende Nutzerinnen und Nutzer im Leistungssystem und Fortschreibungen für Personen, die sich bereits im Leistungsbezug befinden, unterschieden. Im Beispiel R1 zeichnet sich ein realistisches Bild der Verteilung mit ca. 20 Prozent Neuplanungen und 80 Prozent Folgeplanungen ab. In den anderen Beispielen (R2 = 65 Prozent Neuplanungen; RF = 100 Prozent Neuplanungen) wurde diese Form der Hilfeplanung erst in den letzten beiden Jahren eingeführt. Viele Nutzerinnen und Nutzer, die schon länger im Leistungsbezug sind, absolvieren zum ersten Mal ein derartiges Verfahren.

So ergibt sich aufgrund der Einführungsprozesse eine untypische Häufung von Neuplanungen. Erfahrungsgemäß treten bei neu anfragenden, unbekanntenen Personen häufiger Fehlplanungen und -einschätzungen ein. Zu beachten ist, dass es aber auch bei Folgeplanungen zu Fehleinschätzungen kommen kann – vor allem dann, wenn die Hilfeplanassistenten »glauben«, alle relevanten Faktoren der anfragenden Person schon zu kennen, und wichtige Veränderungen wie neue Ziele übersehen werden.

Diese Hintergründe sind bei der Bewertung der erreichten Wirkung zu berücksichtigen. Die weiteren Kennzahlen in diesem Set beziehen sich auf Einschränkungen im Bereich »Selbstversorgung und Pflege« sowie auf die Zuordnung dieser einzelnen Personen zu den – bisher üblichen – Zielgruppen von Menschen mit Behinderungen. Mithilfe der Kennzahlen kann eingeschätzt werden, ob ausgewählte Gruppen in den Beispielen berücksichtigt wurden oder die teilnehmenden Menschen mit Behinderung

einen repräsentativen Durchschnitt aller Nutzerinnen und Nutzer in der Region darstellen. Diese Erhebung kann in den Beispielen R<sub>1</sub> und RF auf Grundlage des Integrierten Teilhabeplans erfolgen, in R<sub>2</sub> ist dies aufgrund des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans nicht möglich. In der Region R<sub>1</sub> ist für die Einschränkungen in der Selbstversorgung ein Wert von 1,29 und in RF von 1,10 dokumentiert. Der Maximalwert, der in diesem Punkt bei durchgängig voll ausgeprägten Einschränkungen entstehen könnte, beträgt 4.

Ausgehend von der Zuordnung der beteiligten Einrichtungen und Dienste zu dem Bereich für Menschen mit psychischen Behinderungen müssten alle Teilnehmenden dieser Gruppe angehören. Tatsächlich werden jedoch in den Beispielen R<sub>1</sub> und RF 45 Prozent der Personen anderen Zielgruppen zugeordnet. Einerseits wird hier die »Fehlbelegungsquote« im angebotszentrierten System deutlich, andererseits kann diese Vielfalt aber auch als Beleg betrachtet werden, dass weder die regionalen Teilhabeindikatoren noch die ergänzenden Verfahren der Hilfeplanung an die bisherigen Zielgruppendefinitionen gebunden sind.

### **Kennzahlenset Flexible Einbindung regionaler und sozialräumlicher Hilfen**

Das vierte Kennzahlenset erhebt Inhalte des Hilfeplanprozesses. Dabei spielt auch der durchschnittlich vereinbarte Planungszeitraum eine Rolle. Dieser zeigt an, inwieweit Kooperation und Unterstützung tatsächlich flexibel vereinbart werden. Daten zum festgesetzten Leistungsumfang verschiedener professioneller Akteure sowie die im Hilfeplan benannten persönlichen Netzwerke und sozialräumlichen Akteure sind einbezogen.

Das Kennzahlenset besteht aus folgenden Kennzahlen:

2.4. Entwicklung der Hilfen zur Selbsthilfe

2.4.a Passgenauigkeit der Planungszyklen

2.4.b Durchschnittlich geplanter Leistungsumfang in Planminuten pro Woche

2.5. Erkennen und Realisieren sozialräumlicher Hilfen

2.5.a Durchschnittliche Anzahl geplanter leistender Einrichtungen und Dienste

2.5.b Durchschnittliche Anzahl realisierbarer Personen und Institutionen (außerhalb des professionellen Rahmens) im Umfeld der Nutzerinnen und Nutzer

2.5.c Durchschnittliche Anzahl realisierbarer Personen und Institutionen (außerhalb des professionellen Rahmens) im Umfeld der Nutzerinnen und Nutzer

In den Projektbeispielen der einzelnen Regionen können folgende Ergebnisse für die teilnehmenden Leistungserbringer ermittelt werden: Ausgehend von einem im Integrierten Teilhabeplan empfohlenen Planungszeitraum von 365 Tagen sind im Beispiel R1 428 Tage, in R2 515 Tage und in RF 351 Tage im Durchschnitt dokumentiert. Diese Abweichungen sind im Besonderen dann relevant, wenn die Hilfeplanungen den für das Verfahren empfohlenen Zeitraum wesentlich überschreiten und nicht die gewünschten Wirkungen erzielt werden können. Wirkungsorientierte Planungszeiträume, die den empfohlenen Zeitraum um mehr als 50 Prozent überschreiten, liegen in aller Regel darin begründet, dass die Ziele und Maßnahmen unpräzise vereinbart wurden. Der durchschnittlich geplante Leistungsumfang in Minuten pro Woche bildet die vereinbarte Leistungsintensität gut ab und liegt im Beispiel R1 bei 431, in R2 bei 289 und in RF bei 251 Minuten pro Woche.

Die alte angebotszentrierte Leistungssystematik lässt sich hier bezüglich der umfangreicheren Leistungsintensität stationärer Einrichtungen und Dienste in ihrer nachhaltigen Wirkung immer noch gut ablesen. Tatsächlich handelt es sich im Beispiel R1 um eine Einrichtung, die im Kern aus einem stationären Wohnheim (und damit leistungsintensiveren Angebot) besteht. Die beiden anderen Beispiele umfassen überwiegend ambulante Angebote, die sich jedoch zunehmend den leistungsintensiveren Nutzerinnen und Nutzern zuwenden.

Die Planungswerte beruhen auf zielorientierten Zeiteinschätzungen. Diese werden zu Gruppen vergleichbaren Bedarfs zusammengefasst (siehe Tabelle 2, S. 90).

Für Ausnahmefälle können in diesem System auch individuelle Werte oberhalb der Gruppe HBG 7 (1.076 Minuten pro Woche) abgebildet und vereinbart werden.

Ein weiterer Schwerpunkt in diesem Kennzahlenset besteht in der mit der geplanten Leistung verbundenen Organisation. So sind im Beispiel R1 1,42 und im Beispiel RF 1,58 professionelle Einrichtungen und Dienste in die Leistungen einbezogen. Im Beispiel R2 liegt dieser Wert bei 2,58. Das deutet auf eine wesentlich größere Vielfalt an professionellen Kontakten hin.

TABELLE 2 Gruppierung der Planungswerte					
Hilfebedarfsgruppe (HBG)	von Minuten pro Woche	bis Minuten pro Woche	HBG-Wert Minuten pro Woche	Anzahl Fachleistungsstunden pro Woche	Anzahl Fachleistungsstunden pro Tag
HBG 0	0	7	0	---	----
HBG 0.1	8	11	10	0,1667	0,0238
HBG 0.2	12	16	14	0,2333	0,0333
HBG 0.3	17	23	20	0,3333	0,0476
HBG 0.4	24	33	28	0,4667	0,0667
HBG 0.5	34	47	40	0,6667	0,0952
HBG 0.6	48	67	57	0,9500	0,1357
HBG 0.7	68	95	80	1,3333	0,1905
HBG 1	96	135	113	1,8833	0,2690
HBG 2	136	190	160	2,6667	0,3810
HBG 3	191	269	226	3,7667	0,5381
HBG 4	270	380	320	5,3333	0,7619
HBG 5	381	538	452	7,5333	1,0762
HBG 6	539	761	640	10,6667	1,5238
HBG 7	762	1.076	905	15,0833	2,1548

Im Verfahren des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (R<sub>2</sub>) werden die Kontakte und Hilfen außerhalb des professionellen Rahmens nicht abgebildet, sodass sich für dieses Beispiel keine entsprechenden Kennzahlen ermitteln lassen. Der Integrierte Teilhabeplan lässt beim Beispiel R<sub>1</sub> auf 2,42 Hilfen und bei R<sub>F</sub> 3,00 Hilfen und Kontakte aus dem nicht professionellen Rahmen schließen. Diese Kennzahl zeigt die Bedeutsamkeit dieser Kontakte für die betroffenen Menschen und stellt die alleinig verbindliche professionelle Sicht infrage. Der hohe Wert hat die Erwartungen aller am Projekt Beteiligten übertroffen.

Noch mehr Beachtung findet in diesem Zusammenhang die nächste Kennzahl. Hier werden die nicht klassifizierten Hilfen abgebildet. Die Angebote werden in den Textbeschreibungen des Hilfeplans erwähnt (z. B. Besuche bei der Familie), finden aber keine weitere Berücksichtigung in der Gesamtplanung. Auch diese Kennzahl lässt sich im Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (R2) nicht erheben. Im Beispiel R1 liegt der Wert bei 3,5 und im Beispiel RF bei 3,19 nicht klassifizierter Hilfen.

In der Gesamtbetrachtung entsteht so ein erstaunliches Bild: Im Beispiel R1 werden Menschen mit Behinderungen bei 1,42 Einrichtungen und Diensten insgesamt von 4,92 nicht professioneller Hilfen im Alltag unterstützt. Bei RF liegt der Wert bei 1,58 Einrichtungen und Diensten bei 6,19. Die nicht professionellen Hilfen stellen somit in der Lebensbewältigung betroffener Menschen ein sehr großes Potenzial dar, das durch die aktuellen Leistungsplanungen bisher erst zu 50 Prozent in die Hilfeplanung einbezogen und gewürdigt wird.

Im Ergebnis dieses Kennzahlensets lässt sich feststellen, dass die These zukünftig überprüft werden muss, dass sich die Vereinbarungsdauer mit der steigenden Hilfeintensität tendenziell verlängert. Außerdem wird es von Interesse sein, die Bedeutung der nicht professionellen Hilfen weiter zu dokumentieren und ihre Berücksichtigung und Einbindung in das geplante Vorgehen auszubauen.

## **Ausrichtung der Hilfen auf Teilhabeziele von Nutzerinnen und Nutzern**

Das fünfte Kennzahlenset beschreibt die Zielorientierung, bezogen auf Vorstellungen der betroffenen Menschen im Vereinbarungszeitraum. Diese wird im Integrierten Teilhabeplan sowie im Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan auf Seite 2 unter Punkt 3 abgefragt. Mithilfe einer solchen Abfrage lässt sich ein aussagekräftiger Überblick über die Zielorientierung und die Entwicklungstendenzen der beteiligten Menschen gewinnen. Hierzu werden alle angezeigten Veränderungen miteinander verrechnet. Als Ergebnis wird der positive oder negative Saldo aller Veränderungen dargestellt.

Das Kennzahlenset besteht aus folgenden Kennzahlen:

2.6. Zielorientierungen im Wohnen

2.6.a Zielorientierung im Vereinbarungszeitraum im Lebensbereich Wohnen

- 2.6.b Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zum selbstständigen Wohnen (eigene Familie, Partner)
- 2.6.c Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zum selbstständigen Wohnen (Herkunftsfamilie)
- 2.6.d Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zum professionell Betreuten Wohnen (einzeln)
- 2.6.e Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zum professionell Betreuten Wohnen (Wohngemeinschaft)
- 2.6.f Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zum Wohnen in einer Einrichtung
- 2.6.g Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zum Wohnen in einer Einrichtung (Kleingruppe)
- 2.6.h Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zum Wohnen in einer Einrichtung (Einzelappartement)
- 2.6.i Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zum Wohnen ohne derzeitigen festen Wohnsitz
- 2.7. Zielorientierung im Vereinbarungszeitraum im Lebensbereich Arbeit
  - 2.7.a Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zur Vollzeit-tätigkeit am ersten Arbeitsmarkt (ggf. mit Unterstützung)
  - 2.7.b Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zur Teilzeit-tätigkeit am ersten Arbeitsmarkt
  - 2.7.c Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zur betreuten Vollzeitstelle (nicht am ersten Arbeitsmarkt)
  - 2.7.d Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zur betreuten Teilzeitstelle
  - 2.7.e Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zur Ausbil-dung und Weiterbildung
  - 2.7.f Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zur Orien-tierung und Erprobung
  - 2.7.g Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zu arbeits-suchend
  - 2.7.h Angestrebte Veränderung im Vereinbarungszeitraum zu arbeits-los

Die Projektbeispiele der einzelnen Regionen spiegeln folgende Ergebnisse für die teilnehmenden Leistungserbringer wider: Im Lebensbereich Wohnen ist für diesen Zeitraum festzustellen, dass in den beiden Regionen

R<sub>1</sub> und R<sub>2</sub> im Saldo zwei Personen ihre selbstständige Lebensform, das Alleinleben, aufgeben wollen, um bevorzugt in Gemeinschaft mit anderen zu wohnen. Bei allen anderen Kennzahlen zur Veränderungsorientierung im Lebensbereich Wohnen sind im Saldo aller Veränderungen keine auffälligen Ergebnisse zu verzeichnen (+/- 1 Person).

Im Lebensbereich Arbeit werden erheblich mehr Veränderungswünsche deutlich. Die meisten Nutzerinnen und Nutzer (+ 4 Personen) im Beispiel R<sub>1</sub> streben eine betreute Vollzeitstelle außerhalb des ersten Arbeitsmarktes an. Auch suchen sie nach einer Stelle im Bereich der Orientierung oder Berufsfindung (R<sub>1</sub>: + 3 Personen, R<sub>F</sub>: + 2 Personen). Im Ergebnis dieses Kennzahlensets lässt sich feststellen, dass die Zielorientierung auf eine vorrangige im Bereich Arbeit hinweist. Im Bereich Wohnen scheinen ausreichend Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung gegeben.

### **Bewertung der erfolgreichen Unterstützung von Teilhabeprozessen**

Das sechste Kennzahlenset stellt die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen und Leistungen bezogen auf die geplanten Ziele und Indikatoren in den Mittelpunkt der Betrachtung. Für deren Dokumentation, einheitliche Auswertung und rechnerische Umsetzung werden die Informationen auf Seite 7 des Integrierten Teilhabepplans und Bogen D des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans verwendet. Im Integrierten Teilhabepplan werden sowohl die Ziel- als auch die Indikatorenerreichung eingeschätzt, wohingegen im Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan keine Indikatoren abgebildet sind. Die entsprechende Auswertung muss daher entfallen.

Die Gesamtbetrachtung aller im Einzelfall erzielten Wirkungen, vereinbarten Ziele und Indikatoren bedarf der Kenntnis, wie viele Zielebenen (von den maximal acht) vereinbart wurden. Für das Kennzahlenset wird spezifisch die Betrachtung der Ziele und Indikatoren im Bereich »persönliche Ziele« und im Bereich »Arbeit und Beschäftigung/Tagesstruktur« herausgelöst und einzeln analysiert. Sollten keine Angaben zu den vereinbarten Zielen und Indikatoren gemacht worden sein, wird dies als ergänzende Information zusätzlich erarbeitet.

Das Kennzahlenset besteht aus folgenden Kennzahlen:

2.8. Gelingende Planungsprozesse

- 2.8.a Gelingende Hilfepläne, Durchschnittswert Zielerreichung (maximal 5)
- 2.8.b Erreichte Indikatoren, Durchschnittswert Indikatorerreichung (maximal 5)
- 2.8.c Gelingende Hilfepläne, Anteil genannter Ziele von den maximalen Zielen in Prozent (8 = 100 Prozent)
- 2.8.d Gelingende Hilfepläne, Anteil genannter Ziele im Bereich »persönliche Ziele« in Prozent (maximal 2 = 100 Prozent)
- 2.8.e Gelingende Hilfepläne, Durchschnittswert Zielerreichung im Bereich »persönliche Ziele« (maximal 5)
- 2.8.f Gelingende Hilfepläne, Anteil genannter Ziele im Bereich »Arbeit und Beschäftigung/Tagesstruktur« in Prozent (maximal 2 = 100 Prozent)
- 2.8.g Gelingende Hilfepläne, Durchschnittswert Zielerreichung im Bereich »Arbeit und Beschäftigung/Tagesstruktur« (maximal 5)
- 2.8.h Anteil »beibehaltener« Indikatoren vom individuellen Maximalwert in Prozent (8 = 100 Prozent)
- 2.8.i Anteil »neu bestimmter/geänderter« Indikatoren vom Maximalwert in Prozent (8 = 100 Prozent)
- 2.8.j Anteil »weiterentwickelter« Indikatoren vom Maximalwert in Prozent (8 = 100 Prozent)
- 2.8.k Erreichter Indikatorenanteil »leere Zeilen« vom Maximalwert in Prozent (8 = 100 Prozent)
- 2.8.l Hilfepläne, Anzahl »Missing data« von vereinbarten Zielen
- 2.8.m Indikatorenanzahl »Missing data« von vereinbarten Zielen

In den Projektbeispielen der einzelnen Regionen sind folgende Ergebnisse für die teilnehmenden Leistungserbringer festzustellen: Bei der Zielerreichung kann ein Maximalwert von 5 erreicht werden. In allen Beispielen werden Werte um den Mittelwert 2,5 erzielt. Im Einzelnen liegt der Wert im Beispiel R1 bei 2,68, in R2 bei 2,98 und in RF bei 2,48. Diese Zielerreichungswerte weichen deutlich von den erreichten Werten der Indikatoren (Anzeiger der erzielten Wirkung aus Sicht der betroffenen Menschen) ab. Im Beispiel R1 wird ein Indikatorwert von 2,83 und in RF einer von 3,17 errechnet. Das bedeutet, dass die erzielten Wirkungen aus Sicht der betroffenen Menschen besser beurteilt werden, als dies aufgrund der Zielerreichung zu erwarten ist.

Die Anzahl von vereinbarten Zielen und Indikatoren (von maximal acht Zielebenen im ITP) ist in den Beispielen vergleichbar. Im Beispiel R1 wird

ein Wert von 67 Prozent, in R<sub>2</sub> ein Wert von 82 Prozent und in RF ein Wert von 77 Prozent der maximal acht Zielebenen erreicht. Diese Werte liegen in einer Streuung von unter +/- 10 Prozent und erlauben daher eine Vergleichbarkeit der einzelnen Ergebnisse.

Im gesondert betrachteten Bereich »persönliche Ziele« (mit maximal zwei Zielebenen) beträgt die Anzahl der Ziele und Indikatoren im Beispiel R<sub>1</sub> 92 Prozent und in RF 84 Prozent. Die Wirkung bezogen auf die Zielerreichung weist in R<sub>1</sub> einen Wert von 2,27 und in RF einen Wert von 2,29 auf.

Im Bereich »Arbeit und Beschäftigung/Tagesstruktur« (mit maximal zwei Zielebenen) sind für die Anzahl in R<sub>1</sub> 85 Prozent und in RF 64 Prozent zu beobachten. Die Wirkung bezogen auf die Zielerreichung bringt in R<sub>1</sub> einen Wert von 2,62 und in RF einen Wert von 2,64 zutage. Der Maximalwert liegt bei 5.

Die beste Wirkung zeigt sich in den beiden Beispielen somit im Bereich »Arbeit und Beschäftigung/Tagesstruktur«. Bei der weiteren Bewertung der Indikatoren muss beachtet werden, dass sie sich auf die auf Seite 7 im Einzelfall vorgestellte Anzahl von Zielen und Indikatoren der Verfahrensbeschreibung bezieht. Diese schwankt jedoch zwischen einer und acht Zielebenen (inklusive Indikatoren), so entsteht bei der Auswertung möglicherweise ein reiner Additionswert von über 100 Prozent als Summe aller im Einzelfall möglichen Fortschreibungen (Einzelfall A: ein Indikator von zwei vereinbarten Indikatoren ergibt 50 Prozent; Einzelfall B: ein Indikator von acht vereinbarten Indikatoren ergibt 12,5 Prozent).

Erstaunlich ist der Umstand, dass bei der weiteren Untersuchung im Beispiel R<sub>1</sub> durchschnittlich 51 Prozent der dokumentierten Indikatoren für den nächsten Vereinbarungszeitraum »beibehalten« werden sollen. Dieser Umstand erfordert eine inhaltliche Diskussion im Rahmen der regionalen Steuerungsgruppe, da in diesem Beispiel ein relativ hoher Wert (2,83) bei der Bewertung der erzielten Wirkung im Vereinbarungszeitraum erreicht wird. Eine Beibehaltung der Indikatoren, die bereits wirkungsvoll umgesetzt werden konnten, ist infrage zu stellen. Der durchschnittliche Wert in RF von 33 Prozent erscheint besser nachvollziehbar, da nur ein kleinerer Teil der Anzeiger tatsächlich auch für die Zukunft beibehalten werden soll.

Im Beispiel R<sub>1</sub> werden auch 69 Prozent und in RF 36 Prozent der dokumentierten Indikatoren für eine »Neubestimmung/Veränderung« benannt. Diese Empfehlung ist immer dann zu erwarten, wenn die

beabsichtigte Wirkung erreicht werden konnte. Im Gegensatz hierzu werden im Beispiel R<sub>I</sub> keine und in RF 52 Prozent der dokumentierten Indikatoren für die »Weiterentwicklung« vorgeschlagen. Hier ist zwar das Ziel, nicht aber die beabsichtigte Wirkung zufriedenstellend eingetreten.

Bei der weiteren Bearbeitung werden einzelne Ebenen erfasst, bei denen die im Hilfeplan vereinbarten Ziele nicht bezüglich der Ziel- und Indikatorenenerreichung bearbeitet werden. Im Beispiel R<sub>I</sub> ist dies bei einem Ziel und in RF bei zwei Zielen festzustellen. Offensichtlich häufiger wird die Einschätzung der erzielten Wirkung bezüglich der Indikatoren nicht im Rahmen der abschließenden Rückmeldung bearbeitet: In der Region R<sub>I</sub> findet dies bei neun Indikatoren und in der Referenzregion (RF) bei fünf Indikatoren nicht wie vorgesehen statt. Die Möglichkeit der Erläuterung zu diesen fehlenden Bearbeitungen im Bemerkungsfeld wird nur im zweiten Kennzahlenset genutzt. Es ist anzustreben, dass für alle vereinbarten Ziele und Indikatoren auch entsprechende Rückmeldungen gegeben werden. Diese Werte sollten in den regionalen Steuerungsgruppen nachgefragt werden.

Im Ergebnis dieses Kennzahlensets lässt sich eine am Mittelwert liegende Zielerreichung in Verbindung mit einem leicht über dem Mittelwert liegenden Wirkungsgrad bezogen auf die Indikatoren feststellen. Der relativ hohe Einzelwert für beizubehaltende Indikatoren wäre zu hinterfragen, da er der erzielten Wirkung zu widersprechen scheint. Berücksichtigt man hierbei die lange Vereinbarungsdauer aus dem vierten Kennzahlenset und die dort dokumentierte intensive Leistung, so könnte die Passung der beschriebenen Ziele und Indikatoren für die geplante Vereinbarungsdauer ein guter Ansatzpunkt für Verbesserungen sein. Die Anwendungspraxis in den beiden anderen Beispielen hinsichtlich der Begriffe »Neubestimmung/Veränderung« und »Weiterentwicklung« sollte diskutiert werden, um die Vergleichbarkeit sicherzustellen.

Dieses Kennzahlenset reflektiert vor allem den Prozess und die Wirkung der Hilfeplanung und die gelingende Unterstützung von Teilhabezielen. Das Set hat herausragende Bedeutung für die qualitative Entwicklung des personenzentrierten Planungsprozesses in den Regionen. Zu beachten ist hierbei, dass die sinkende Bedeutung der Platzzahlsteuerung einhergeht mit dem Wachstum der qualitativen Bedeutung der Anwendung personenzentrierter Hilfeplanung.

## Bewertung von Teilhabe an Arbeit in inklusiven Settings

Das siebte Kennzahlenset beschreibt die Arbeits- und Beschäftigungssituation betroffener Menschen außerhalb der professionell organisierten Angebotsstruktur der Eingliederungshilfeeinrichtungen. Diese hat herausragende Bedeutung für Selbstwert und das Gefühl von Teilhabe am Leben. Dass auch bei diesen »normalen« Arbeits- und Beschäftigungssituationen gegebenenfalls Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe notwendig sind, um behinderungsbedingte Herausforderungen zu meistern, ist für dieses Kennzahlenset unerheblich. Erhoben werden ausschließlich die Arbeitsstunden pro Jahr, die in den jeweiligen Beispielen außerhalb der Einrichtungen realisiert wurden. Diese werden differenziert durch die Vergütung oder den sozialversicherungsrechtlichen Status.

Das Kennzahlenset besteht aus folgenden Kennzahlen:

3. Jahresarbeitsstunden von Leistungsberechtigten außerhalb der Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Teilhabe)
  - 3.1.a Jahresarbeitsstunden mit sozialversicherungspflichtiger Vergütung gemäß Mindestlohnverordnung
  - 3.1.b Jahresarbeitsstunden im therapeutischen Setting mit sozialversicherungspflichtiger Vergütung
  - 3.1.c Jahresarbeitsstunden im therapeutischen Setting ohne sozialversicherungspflichtiger Vergütung

In den Projektbeispielen der einzelnen Regionen können folgende Ergebnisse für die teilnehmenden Leistungserbringer ermittelt werden: Bezogen auf eine Nettojahresarbeitszeit einer Vollkraft von 1.630 Stunden im Jahr entspricht die Jahresleistung im Beispiel R1 einem Beschäftigungsumfang von 122 Jahresarbeitsstunden. Die sozialversicherungspflichtige Vergütung entsprechend der Mindestlohnverordnung liegt bei 7,5 Prozent einer Vollzeitstelle. Im Beispiel R2 wird ein Umfang von 489 Jahresarbeitsstunden mit sozialversicherungspflichtiger Vergütung und damit ein Beschäftigungsumfang von 30 Prozent erzielt. In RF kann keine entsprechende Beschäftigungssituation realisiert werden.

Lediglich im Beispiel R2 ist eine Beschäftigung im Umfang von 611 Jahresarbeitsstunden im therapeutischen Setting mit sozialversicherungspflichtiger Vergütung zu beobachten. Das entspricht 37 Prozent einer Vollzeitstelle. Die Beschäftigungen finden außerhalb der Einrichtungen statt, z. B. bei der Pflege von Grünanlagen von externen Arbeitgebern, die bereit waren, Menschen mit Behinderung direkt anzustellen.

Beschäftigungen mit Jahresarbeitsstunden im therapeutischen Setting ohne sozialversicherungspflichtiger Vergütung konnten in allen Beispielen ermöglicht werden (R1: 326 Jahresarbeitsstunden = 20 Prozent einer Vollzeitstelle; R2: 245 Jahresarbeitsstunden = 15 Prozent einer Vollzeitstelle; RF: 856 Jahresarbeitsstunden = 52 Prozent einer Vollzeitstelle). Diese Arbeits- und Beschäftigungssituationen sind im Bereich des ehrenamtlichen Engagements, z. B. für die Pflege eines Fußballplatzes, zu finden.

Im Ergebnis dieses Kennzahlensets muss festgestellt werden, dass die heute realisierten Arbeits- und Beschäftigungssituationen nicht den Erwartungen der betroffenen Menschen mit Behinderung entsprechen – jedoch einen Anfang bedeuten. Trotz der grundsätzlich schwierigeren Arbeits- und Beschäftigungssituation in den beiden ländlichen Regionen können mehr Jahresarbeitsstunden erzielt werden. Auf Nachfrage wurde hier die sozialräumliche Einbindung der Mitarbeitenden als wichtigster Schlüssel genannt. Dieses Bindeglied scheint in dem großstädtischen Beispiel R1 nicht mit vergleichbarer Wirkung gegeben zu sein.

## Zusammenfassender Überblick der Kennzahlensets

Im Rahmen der Projektarbeit wurde die Möglichkeit geprüft, bestimmte und eindeutig definierte Daten für die Abbildung der Teilhabesituation betroffener Menschen in den Regionen festzulegen. Eine wichtige Erkenntnis aus diesem Projekt ist es, dass Teilhabe nicht als »objektivierbare« Daten zur Verfügung steht. Grund hierfür ist die hohe individuelle Vielfalt der Lebenslagen von Betroffenen sowie ihrer subjektiven Einschätzung dessen, was sie unter Teilhabe verstehen. Vor diesem Hintergrund werden die Teilhabeplanungsprozesse in ihrer Vielfalt über gelingende Unterstützungsleistungen als allgemeine »Prozesskennziffer« genutzt.

Die erarbeiteten Kennzahlensets stellen die wichtigsten Rahmendaten der Leistungsstrukturen, des Leistungsumfeldes, der nachfragenden Personengruppen sowie die erzielten Wirkungen der Unterstützung von subjektiven Teilhabe Prozessen dar. Für eine realistische und folgenreiche Beurteilung der Situation sind nicht nur Daten einer Region in der

vorgeschlagenen Form zu erfassen. Diese müssten im Spannungsfeld der unterschiedlichen Interessen bearbeitet und diskutiert werden. Zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten ergeben sich erst aus der Zeitreihenanalyse mehrerer dokumentierter Perioden.

Wenn personenzentrierte Hilfe individuell und von den Nutzerinnen und Nutzer ausgehend bestimmt wird und zu individuellen Leistungen führt, ist diese so vielfältig wie das Leben an sich. Diese Vielfalt kann nur begrenzt durch beschreibende Zahlen abgebildet werden. Somit sind nicht die Ergebnisse, sondern ist nur der Prozess einer teilhabeorientierten Leistungserbringung sinnvoll steuerbar.

Durch die regionalen Teilhabeindikatoren können grundsätzlich nur Leistungen, die für alle Bürgerinnen und Bürger zugänglich sind, und Verfahren der Regionen geprüft werden. Hieraus kann jedoch keine für den Einzelfall gültige Bewertung der Teilhabesituation abgeleitet werden. Die Daten geben Hinweise auf die Prozessqualität und auf die Frage, ob der Leistungsprozess der personenzentrierten Hilfeplanung und Leistung in der jeweiligen Region eher gelingt oder nicht gelingt.

## Die Personenzentrierte Komplexleistung

Finanzierung und deren Leistungssysteme stellen den Rahmen für die Realisierung von Teilhabeleistungen dar. Über ihre internen Mechanismen werden wesentlich die Optionen und Wirkungen von Leistungen im Kontext von Teilhabe beeinflusst. Um verständlicher zu machen, was dies konkret bedeutet, wurde im Projekt eine Kontrollregion einbezogen, die nach anderen Bedingungen arbeitet. So wurde im Beispiel RF die Personenzentrierte Komplexleistung (BREMAUER 2013) als Leistungssystematik vereinbart. Da dieses Leistungssystem bisher nur in Vorträgen und Fachseminaren besprochen wurde, wird an dieser Stelle eine kurze Definition mit Erläuterungen zu dieser neuen Leistungsform gegeben.

Das zentrale Ziel ist es, Teilhabe für Menschen mit Behinderung zu jeder Zeit an jedem Ort in den jeweiligen Sozialräumen zu ermöglichen. Dies kann im Voraus durch jeweils individuell vereinbarte ziel- und wirkungsorientierte Hilfeplanungen geschehen. Für die bedarfsgerechte Leistung ist es notwendig, Leistungen unterschiedlicher Anbieter und sozialrechtlicher Grundlagen zu vernetzen und Zugang zu den einzelnen Hilfen zu

schaffen. Bestehende und neue Leistungen können relativ einfach in die Leistungen der Personenzentrierten Komplexleistung integriert werden, beispielweise durch die gemeinsame Nutzung von Nachtbereitschaftsdiensten.

Auf diese Weise werden flexible vereinbarte Teilhabeleistungen geschaffen, die sich am persönlichen Bedarf und an der persönlichen Lebenssituation des Leistungsempfängers ausrichten. Die Beteiligten begegnen sich hierzu auf Augenhöhe. Die Personenzentrierte Komplexleistung zielt darauf ab, jedem einzelnen Unterstützungsbedarf, der in einer individuellen Teilhabeplanung vereinbart wurde, eine Summe von bedarfsgerechten ambulanten Leistungen gegenüberzustellen. Diese ermöglichen Menschen mit Behinderungen, selbstbestimmt und frei von stationären oder teilstationären Einrichtungen zu leben und tätig zu sein. Die Art und Schwere der Behinderung spielt dabei keine Rolle.

Die Personenzentrierte Komplexleistung strebt ebenso an, die Betroffenen unabhängiger von den Leistungen der Eingliederungshilfe zu machen und deren Lebensbedingungen an allgemeine Standards anzunähern. Dazu gehört es beispielsweise, in der eigenen Wohnung zu leben, auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein und ambulante statt stationäre Leistungen zu beziehen. Damit dies gelingt, werden Teilhabeleistungen außerhalb der Eingliederungshilfe in Form von anderen Sozialleistungsansprüchen, nicht professionellen Hilfen und Umfeldhilfen erschlossen.

Ein weiteres Ziel ist die inklusionsfördernde Weiterentwicklung des Sozialraumes. Hierbei ist es wichtig, die Regionen in funktionale Sozialräume aufzuteilen und neu zu schaffende Teilhabezentren möglichst zentral in Kooperation mit anderen offenen, bürgerorientierten Einrichtungen anzusiedeln. Begleitend zu den Unterstützungsprozessen, die Menschen mit Behinderung ein Leben in der Gemeinschaft ermöglichen, sollen verschiedenste Barrieren aufgedeckt und überwunden werden, die ein gemeinsames Leben und die Teilhabe aller im Sozialraum lebender Menschen behindern. Es sollen aber auch Ressourcen, die inklusionsfördernd wirken, im Sozialraum entdeckt, aufgegriffen und weiterentwickelt werden.

Eine mögliche Definition könnte dementsprechend lauten: Personenzentrierte Komplexleistung ermöglicht die Erbringung der im Einzelfall geplanten und vereinbarten Leistungen der Teilhabe (und anderer Leistungen) an jedem Ort an 24 Stunden und 365 Tagen im Jahr, aufgrund einer prospektiven, wirkungsorientierten Einschätzung des notwendigen

Leistungsumfanges (ohne Nachweisverfahren, aber mit fachlicher Dokumentation) und zielt darauf ab, alle Leistungen der bisherigen stationären, teilstationären und ambulanten Vereinbarungen gemäß SGB XII zu ersetzen.

Auf Grundlage einer personenzentrierten Hilfeplanung werden die notwendigen Leistungen im Sozialraum der Menschen mit Behinderung jeweils für den vereinbarten Planungszeitraum bereitgestellt, wirkungsorientiert erbracht und indikatorenbasiert bewertet. Hierzu ist es wichtig, dass die Leistungserbringer mit allen sozialräumlichen Hilfen und Angeboten vernetzt sind. Die notwendigen Leistungen werden anhand sozialräumlich angepasster Teilhabezentren organisiert. Die Funktion dieser Zentren liegt in der Präsenzbetreuung, der Krisenintervention mit Bereitschaftsbetreuung sowie in diversen niedrigschwelligen Beschäftigungs- und Betreuungsangeboten. Die Angebote sollten je nach Vereinbarung an bis zu 365 Tage und grundsätzlich an 24 Stunden am Tag ermöglicht werden.

Die Personenzentrierte Komplexleistung wird vorausschauend auf Grundlage der zeitbasierten Kalkulation nach Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs im Einzelfall vergütet. Sie wendet sich an alle potenziellen Nutzerinnen und Nutzer im Sozialraum. Der Sozialraumbezug erhält Vorrang vor der Zielgruppendefinition.

Die Leistungserbringung am Ort der Teilhabezentren soll sich auf das notwendigste Maß beschränken. Vorrang hat die Leistungserbringung im Sozialraum unter Nutzung kooperativer Netzwerke. Die Mitarbeitenden werden dabei in die Lage versetzt, die notwendigen Leistungen zur wirkungsvollen Zielverfolgung in vertrauensbasierten, eigenverantwortlichen Teilhabesteuerungsmodellen wie Tandems zu gestalten. Die Teilhabezentren sollten langfristig das Potenzial zur inklusiven Nutzung als offenes »Bürgerzentrum« in sich tragen. Die Leistungen dieses Systems basieren auf einer neuen Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung.

## Literatur

- BREMAUER, R. (2009): Praxistest. Implementation Personenzentrierte Leistungssystematik. [www.lwv-hessen.de/files/272/2-Bremauer1.pdf](http://www.lwv-hessen.de/files/272/2-Bremauer1.pdf) (28.07.2015).
- BREMAUER, R. (2013): Personenzentrierte, ambulantisierete Leistungen – Beispiel Teilhabezentrum Erfurt. Unveröffentlichter Vortrag auf der DVGP-Tagung, Rostock.
- Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV Hessen) (o. J.): PerSEH – Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen. [www.lwv-hessen.de/webcom/show\\_article.php/\\_c-549/\\_nr-48/\\_lkm-1039/i.html](http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/_c-549/_nr-48/_lkm-1039/i.html) (26.08.2015).
- PETERMANN, F. (2010): Erlernte Hilflosigkeit: Neue Konzepte und Anwendungen. In: SELIGMAN, M. E. P.: Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: Beltz, S. 209–259.
- WANNER, R. (2013): Projektcontrolling. Projekte erfolgreich planen, überwachen und steuern. Leipzig: Amazon Distribution GmbH.

*Ralf Bremauer, Jahrgang 1964, ist seit 1985 Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe, Leiter von Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Geschäftsbereichsleiter und Verantwortlicher in Komplexeinrichtungen sowie Pflegesatzreferent bei dem Diakonischen Werk Württemberg. Seit 2000 ist er als freiberuflicher Berater in entsprechenden Projekten zur Entwicklung personenzentrierter Hilfen in neuen Leistungssystemen (Entwicklung »Leistungsfinanzierung«, Einführung Integrierter Teilhabeplan, Entwicklung und Einführung »Ambulante Komplexleistung«) engagiert. Er ist Lehrbeauftragter sowie gesellschaftsführender Gesellschafter des Instituts für personenzentrierte Hilfen an der Hochschule Fulda.*

# Anforderungen personenzentrierter Hilfen

*Dirk Bennewitz*

Die Umstellung von einrichtungs- hin zu personenbezogener Dienstleistungen ist an besondere Herausforderungen geknüpft. Für die Lösung dieser komplexen Fragestellung sind vor allem zwei Dinge nötig. Einerseits ist es wichtig, eine Kultur des vertrauensvollen Miteinanders von Leistungserbringern und -trägern wiederzuentdecken, die die Ziele des Menschen mit Behinderung im Blick hat und von Transparenz und Fachlichkeit geprägt ist. Das häufige tiefe Misstrauen zwischen den beiden Interessenpositionen muss überwunden werden. Dieses wird dadurch begünstigt, dass es seit Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Eingliederungshilfe 1993 und einer damit einhergehenden faktischen »Deckelung« der Entgelte kein abgestimmtes Verfahren zur Leistungsfinanzierung mehr gibt.

Andererseits ist ein System zu entwickeln, das alle Aspekte der Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen in einem Gesamtzusammenhang integriert und miteinander verknüpft. Ein solches System ist z. B. die Personenzentrierte Leistungssystematik (BREMAUER 2008). Diese besteht aus acht Elementen, die in einem Regelkreislauf verbunden sind:

- aktive Einbeziehung der betroffenen Menschen;
- Hilfeplanung im Einzelfall;
- Einschätzung und Bemessung der ganzheitlichen Hilfeplanung in Zeiteinheiten;
- Entwicklung von Leistungserbringerstrukturen;
- Regionalisierung, Koordination und Vernetzung;
- Schaffung des entsprechenden Regelwerks für Organisation und Finanzierung;
- Entwicklung geeigneter Verwaltungsstrukturen;
- Wirkungsbeurteilung, Systemsteuerung, Qualitätssicherung (ebd. 2009).

Anhand dieser Elemente können die Anforderungen personenzentrierter Hilfen an Strukturveränderungen bei Leistungserbringern beschrieben werden.

## Aktive Einbeziehung der betroffenen Menschen

Die Forderung der Selbsthilfeverbände »Nichts über uns ohne uns« gilt uneingeschränkt auch in der Personenzentrierten Leistungssystematik. Personenbezogene Leistungen können nur dann erbracht werden, wenn Menschen mit Behinderung einbezogen werden. Der Austausch muss auf Augenhöhe erfolgen.

Was sich so selbstverständlich liest, ist in der Praxis leider oft schwer umzusetzen. Die Hauptgründe hierfür liegen in der Notwendigkeit einer Haltungsänderung bei einem Teil der Mitarbeitenden von Einrichtungen und Diensten. Noch sehr weitverbreitet ist ein paternalistischer Blick auf Menschen mit Behinderung, der sich in Aussprüchen wie »Ich weiß doch, was gut für dich ist!« oder »Ich will doch nur dein Bestes!« manifestiert.

Den Menschen mit Behinderung nicht mehr als »Objekt der Fürsorge«, sondern als »Träger von Menschenrechten« (GRAUMANN 2011, S. 80) zu sehen, bereitet vielen Mitarbeitenden noch große Schwierigkeiten. Diese Haltung wird durch eine flächendeckend einrichtungszentrierte Leistungserbringerlandschaft unterstützt, in der Personen nur dann Hilfe bekommen, wenn ihr Bedarf zum Profil eines konzeptionell beschriebenen Angebotes passt. Ein selbstbestimmtes Leben in Einrichtungen ist nicht möglich.

Aber auch viele Menschen mit Behinderungen haben Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse und Ziele zu artikulieren und sich für diese einzusetzen. Dies liegt nicht nur an Art und Schwere der Behinderung, sondern auch daran, dass sie oftmals über Jahre hinweg nicht nach ihren Interessen oder Zielen gefragt wurden oder die Erfahrung gemacht haben, dass wenn sie Interessen oder Ziele formulieren, diese auf ihren Betreuungsalltag keine Auswirkungen haben.

Die Herausforderung für Mitarbeitende besteht an dieser Stelle vor allem darin, den Betroffenen zuzuhören und sie ernst zu nehmen. Sie müssen

lernen, ihre eigenen Lebensentwürfe und -ziele kritisch zu hinterfragen und hinten anzustellen. Menschen mit Behinderungen sind Expertinnen und Experten in eigener Sache und müssen als solche wahrgenommen werden. Die Kommunikation zwischen den Betroffenen und Mitarbeitenden soll auf gleicher Augenhöhe erfolgen. Das Miteinander auf Augenhöhe muss zu einem wichtigen Bestandteil der Unternehmenskultur werden. Unternehmenskultur definiert man als die »Grundgesamtheit gemeinsamer Werte, Normen und Einstellungen, welche die Entscheidungen, die Handlungen und das Verhalten der Organisationsmitglieder prägen« (Springer Gabler Verlag o. J., Stichwort: Unternehmenskultur).

Eine Haltungsänderung bei Mitarbeitenden zu erreichen, die die aktive Einbeziehung der betroffenen Menschen als Erfolgsfaktor für die Arbeit des Unternehmens sieht, ist harte »Kulturarbeit«. Ein sehr aufwendiger Prozess, in dem viel Zeit und Geld in Fortbildungen, Supervisionen und Mitarbeitergespräche investiert werden muss. Die Entscheidung für einen solchen Prozess kann nur top-down erfolgen, während der Prozess selbst dann partizipatorisch angelegt werden muss. Es ist wichtig, dass er von der Geschäftsführungsebene ab wirklich gewollt ist und in der täglichen Arbeit vorgelebt wird. Dieser Aufwand »ist nur durch die große Bedeutung der Unternehmenskultur für den Unternehmenserfolg zu rechtfertigen« (BREMAUER 2008, S. 60).

Als zentrales Instrument des Kulturmanagements gelten Leitbildprozesse. »Diese Arbeitsprozesse unterstützen Organisationen, z. T. implizit gelebte Kulturmerkmale der Tiefenstruktur wie Selbstverständnis und Vision zu explizieren. Diese gilt es dann ggf. zu beeinflussen, indem sie vertieft oder variiert werden, um die Soll-Wahrnehmung zu prägen.« (Springer Gabler Verlag o. J., Stichwort: Unternehmenskultur)

Hierbei kann es hilfreich sein, Expertinnen und Experten aus Erfahrung hinzuzuziehen (siehe [www.ex-in.info](http://www.ex-in.info)). In der Regel befördert die Beschäftigung von Betroffenen im Team wichtige Diskussionen über vermeintlich festgelegte Rollen im Helfersystem. So gelten Klientinnen und Klienten meist als hilfebedürftig und Mitarbeitende als Helfende. Auch werden Leistungen diskutiert, die Betroffene aus professioneller Sicht oft selbstverständlich zu brauchen scheinen. Damit wird das Team automatisch zu mehr Selbstreflexion im Alltagshandeln veranlasst.

Ein weiterer Aspekt der aktiven Einbeziehung betroffener Menschen ist die Sicherstellung der Klientenmitbestimmung. Da im ambulantisier-ten Kontext in der Regel nicht das öffentlich-rechtliche Heimrecht der

Länder gilt, muss dies im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung erfolgen. Um eine wirkliche Klientenmitbestimmung zu erreichen, müssen dafür Zeit und Geld zur Verfügung stehen. Beides ist notwendig, um die Tätigkeit attraktiv zu machen und die Klientinnen und Klienten auch tatsächlich in die Lage zu versetzen, diese anspruchsvolle Aufgabe ausfüllen zu können. Wichtig dafür sind entsprechende Fortbildungen, (externes) Coaching zum Beispiel durch Genesungsbegleiterinnen und -begleiter und die Zahlung einer Aufwandsentschädigung im Sinne eines Sitzungsgeldes, wie es in anderen Vertreterversammlungen ebenfalls üblich ist.

## Hilfeplanung im Einzelfall

Die individuelle Hilfeplanung in sehr hoher Qualität ist der Schlüssel zu personenzentrierten Leistungen. Nach Petra GROMANN (1997) verknüpft eine Integrierte Teilhabeplanung sechs Ebenen:

- die Ebene der »Teilhablediagnostik«, d. h. die Einschätzung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Menschen mit Behinderung auf Basis des Konzeptes der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF);
- die Ebene des Prozesses der Umsetzung der Hilfeplanung, d. h. die Einschätzung der Problemlage und die Festlegung von Zielen auf dem Hintergrund von Ressourcen, Beeinträchtigungen und Umfeldbedingungen und das Beschreiben der geplanten Hilfen;
- die Ebene der Erarbeitung von Arbeitsanteilen der verschiedenen am Einzelfall beteiligten Einrichtungen und Dienste auf der Basis der Ziele und Wünsche der Klientinnen und Klienten;
- die Ebene der trägerübergreifenden Koordination und Abstimmung zwischen den an der Hilfeerbringung im Einzelfall beteiligten Einrichtungen;
- die Ebene der inhaltlich angemessenen, zeitbezogenen, zielgruppen- und kostenträgerübergreifenden Finanzierungsgrundlage oder Personalbemessung;
- die Ebene der regionalen Abstimmung der Bedarfe und der regionalen Planung.

Diesen komplexen Anspruch erfüllt der Integrierte Teilhabeplan. Er eignet sich deshalb besonders gut zur Planung von personenzentrierten Hilfen, da im Hilfeplanverfahren kein Bezug zu gegebenen Rahmenbedingungen wie z. B. Einrichtungen notwendig ist.

Gute Hilfepläne zu schreiben, erfordert neben der Begegnung auf Augenhöhe Erfahrung und eine entsprechende Schulung. Gerade zu Beginn eines Umstrukturierungsprozesses, wenn beispielsweise Hilfepläne mit Heimbewohnerinnen und -bewohnern für ein zukünftiges Leben in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft erarbeitet werden, zeigen sich oft große Unsicherheiten. Diese zu minimieren, bedarf es häufig einer wiederholten intern und extern begleiteten Rückmeldung und Überarbeitung der Planungen. Je nach Mitarbeitenden erreicht man erst nach mehreren Hilfeplanungszyklen eine Qualität in der Hilfeplanung, auf deren Grundlage eine Kopplung von Leistung und Finanzierung möglich ist.

Gerade bei Wohnheimambulantisierung werden erfahrungsgemäß in den ersten Hilfeplänen durchgehend enorm hohe Hilfebedarfe von zwanzig bis dreißig Stunden pro Woche festgesetzt. Diese Bedarfe sind in der Regel fast doppelt so hoch wie der Hilfebedarf im Wohnheim, mit einem Personalschlüssel von 1:2,5. Die Planung scheint aus der Perspektive des Wohnheims in Bezug auf die völlig neue Situation des Lebens in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft zu erfolgen. Die Mitarbeitenden des Wohnheimes sehen sich und die Heimbewohnerinnen und -bewohner als »große Familie«. Diese von wenig Professionalität gekennzeichnete Situation weckt in ihnen oft einen »Beschützerinstinkt«. Viel Hilfe soll vor allen Unwägbarkeiten, die mit dem Auszug aus dem Wohnheim verbunden sind, schützen.

Der Blick der Mitarbeitenden gilt meist eher den Defiziten und nicht den Ressourcen der Heimbewohnerinnen und -bewohner. Sie beginnen zu verstehen, dass es in Zukunft einen direkten Zusammenhang zwischen der Höhe des individuellen Hilfebedarfes und der eigenen Arbeitsplatzsicherheit gibt. Dies verleitet zusätzlich zu einer eher höheren Einschätzung des Hilfebedarfes. Vier Aspekte des Integrierten Teilhabeplans prägen die Arbeit wesentlich:

- die Einbeziehung des Menschen mit Behinderung;
- die Trennung von Hilfeplanung und Leistungserbringung;
- die Wirkungsorientierung statt Verrichtungsorientierung;
- die Zuordnung der geplanten Leistungen nach dem Finalitätsprinzip.

## Einbeziehung des Menschen mit Behinderung

Wichtig hierbei ist, dass der Hilfeplan gemeinsam mit dem Menschen mit Behinderung ausgearbeitet wird. Je nach Einzelfall kann es auch hilfreich sein, Verwandte, gesetzliche Betreuerinnen oder Betreuer und andere Vertrauenspersonen einzubeziehen. »Aus vielen Erfahrungen mit Hilfeplanverfahren ist deutlich geworden, dass die gemeinsame Planung (in der Regel) des kommenden Jahres als intensive und bedeutungsvolle Aufgabe auch von den Klientinnen/den Klienten erlebt wird. Bisherige Befragungen und die Evaluation der Erprobung des ITP Thüringen haben gezeigt, dass Klienten die Zuwendung, Erklärung und Anforderung bei der Teilhabeplanung positiv erleben.« (GROMANN 2012, o. S.)

Die für die Anwendung des Integrierten Teilhabeplans notwendige Methodenkompetenz muss den Mitarbeitenden in Fortbildungen vermittelt werden. Dabei geht es vor allem um das Kennen der Systematik, Kompetenzen in der Gesprächsführung und in der Anwendung leicht verständlicher Sprache, die Klarheit im Rollenverständnis, die Formulierung von Zielen und Indikatoren, die Einschätzung von Ressourcen und Beeinträchtigungen und einen ressourcenorientierten Blick auf den Sozialraum. Methodenkompetenz kann eine Haltungsänderung der Mitarbeitenden nicht ersetzen.

Es erweist sich als sehr hilfreich, wenn diese Weiterbildungen so konzipiert sind, dass Mitarbeitende von Leistungserbringern und -trägern, Angehörige, gesetzliche Betreuerinnen und Vertreter der Betroffenen gemeinsam geschult werden.

## Trennung von Hilfeplanung und Leistungserbringung

Im Zuge der Einführung von ambulanten Komplexleistungen wurden auch die Hilfebedarfe der Klientinnen und Klienten des ambulant Betreuten Wohnens ermittelt. Bei Sichtung der Hilfepläne stellte sich heraus, dass keiner dieser Klientinnen und Klienten einen Hilfebedarf nach 18 Uhr oder an den Wochenenden hatte. Es wurden nur Hilfebedarfe erfasst, die in die »Wunscharbeitszeit« der Mitarbeitenden passten. Dies verdeutlicht, wie schmal der Grat zwischen Hilfeplanung und Arbeitsplatzbeschreibung ist.

Das war der Anlass dazu, die Mitarbeiterrollen in Alltagsbegleiterinnen und Hilfeplaner zu trennen. Die Hilfeplanung für eine Klientin oder einen

Klienten soll nicht derjenige Mitarbeitende machen, der hauptsächlich für diese Person Leistungen erbringt. Dies hält die Gefahr von Grenzüberschreitungen in der Selbstbestimmung der betroffenen Menschen aufgrund sich überschneidender Rollen möglichst gering. Da unsere Mitarbeitenden in Tandems zusammenarbeiten, sprechen wir von der »Dritten Person« in der Hilfeplanung oder dem Bogenbearbeiter. Diese Entscheidung ist bis heute bei den Kolleginnen und Kollegen eine der umstrittensten Maßnahmen überhaupt.

### **Wirkungsorientierung statt Verrichtungsorientierung**

Die Hilfeplanung mit dem Integrierten Teilhabeplan ist grundsätzlich wirkungsorientiert. Das Prinzip der Wirkungsorientierung besteht darin, dass im Mittelpunkt der Hilfeplanung nicht Maßnahmen und Leistungen stehen, sondern die beabsichtigten Effekte und Wirkungen. Bei Folgeplanungen wird das Erreichen oder Nichterreichen der beabsichtigten Wirkungen evaluiert und als Ausgangspunkt für die neue Hilfeplanung gesehen. Auf diese Weise können unterschiedlichste, für den jeweiligen Einzelfall passgenaue Leistungen geplant, erbracht und finanziert werden, die nach fachlicher Einschätzung das Erreichen einer beabsichtigten Wirkung sichern.

In letzter Konsequenz löst dies die Struktur von konzeptionell beschriebenen Angeboten auf. Die Konzeption des Dienstes ist die Summe der vereinbarten Inhalte aller Hilfepläne zum jeweiligen Stichtag. Ganz im Gegensatz dazu steht das Prinzip der Verrichtungsorientierung. Das klassische Beispiel für ein verrichtungsorientiertes Sozialleistungsgesetz ist die Pflegeversicherung. »Sie garantiert Leistungen, die nach einem vorher festgelegten Einstufungsverfahren als notwendiger Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege, Mobilisation, Ernährung und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung anerkannt wurden.« (WUNDERLICH 2006, S. 87)

Die Leistungen sind bundesweit einheitlich in einem standardisierten Katalog mit Leistungskomplexen festgeschrieben und mit Punkten bewertet. Diese multipliziert mit dem jeweils vom Pflegedienst und den Kassen verhandelten Punktwert ergeben die Vergütung. Andere als die vordefinierten Leistungen aus den Leistungskomplexen sind über die Pflegeversicherung nicht finanzierbar. Die Qualität der Pflege bemisst sich danach, ob die Verrichtungen in Anzahl und Güte wie geplant erbracht

und dokumentiert wurden. Das Erzielen einer bestimmten Wirkung steht nicht im Fokus.

### **Zuordnung der geplanten Leistungen nach dem Finalitätsprinzip**

Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, führt eine wirkungsorientierte Hilfeplanung zu einer beinahe unbegrenzten Vielfalt an möglichen Leistungen. Dabei ist es denkbar, dass gleiche Leistungen unterschiedlichen Zielen dienen und unterschiedliche Wirkungen entfalten sollen. Finalitätsprinzip bedeutet in diesem Zusammenhang, zu prüfen, welche Leistungen aufgrund des dahinterstehenden Zieles von welchem Leistungsbereich und Sozialleistungsträger erbracht werden.

Dies stärkt den Grundsatz der Sozialhilfe als letztem Netz der sozialen Sicherung, da einzelne Leistungen anderen, vorrangigen Leistungsträgern zuzuordnen sind. Es ist ein wichtiger und gewollter Effekt im Umstrukturierungsprozess. Er dient neben der Entlastung der Sozialhilfe auch der tatsächlichen Gleichstellung von psychisch und somatisch erkrankten Menschen, da die Inanspruchnahme versicherungsfinanzierter Leistungen unabhängig von der Höhe des Einkommens und des Vermögens ist. Auf diese Weise wird dem Risiko der Verarmung vorgebeugt, das immer noch oft mit dem chronischen Verlauf einer psychischen Erkrankung verbunden ist.

Die Kosten der Unterkunft und des Lebensunterhaltes sind damit nicht länger in der Kostenverantwortung der Eingliederungshilfe, sondern aus eigenem Einkommen zu bestreiten. Dieses wird nicht mehr automatisch zur Deckung der Heimkosten herangezogen und vom Sozialamt vereinbart, sondern steht den Klientinnen und Klienten im vollen Umfang zur Verfügung.

Bei Bedürftigkeit haben sie wie alle anderen Menschen auch Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II oder XII und auf Wohngeld.

Die kompensatorischen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege und der Hauswirtschaft werden nicht mehr wie im stationären Kontext üblich vom Personal der Heimeinrichtung im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht, sondern wie bei allen pflege- und behandlungsbedürftigen Menschen ohne Behinderung auch von dafür zugelassenen ambulanten Pflegediensten.

Im Rahmen der Eingliederungshilfeleistungen trifft dies ebenso für Menschen mit seelischer Behinderung auf die Leistungen der Krisenintervention zur Vermeidung stationärer Behandlungen zu. Diese sind als psychiatrische Pflegeleistung im SGB V im Rahmen der Regelversorgung oder von Integrierten Versorgungskonzepten zu beschreiben. Je nach Bedarf im Einzelfall sind auch therapeutische Leistungen wie Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie gemäß des SGB V zu erbringen.

Besondere Aktualität bekommt die Diskussion um das Finalitätsprinzip durch das im Januar 2015 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz I. Hier wird im SGB XI neben den etablierten Leistungen Grundpflege und Hauswirtschaft auch die Leistung der Betreuung gestärkt. Dabei kommt es in der Abgrenzung zur Eingliederungshilfe auf eine präzise Zielformulierung im Hilfeplan an. Leistungserbringer stehen an dieser Stelle vor der Entscheidung, Strukturen zu schaffen, um diese Leistungen ganz oder teilweise selbst anzubieten oder den Klientinnen und Klienten in Kooperationsbeziehungen den Zugang zu diesen Leistungen zu ermöglichen.

## **Bemessung der ganzheitlichen Hilfeplanung in Zeiteinheiten**

Während es bei den verrichtungsorientierten Sozialleistungen, wie den Leistungen nach SGB V oder XI, bundesweit einheitliche Werte für Zeit und Preis der Leistungen gibt, ist ein System der Zeitbemessung im Kontext der Eingliederungshilfe nicht verbreitet und muss deshalb neu geschaffen werden.

Als hilfreich für die Bemessung der ganzheitlichen Hilfeplanung in Zeiteinheiten haben sich die Ergebnisse des von der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) durchgeführten Projektes »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« (BMG 1999) erwiesen. Das dort entwickelte Instrument der Hilfebedarfsgruppen (HBG) eignet sich für die Zeitbemessung in der wirkungsorientierten Eingliederungshilfe optimal. Dabei werden die geplanten Leistungen nach dem Finalitätsprinzip den folgenden vier eingliederungshilfe relevanten Leistungsbereichen zugeordnet:

- übergreifende persönliche Ziele inklusive Koordination;
- Selbstversorgung und Wohnen;
- Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur;
- Freizeit, persönliche Interessen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Ebenso wird eine kompetente Zeiteinschätzung vorgenommen. Bei dieser sollte man sich an der Maxime der Schweizer Softwarefirma für Soziale Dienste Diartis AG orientieren: »Lieber realistisch geschätzt als unrealistisch gerechnet!« (HÄHLEN 2008, S. 12) Die Zeiteinschätzung bewertet dabei nicht das vereinbarte Vorgehen, sondern die Wertigkeit der vereinbarten Ziele. Es geschieht vor dem Hintergrund der Dauer des Vereinbarungszeitraums, der persönlichen Situation und der Umweltfaktoren. Gleichartige Leistungen werden gebündelt. Dies vereinfacht die Überprüfung und vermeidet Doppelungen.

Der Zeitbedarf aller Lebensbereiche wird dann gemeinsam eingeschätzt und einer Hilfebedarfsgruppe zugeordnet. Um Einschätzungsfehler auszuschließen, werden die sieben Hilfebedarfsgruppen in der Schwankungsbreite von 15 bis 17 Prozent um einen Mittelwert herum gebildet. Die einzelnen Bereiche müssen sich in jedem Einzelfall über die Aufteilung der Zeiten verständigen. Es ist zwischen »echten« Teilhabeleistungen, die mit Zielen hinterlegt werden, und »kompensatorischen« Hilfen, die die Voraussetzungen für die Zielerreichung sicherstellen, zu unterscheiden (Tabelle 3).

## Entwicklung von Leistungserbringerstrukturen

Wie sich unschwer erahnen lässt, erfordert die Einführung der Personenzentrierten Leistungssystematik eine Veränderung der Einrichtungsstruktur des Trägers. Rolf BRONNER und Carsten SCHWAAB (1999) unterscheiden im Changemanagement zwischen dem Ansatz der Organisationsentwicklung als einen Wandel erster Ordnung und dem Ansatz der Organisationstransformation als einen Wandel zweiter Ordnung (Tabelle 4, S. 114).

Um geeignete Strukturen zur Erbringung personenzentrierter Hilfen zu schaffen, kommt nur ein Wandel zweiter Ordnung infrage. Die

**TABELLE 3** Zeitbedarf für direkt klientenbezogene Tätigkeiten  
(nach APK 2005, S. 40)

Stufenbezeichnung	Zeitbedarf pro Woche		Entspricht Personalschlüssel
	mittlerer Zeitwert		
	in Minuten	in Stunden	
HBG 1	113	1.53	1:12,2
HBG 2	160	2.40	1:8,7
HBG 3	226	3.46	1:6,1
HBG 4	320	5.20	1:4,3
HBG 5	452	7.32	1:3,0
HBG 6	640	10.40	1:2,2
HBG 7	905	15.05	1:1,5

Organisation des Trägers muss so aufgestellt werden, dass sie in der Lage ist, sowohl inhaltlich als auch zeitlich und räumlich Leistungen flexibel erbringen zu können. Dieser Strukturwandel bezieht sich auf die interne ebenso wie die externe Struktur des Trägers. Einige dieser Veränderungen werden im Folgenden beschrieben.

### Entwicklung der internen Leistungserbringerstruktur

Um eine bessere Vorstellung von den Veränderungen der internen Leistungserbringerstruktur zu bekommen, hilft es, wenn man die pauschaliert vereinbarten »Paketleistungen« von klassischen Einrichtungen wie Wohnheimen, Tagesstätten und Betreutem Wohnen in ihre einzelnen Funktionen zerlegt und sie gedanklich von den – in unserem einrichtungsgeprägtem Denken fest verknüpften – Einrichtungsstrukturen löst.

Hieraus leiten sich Funktionen ab, die bisher im institutionalisierten Rahmen von unterschiedlichen Einrichtungen erbracht werden. Dies sind am häufigsten folgende Leistungen:

- Einzel- und Gruppengespräche, Krisenintervention;
- Begleitung zu Ärzten, Ämtern usw.;
- unterstützende Leistungen beim Wohnen;
- tagesstrukturierende Leistungen;
- Begleitung in Arbeit;

<b>TABELLE 4 Der Wandel erster Ordnung und der Wandel zweiter Ordnung</b> (nach BRONNER, SCHWAAB 1999)	
<b>Wandel erster Ordnung</b>	<b>Wandel zweiter Ordnung</b>
Organisationsentwicklung	Organisationstransformation
Quantitativer Wandel	Qualitativer Wandel
Wandel innerhalb gegebener Strukturen	Rahmenbedingungen werden gewandelt.
Strebt eine langfristig angelegte effizienzsteigernde Verhaltensänderung der Organisationsmitglieder an.	Radikaler, alle Teile einer Organisation betreffender Ansatz zur Fortentwicklung des Unternehmens
Konventionelle Methoden zur Problemlösung	Neue Sichtweisen und Verfahren zur Problemlösung
Bestehende, funktional ausgerichtete Teilabläufe werden verbessert.	Völlig neue Strukturen werden geschaffen.
Veränderung in Teilbereichen der Organisation, die unter Leidensdruck ausgeführt wird. Notgedrungene Anpassung auf Veränderungen der Umwelt.	Paradigmenwechsel: Radikaler, schneller Wandel mit schmerzlicher Wirkung für viele Betroffene
Stellt auf verschiedene Lernmodelle des Individuums und der Gruppe ab, um verhaltenssteuernd intervenieren zu können.	Benötigt eine revolutionäre, radikale und top-down initiierte Strategie.
Je umfassender, tief greifender und revolutionärer die Veränderung ist, desto schwieriger wird die Planung und Steuerung.	

- Freizeitangebote;
- Gemeinschaftsverpflegung;
- hauswirtschaftliche Leistungen.

Wichtig ist es, zu erkennen, dass auch wenn man den strukturellen Rahmen der Einrichtung nicht mehr benötigt, die einzelnen funktionalen Elemente dieser Struktur im ambulanten Kontext dennoch unverzichtbar sind. Einige Funktionen von den verschiedenen Einrichtungen wurden oft mehrfach unverbunden nebeneinanderstehend erbracht. Diese gilt es, nach funktionellen Aspekten neu zu verknüpfen.

Wie bereits beschrieben, wird bei komplexen Ambulantisierungsprojekten in der Regel lediglich die Funktion »Wohnen« in Mietwohnungen

ausgelagert. Dies entspricht auch der Lebenswirklichkeit der überwiegenden Zahl der »Normalbürgerinnen und -bürger«. Aufgrund der Struktur unseres Hilfesystems ist es bis heute üblich, dass sich behinderte Menschen mit einem hohen Hilfebedarf zur Hilfe hin bewegen müssen, z. B. in Wohnheime, bevor sie später mit viel pädagogischem Aufwand wieder in eine neue Wohnung mit neuem sozialen Umfeld »ausgewildert« werden. Ziel der personenzentrierten Hilfe ist dagegen, auch bei hohen und komplexen Bedarfen die Hilfe zum Menschen zu bringen. Der Wechsel der Wohnung und der vertrauten Mitarbeitenden wegen sich verändernder Hilfebedarfe soll überflüssig werden.

Nach dem Auszug aller Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Wohnheim werden die anderen beschriebenen Funktionen, außer der Funktion Wohnen, weiterhin strukturell in sogenannten Teilhabezentren vorgehalten.

### Teilhabezentrum

Unter einem Teilhabezentrum versteht man eine Immobilie, in der Regel das Gebäude der früheren Heimeinrichtung, von der aus alle benannten Funktionen außer die des Wohnens sozialraumorientiert wahrgenommen werden. Teilhabezentren zeichnen sich dadurch aus, dass sie an sieben Tagen in der Woche 24 Stunden am Tag zugänglich sind.

Seit der Eröffnung des ersten Teilhabezentrums 2007, damals noch unter dem Namen »Psychosoziales Zentrum«, hat sich die Idee der Teilhabezentren deutlich weiterentwickelt. Anfangs bestand diese darin, alle Leistungen, die Klientinnen und Klienten benötigen, selbst anzubieten oder Kooperationspartner ins Teilhabezentrum zu holen. Ausschlaggebend dafür waren zum einen das enorme Raumangebot nach dem Leerzug des Wohnheims und zum anderen der Wunsch, Einnahmeverluste aus dem Bereich der Eingliederungshilfe durch Erträge aus Leistungen vorrangiger Leistungsträger zu kompensieren.

Das 2007 eröffnete Zentrum verfügte deshalb über folgende Angebote:

- einen offenen Treff mit Angebot der Gemeinschaftsverpflegung, montags bis freitags von 8:00 bis 19:00 Uhr und samstags und sonntags von 9:00 bis 18:00 Uhr;
- ein »ausgelagertes Wohnzimmer« als Bereich, der ausschließlich den Klientinnen und Klienten der früheren Einrichtungen vorbehalten bleibt, um bekannte Menschen in einer geschützten Atmosphäre zu treffen;

- verschiedene Werkstatt- und Atelierräume für Tagesstrukturleistungen;
- mehrere Mitarbeiterbüros;
- ein Pflegebad;
- eine Praxis für Ergotherapie in eigener Trägerschaft;
- eine Praxis für Physiotherapie in eigener Trägerschaft;
- eine Praxis Facharzt für Psychiatrie und Neurologie;
- eine Praxis Facharzt für Allgemeinmedizin;
- eine Außenstelle eines somatischen Pflegedienstes;
- eine externe Krisenwohnung zur Entschärfung besonderer psychosozialer Krisen, der kurzfristigen Aufnahme bei Wohnungslosigkeit oder der Möglichkeit zur Kurzzeitbetreuung bei krankheits- oder urlaubsbedingter Abwesenheit der eigenen Familie.

Die Risiken dieses Konzeptes von Teilhabezentren wurden erstmals 2010 offensichtlich. Die Attraktivität des Zentrums war so groß, dass sich neue Klientinnen und Klienten vorzugsweise Wohnungen in unmittelbarer Nähe suchten und eine Orientierung in den Sozialraum unterblieb, da man aufgrund des großzügigen Raumangebotes so gut wie jede Leistung auch im Zentrum anbieten konnte. Der Anspruch, dass Betroffene nicht mehr zur Hilfe, sondern die Hilfe zu ihnen kommt, konnte nur noch teilweise eingelöst werden. Das Konzept beförderte die Herausbildung eines ambulanten »Gettos«.

Die Weiterentwicklung des Konzeptes der Teilhabezentren stand unter dem Spannungsbogen der Asylfunktion psychiatrischer Einrichtungen auf der einen und dem Anspruch von Inklusion auf der anderen Seite. So entstanden mehrere kleine, in die Sozialräume integrierte Teilhabezentren mit einer Größe von jeweils weniger als 200m<sup>2</sup>. Diese Räume, deren Funktion als unbedingt notwendig erkannt wurde, sind:

- eine große Gemeinschaftsküche zur Selbstversorgung;
- ein Multifunktionsraum für Klientinnen, Klienten und Mitarbeitende;
- ein Ruheraum mit Schlafsofa;
- zwei Mitarbeiterbüros.

Damit sind Klientinnen, Klienten und Mitarbeitende gezwungen, sich alle anderen benötigten Leistungen im Sozialraum zu organisieren. Statt Gärtnern im eigenen Vorgarten, steht nun Unkrautjäten im urbanen Gemeinschaftsgarten auf dem Programm. Wesentliche Erkenntnis dabei ist, dass nur eine Verknappung der psychiatrischen Ressourcen zu einer nachhaltigen Orientierung in den Sozialraum führt. Als positiver

Nebeneffekt werden durch die sozialräumliche Ausrichtung die Wegezeiten reduziert und die Vernetzung vor Ort verbessert.

Im Weiteren wird das 2007 eröffnete Teilhabezentrum in ein Stadtteilzentrum umgewandelt und damit Anlaufstelle für alle Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils.

## Personalentwicklung

Besonders wichtig bei der Gestaltung des Wandels ist der Blick auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Prozess. Ohne ein motiviertes und engagiertes Team ist ein solcher Umstrukturierungsprozess nicht erfolgreich zu bewältigen. Ein zentrales Thema hierbei ist die Motivation der Mitarbeitenden. »Faßt man unternehmerischen Wandel als kreative Problemlösungsprozesse auf, so kann aus den Erkenntnissen der Kreativitätsforschung geschlossen werden, daß spezifisches Bereichswissen, das Vorhandensein von Fähigkeiten im Zusammenhang mit der Ideengenerierung und -implementation und intrinsische Motivation, also die Freude an der Arbeit an und für sich, zentrale Komponenten für eine erfolgreiche Gestaltung von Wandelprozessen sind.« (HAUSER 1999, S. 66)

Weiterhin geht es beim Thema Personalentwicklung auf der einen Seite um die berufliche Perspektive der einzelnen Mitarbeitenden auf Grundlage eines Personalentwicklungskonzeptes und auf der anderen Seite um die Frage nach einer angemessenen Personalorganisation und -steuerung.

Inhaltlich steht die Befähigung aller Mitarbeitenden zum Arbeiten unter den Bedingungen der Personenzentrierten Leistungssystematik im Vordergrund. Dies beinhaltet z. B. Seminare mit den Schwerpunkten Hilfeplanung, Zeit- und Selbstmanagement, Kommunikation, Alltags- und Prozessbegleitung, regelmäßige Supervision und Coaching. Darüber hinaus werden einzelne Mitarbeitende zielgerichtet qualifiziert, um zukünftige Geschäftsfelder im Rahmen eines Personalentwicklungskonzeptes zu erschließen. Dies betrifft z. B. die Geschäftsfelder der Ambulant Psychiatrischen Pflege und der Soziotherapie.

Neben der Frage der Personalentwicklung auf der Ebene der einzelnen Mitarbeitenden ist die Frage nach der Struktur der Mitarbeitenden auf der Ebene der Organisation zu klären. Durch welches Organisationsmodell kann die Teamstruktur, die sich bisher an Einrichtungen und Diensten orientiert hat, ersetzt werden?

## Personalsteuerung

Um Mitarbeitende von personenzentrierten Komplexleistungsträgern erfolgreich steuern zu können, hat sich das Organisationsmodell des »Tandems« bewährt. Tandems sind Arbeitsgemeinschaften, die auf Zeit und aus jeweils zwei Mitarbeitenden bestehen. Die Aufteilung der Mitarbeitenden auf Tandems ist Leitungsaufgabe und geschieht top-down. Bei der Zusammenstellung der Tandems sollte auf eine größtmögliche Verschiedenheit der Kolleginnen und Kollegen geachtet werden.

Die Personen eines Tandems sind koordinierende Bezugspersonen im Sinne der beschriebenen Systematik der personenzentrierten Hilfeplanung. Die Anzahl der einem Tandem primär zugeordneten Klientinnen und Klienten hängt von der vertraglich gebundenen Arbeitszeit der Mitarbeitenden und vom individuellen Hilfebedarf der Klientinnen und Klienten ab, der sich in der Zuordnung in eine Hilfebedarfsgruppe widerspiegelt. So schwankt die Anzahl der Klientinnen und Klienten je Tandem zwischen sechs und zwanzig. Als koordinierende Bezugsperson haben sie Casemanagerfunktion, aber ohne die Aufgabe der Hilfeplanung.

Die Tandemmitarbeitenden sind die Ansprechpartner der primär zugeordneten Klientinnen und Klienten. Sie stellen sicher, dass die betreute Person alle im Hilfeplan vereinbarten Leistungen erhält und auch wahrnimmt. Weiterhin sorgen sie für die Vernetzung und den Informationsfluss zwischen Mitarbeitenden oder externen Dienstleistern. Nicht zuletzt erbringen sie auch selbst geplante Leistungen für die primär zugeordneten Klientinnen und Klienten.

Die gesetzten Qualitätsstandards einer ambulanten Betreuung an 24 Stunden und sieben Tagen pro Woche und die enorme Vielseitigkeit der Leistungen je nach individuellem Hilfebedarf führen natürlich dazu, dass ein Tandem allein nicht alle Leistungen erbringen kann, die für die Klientinnen und Klienten geplant sind. Deshalb suchen sich die Tandemmitarbeiter andere Tandems oder externe Dienstleister, die Teilleistungen übernehmen. Diese Leistungen werden als sekundär verteilte Leistungen bezeichnet.

Das bedeutet im Umkehrschluss, dass ein Tandem nicht nur die Koordination und Leistungserbringung für die primär zugeteilten Klientinnen und Klienten übernimmt, sondern auch sekundär verteilte Leistungen für Klientinnen und Klienten anderer Tandems anbietet. Der

Leistungsaustausch erfolgt eigenverantwortlich unter den Mitarbeitenden und wird zum Zwecke der Personalsteuerung zu monatlichen Stichtagen der Leitung mitgeteilt.

Um die fachlich inhaltliche Qualität der Arbeit zu steigern, hat sich das von Willem KLEINE SCHAARS (2006) erarbeitete System der Trennung zwischen Alltags- und Prozessbegleitung bewährt. Dafür eignet sich das Tandemsystem hervorragend. Das Tandemmodell bietet einige klare Vorteile gegenüber der vorhergehenden Arbeit in Teams. Die Primärzuordnung führt dazu, dass die Klientinnen und Klienten genau wissen, wer ihr Ansprechpartner ist, und alle geplanten Leistungen koordiniert erbracht werden. Sie bietet auch Klarheit in der Zuständigkeit für die anderen Tandems. Kein Mitarbeitender muss mehr alles über alle betreuten Personen wissen.

Die Zuordnung von Klientinnen und Klienten zu einzelnen Tandems provoziert aber auch Schwierigkeiten. Die größte ist das Gefälle von Macht. Die Mitarbeitenden haben immer ein höheres Maß an Wissen und Fähigkeiten. Das gibt ihnen Macht über die Klientinnen und Klienten. Um den ungerechtfertigten Einsatz von Macht zu verhindern und die Eigenverantwortung bei den Betroffenen zu belassen und damit ihre Selbstbestimmung zu stärken, entwickelte der niederländische Pädagoge Willem KLEINE SCHAARS (2006) ein Modell, das mit der Einführung der Funktion eines Alltags- und Prozessbegleiters ein Beziehungsdreieck »Klient, Alltagsbegleiter und Prozessbegleiter« schafft. Dieses Dreieck löst die exklusive Beziehung zwischen Klientin und Bezugsbetreuer durch Funktionsteilung auf.

Die Funktion der Alltagsbegleiterinnen und -begleiter ist die Unterstützung der Klientinnen und Klienten im Alltag bei allem, was sie nicht allein können. Bei Regelverstößen spricht die Alltagsbegleiterin Sanktionen aus. Der Prozessbegleiter dagegen versucht die betroffene Person zu verstehen und damit ihr Verhalten erklärbar zu machen. Er schaut auf das Verhältnis zwischen Klientin und Alltagsbegleiter und hält die Kommunikation zur Klientin auch über Krisen hinweg aufrecht. Er achtet darauf, dass Klientin und Alltagsbegleiterin an der Erreichung der im Hilfeplan vereinbarten Ziele arbeiten (ebd.).

Das Tandemsystem bietet außerdem günstige Voraussetzungen für die Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen. Werden neue Mitarbeitende eingestellt, wird ein etabliertes Tandem geteilt, und jeder der erfahrenen Tandemmitarbeitenden bekommt eine neue Kollegin oder

einen neuen Kollegen in sein Tandem. Er übernimmt als Mentorin oder Mentor die Einarbeitung.

## Führen durch Zielvereinbarungen

Aufgrund der komplexen, dezentralisierten Organisation eines ambulanten Komplexleistungsträgers eignet sich das Managementkonzept des Führens durch Zielvereinbarungen. Das Führen durch Zielvereinbarungen ist ein »mehrdimensionales Führungskonzept mit Betonung der Bedeutsamkeit von Zielvereinbarungen mit den Mitarbeitern. Es beinhaltet die weitgehende Delegation von Entscheidungsbefugnissen an die Mitarbeiter« (Springer Gabler Verlag o. J., Stichwort Management by Objectives) und setzt auf eine »regelmäßige Rückkopplung zum Grad der Zielerreichung« (ebd.) an die Unternehmensleitung. Ausgehend vom obersten Ziel, dem Überleben des Unternehmens und dem Erreichen eines bestmöglichen Ergebnisses, werden Ziele bis auf die Ebene der Mitarbeitenden definiert, wobei es wichtig ist, zu beachten, dass die festgelegten Ziele nicht zum Selbstzweck werden.

In regelmäßigen Zielvereinbarungsgesprächen werden individuell mitarbeiterbezogene Ziele definiert, die als »Wegweiser auf einer gemeinsamen Landkarte von sinnbegabten sozialen Wesen« (SCHRADER 2009, o. S.) dienen. Die Ziele sind dabei Mittel zum Zweck, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Um sinnvoll und erfolgreich mit Zielen arbeiten zu können, müssen sie folgende Bedingungen erfüllen:

- »Ziele sollten zur Überprüfung von Wirksamkeit der eingeschlagenen Wege dienen und zur Anregung, Neues zu probieren – nicht zur Kontrolle, Belohnung oder Bestrafung.
- Ziele wirken positiv, wenn sie nicht Selbstzweck sind, sondern ein Instrument des Fokussierens von Kommunikation. Wenn Ziele und Realität in Konflikt kommen – lassen Sie die Ziele oder die Realität fallen?
- Nur Ziele, die veränderbar sind, unterstützen die notwendige Flexibilität im Umgang mit sich ändernden Umweltfaktoren. Alles andere ist lebensbedrohlich.
- Stand alone-Ziele sind der beste Weg aus einer Organisation einen Haufen unkoordinierter Einzelkämpfer zu machen. Ziele sind immer nur so gut wie ihre Verknüpfung mit der Richtung des Ganzen.
- Ziele dienen in Organisationen der Abstimmung und Koordination, daher ist der Kommunikationsprozess der Zielformulierung & -vereinbarung

der eigentliche Benefit. Nur wenn ich unsere/deine Ziele verstehe, kann ich selber sinnvolle Ziele formulieren.« (Ebd., o. S.)

Die Mitarbeitenden sollen befähigt werden, unternehmerisch zu denken und zu handeln. Dies beinhaltet auch, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wahrzunehmen und das vereinbarte Ziel gegebenenfalls an diese anzupassen. Es ist wichtig, um sich daraus ergebende Chancen für das Unternehmen schnell nutzen oder Risiken flexibel minimieren zu können. Damit einher muss zwangsläufig die Übergabe von Verantwortung an die Mitarbeitenden gehen. Die entsprechenden Spielräume und Ressourcen sind festzulegen. Die Übergabe von Verantwortung an die Mitarbeitenden ist für die Leitung ein schwerer Weg, geht sie doch mit einem teilweisen Verlust der Bedeutung von Leitung einher.

Die Erfahrungen zeigen, dass das hohe Maß an Eigenverantwortung der Mitarbeitenden zu guten Ergebnissen führt, vorausgesetzt sie werden dabei entsprechend begleitet. Wenigen Kolleginnen und Kollegen macht das sehr freie Arbeiten Angst. Sie nehmen die Vorzüge dieses Systems nicht in Anspruch.

## **Entwicklung der externen Leistungserbringerstruktur**

Beispielhaft für die Entwicklung der externen Leistungserbringerstruktur werden im Folgenden die vertraglichen Beziehungen zu Leistungsträgern, die Neubewertung von Kooperationsbeziehungen und die Immobilienverwaltung dargestellt.

## **Neue Vertragsbeziehungen zu Leistungsträgern**

In der Regel haben alle Leistungs-, Entgelt und Prüfvereinbarungen nach § 75 SGB XII ein konzeptionell beschriebenes Angebot als Kalkulationsbasis und eine platzbasierte Vergütung zur Abrechnung als Grundlage. Personenzentrierte Leistungen sind auf der Grundlage dieser Vereinbarungen nicht zu erbringen und zu finanzieren. Deshalb muss eine neue Leistungs-, Entgelt und Prüfvereinbarung nach § 75 SGB XII erarbeitet werden, die auf den Prinzipien der Personenzentrierten Leistungssystematik basiert. Eine solche Vereinbarung muss folgende Eckpunkte enthalten:

- Die Vereinbarung umfasst Leistungen aus allen Leistungsbereichen: Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur und Freizeit.

- Alle Leistungen werden 24 Stunden am Tag an sieben Tagen pro Woche ausschließlich ambulant und wirkungsorientiert zur Verfügung gestellt.
- Die Leistung kann unabhängig von einem bestimmten Ort erbracht werden. Er ist für die Vergütung unerheblich.
- Der individuelle Hilfebedarf wird mittels des Integrierten Teilhabepplans ermittelt.
- Der Umfang der Leistungen wird zwischen Leistungsträger und -erbringer abgestimmt und einer Hilfebedarfsgruppe zugeordnet.
- Die Vergütung erfolgt auf Grundlage einer verhandelten Fachleistungsstunde. Diese wird mit den Zeiteinheiten multipliziert, die für die jeweiligen Hilfebedarfsgruppen vereinbart werden.
- Es gilt ein Preis für alle Eingliederungshilfeleistungen.
- Teile des Entgeltes aus den Hilfebedarfsgruppen können an andere, vorzugsweise nicht psychiatrische Leistungserbringer im Sozialraum weitergegeben werden.
- Die Leistung wird prospektiv vergütet, ein Nachweis der erbrachten Leistungen zum Zwecke der Abrechnung ist nicht notwendig.
- Die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer wird regelmäßig von einem externen Dritten evaluiert und von allen Beteiligten gemeinsam ausgewertet.
- Die Definition von Fachkräften folgt den Regelungen des § 6 SGB XII.
- Es sollte eine Regelung zu einem anrechnungsfreien Geldbetrag aus Zuverdiensttätigkeiten getroffen werden, der zur Steigerung der Motivation anrechnungsfrei bei der Einkommensberechnung nach SGB XII bleibt.

Neben einer neuen Form der Vereinbarung für die Leistungen der Eingliederungshilfe ist bei Bedarf eine Reihe weiterer Leistungsvereinbarungen mit vorrangigen Leistungsträgern zu verhandeln und abzuschließen. Dabei ist zu beachten, dass diese oftmals ganz eigenen Finanzierungs- und Steuerungslogiken unterliegen, die teilweise sehr weit von denen der Eingliederungshilfe abweichen und deshalb nicht vermischt erbracht werden sollten.

### Neubewertung von Kooperationen

Kooperationen im Bereich der Sozialen Arbeit bekommen noch einmal eine andere Wertigkeit, wenn man sie nicht als Zusatz zu den Aktivitäten des Tagesgeschäftes betrachtet, sondern als nach außen verlagerte

Leistung nach dem Verständnis einer »Make-or-Buy-Strategie«. Führt man sich vor Augen, wie vielfältig personenzentrierte Leistungen sein können, stellt sich schnell die Frage, welche Leistungen man als Träger selbst anbietet und welche man bei anderen Anbietern einkauft. Die Entscheidung muss für jede nachgefragte Leistung im Einzelfall getroffen werden. Ausschlaggebend sollte immer die Antwort auf die Frage sein: Was sind meine Kernkompetenzen und -leistungen? Dabei spielen betriebswirtschaftliche Überlegungen eine Rolle, aber es gibt auch fachlich inhaltliche Aspekte, die für oder gegen ein Outsourcing bestimmter Leistungen sprechen.

Als betriebswirtschaftliche Vorteile einer solchen Outsourcing-Strategie sind vor allem zu benennen, dass man kurzfristig nachgefragte personenzentrierte Leistungen sehr individuell befriedigen kann, dass man die Leistungen nur so lange nutzt und bezahlt, wie sie in einzelnen Hilfeplänen eine Rolle spielen, dass man keine Investitionen stemmen und auch nicht für die laufenden Betriebskosten aufkommen muss und dass man auf Personal mit speziellen Qualifikationen zurückgreifen kann, ohne die Personalverantwortung zu tragen. Zusammengefasst kann man sagen: Man erreicht ein Maximum an Flexibilität und Kundenorientierung bei einem Minimum an Fixkosten.

Dem gegenüber steht ein vertretbar höherer Aufwand für Koordination und höhere Fahrtkosten. Aus fachlich inhaltlicher Sicht liegt die Stärke dieser Organisationsform auf der Fokussierung der nicht psychiatrischen Ressourcen im Sozialraum. Dies ermöglicht deutlich mehr Chancen auf Normalität und Inklusion, als sie stationäre oder teilstationäre Einrichtungen bieten können. Das in der UN-Behindertenrechtskonvention verbrieftete Recht der Klientinnen und Klienten auf Inklusion wird hier sehr ernst genommen.

Diese räumlich und inhaltlich hoch flexible Art der Leistungserbringung erfordert natürlich auch Mitarbeitende, die ihre fachlichen Kompetenzen weiterentwickeln. So geht es nicht mehr in erster Linie darum, selbst Leistungen anzubieten, sondern vielmehr um Kreativität bei der Suche nach passgenauen Angeboten. Den Klientinnen und Klienten sind Zugänge zu erschließen, zu koordinieren und angemessen zu kommunizieren.

Eine andere, mindestens genauso wichtige Form der Kooperation, ist die Kooperation mit der Wohnungswirtschaft. Die Rolle, die Unternehmen der Wohnungswirtschaft bei komplexen Ambulantisierungsprojekten spielen, wird erfahrungsgemäß von vielen Trägern in der Behindertenhilfe

noch nicht richtig bewertet. Wohnungen in ausreichender Anzahl mit passenden Grundrissen in guten Lagen zu angemessenen Preisen werden der Schlüssel für die Auflösung weiterer Heime sein. Dies gilt besonders in Ballungsgebieten.

Wichtig ist an dieser Stelle, zu betonen, dass psychisch erkrankte Mieterinnen und Mieter nicht automatisch »Problemmieter« sind, einige jedoch das Potenzial haben, Konflikte zu provozieren. Besonders häufig ist zu beobachten, dass gerade solche psychisch erkrankten Mieterinnen und Mieter Nachbarschaftskonflikte verursachen, die keine Hilfen aus dem psychiatrischen Hilfesystem in Anspruch nehmen. Nach der These von Thomas БОСК (2008, S. 7) handelt es sich dabei um Menschen, die keinen Zugang zur psychiatrischen Versorgung bekommen, weil sie die beiden »Höllenhunde: Krankheitseinsicht und Compliance« am Eingang des Hilfesystems nicht überwinden können. Unter Krankheitseinsicht wird verstanden, dass der Patient denkt wie der Arzt. Compliance bedeutet hingegen, dass die Patientin tut, was die Ärztin will.

Diese Menschen, die auch professionellen Mitarbeitenden in Kliniken oder Diensten ein sehr hohes Maß an Fachlichkeit abverlangen, das schon dort nicht immer oder ausreichend vorhanden ist, treffen im Kontext Wohnen auf Immobilienkaufleute, die für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen nicht ausgebildet sind (RUDER 2008). Nicht selten eskalieren dann die Konflikte. Deshalb kann es sinnvoll sein, im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung auch Schulungen zum Thema »Psychische Erkrankungen und psychosoziales Hilfesystem« vor Ort für Unternehmen der Wohnungswirtschaft anzubieten oder den gegenseitigen zeitweiligen Austausch von Mitarbeitenden und Praktikantinnen und Praktikanten zu vereinbaren.

## Immobilienverwaltung

Wie bereits angeklungen, spielt das Thema Immobilien bei der Erbringung ambulanter Komplexleistungen eine große Rolle. Dabei zeigt sich, dass die Immobilienverwaltung sehr häufig nicht zu den Kernkompetenzen sozialer Träger gehört. Die Fragen nach den Immobilien lassen sich in zwei Themenkomplexe teilen: zum einen in die Frage, was aus einer bislang als Heimeinrichtung genutzten Immobilie nach Auszug aller Bewohnerinnen und Bewohner wird, und zum zweiten, nicht weniger bedeutend, die Frage nach der Verwaltung der angemieteten Wohnungen.

Da die von den Einrichtungen angebotenen Leistungen auch ohne institutionellen Rahmen weiter von den Klientinnen und Klienten nachgefragt werden, bietet es sich an, die Immobilie in ein Teilhabezentrum umzuwandeln. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden, muss darauf geachtet werden, dass der psychiatrischen Nutzung nur so viel Platz geboten wird, wie wirklich notwendig ist, um eine gewünschte Sozialraumorientierung nicht zu erschweren.

Für jede Einrichtung müssen Fragen nach der Zweckbindung von investiven Förderungen oder Kreditbelastungen der Immobilien beantwortet werden. Auch hier erleichtert die transparente und offene Kommunikation mit den Fördermittelgebern eine gute Lösung. Als großes Problem komplexer Ambulantisierungsprojekte erweist sich die Beschaffung und Verwaltung des Wohnraumes. Im Sinne von Selbstbestimmung und der Übernahme von Eigenverantwortung der Klientinnen und Klienten ist die Anmietung der Wohnungen oder Wohngemeinschaften direkt vom Eigentümer der ideale Weg. Leider ist diese Möglichkeit in vielen Fällen versperrt und die Leistungserbringer sind in der Situation, Wohnungen anmieten und an die Betroffenen entsprechend untervermieten zu müssen.

Diese Konstellation birgt eine Menge Sprengstoff. Neben der Vermischung der Rollen Unterstützer und Vermieter geht es um die Fragen, wie sich Leistungserbringer gegen das Mietausfallrisiko infolge von Leerstand oder Mietschulden und gegen das Risiko von Schäden an Wohnungen und eventuell an Mobiliar absichern können. Hier muss an kreativen, eventuell auch politischen Lösungen noch gearbeitet werden. Ein Patentrezept gibt es für dieses Problem leider nicht.

## **Regionalisierung, Koordination und Vernetzung**

Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 (Deutscher Bundestag 1975) ist die Gemeindenähe als Gegenentwurf zur Unterbringung in wohnortfernen Kliniken und Anstalten ein anerkannter Qualitätsstandard bei der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Damit erlangten die Kommunen als regionaler Bezugsrahmen für psychosoziale Hilfsangebote eine besondere Bedeutung.

Die Landkreise und kreisfreien Städte begriffen dies als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens und richteten Sozialpsychiatrische Dienste in den Gesundheitsämtern ein. Diese fanden später ihre Rechtsgrundlage in den Psychiatriegesetzen der Länder. Des Weiteren überträgt zum Beispiel der Freistaat Thüringen im § 5 des Thüringer Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen den Kommunen auch die Verantwortung für die Planung und Koordination der psychosozialen Hilfen. Dafür sollen alle Landkreise und kreisfreien Städte einen »fachkompetenten Mitarbeiter ihres Bereiches zum Psychiatriekoordinator bestellen« (GVBl 2009, S. 11) und darauf hinwirken, »dass die Leistungserbringer und Leistungsträger im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes zusammenarbeiten und dabei insbesondere Absprachen über eine sachgerechte Erbringung der Hilfen treffen« (ebd., S. 11).

Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur Planung und Koordination psychosozialer Hilfen haben »die Kommunen auch und gerade in der Rolle als Leistungsträger ein vitales Interesse an der geordneten Koordination der teilweise hochspezialisierten Einzelangebote« (ARMBRUSTER u. a. 2006, S. 12). Vor allem bei der Versorgung schwer chronisch psychisch erkrankter Menschen tragen die Kommunen als Träger der Eingliederungshilfe den Löwenanteil der Kosten. Als probate Form zur Sicherung der Koordination und Vernetzung von Leistungen in einer Versorgungsregion haben sich Hilfeplankonferenzen und Gemeindepsychiatrische Verbände bewährt. Die Teilnehmenden der Hilfeplankonferenz geben ein Votum zum vorgestellten Hilfeplan ab, das die Entscheidung des Leistungsträgers unterstützen sollte. Zudem legen sie verbindlich eine koordinierende Bezugsperson fest, »die mit dem Klienten in kontinuierlichem Kontakt steht und als Ansprechpartner für den Klienten und sonstige beteiligte Therapeuten dient. [...] Sie sorgt für das Zustandekommen eines bedarfsgerechten Hilfeprogramms, wertet dieses im Verlauf mit dem Klienten und den beteiligten Diensten und Einrichtungen kontinuierlich aus, sorgt für Änderungen bei gewandeltem Hilfebedarf, stellt den notwendigen Informationsfluss und erforderliche Abstimmungen sicher und schafft Kontinuität im Hilfeprogramm, weil sie auch bei Einrichtungswechsel oder Unterbrechung der Hilfeleistungen trotz fortbestehendem Hilfebedarfs in der Funktion bleibt« (APK 2006, S. 44 f.).

Durch die regelmäßige öffentliche Besprechung der Hilfebedarfe im Einzelfall werden Versorgungslücken transparent. Diese werden besonders dann deutlich, wenn in der Hilfeplankonferenz festgestellt wird, dass der

individuelle Hilfebedarf eines Menschen innerhalb einer Versorgungsregion nicht befriedigt werden kann, da es kein adäquates Angebot vor Ort gibt. Diese Einzelfälle werden auf der Ebene einer Steuerungsrunde besprochen, und es wird versucht, flexible Lösungen auch einrichtungsübergreifend zu kreieren. Dies führt zu einer besseren Kooperation der unterschiedlichen Leistungserbringer.

## Schaffung eines Regelwerkes für Organisation und Finanzierung

Die personenzentrierte Leistungserbringung hat zur Folge, dass die bisher gewohnten Regeln zur Organisation und Finanzierung dem Leistungserbringer keine Antworten mehr auf die aktuellen Fragen liefern können. Der aufgebrochene institutionelle Rahmen muss deshalb durch intelligente, innovative Lösungen ersetzt werden. Mögliche neue Regeln für die ambulantisierete Organisation können sein:

- Alle Mitarbeitende, die Leistungen erbringen, arbeiten in der Organisationsform »Tandem«.
- Beide Mitarbeitende eines Tandems übernehmen gemeinsam Verantwortung für die primär ihrem Tandem zugeordneten Klientinnen und Klienten im Sinne einer koordinierenden Bezugsperson.
- Die Mitarbeitenden organisieren ihre Arbeitsabläufe eigenverantwortlich. Es gibt keine Dienstpläne. Unterstützung kann jederzeit von der Leitung eingefordert werden.
- Die Leistungen für Klienten werden in Alltags- und Prozessbegleitung geteilt und unterschiedlichen Tandems zugeordnet. Dies führt zur angestrebten Trennung von Hilfeplanung und -leistung.
- Für alle Mitarbeitenden besteht eine Holpflicht für Informationen. Dienstberatungen und Fallbesprechungen haben z. B. eine sehr hohe Verbindlichkeit.
- Die Mitarbeitenden können sich für das Modell der »Vertrauensarbeitszeit« entscheiden. Das bedeutet, dass die Arbeitszeit, mit Ausnahme der Arbeitszeit zu ungünstigen Zeiten wegen der Zuschläge, weder für die Leitung noch für den Kostenträger dokumentiert werden muss. Das dem Träger vom Sozialhilfeträger entgegengebrachte Vertrauen wird an die Mitarbeitenden weitergegeben.

- Alle Tandems erbringen auch Leistungen für Klientinnen und Klienten anderer Tandems. Diese werden als Sekundärleistungen bezeichnet.
- Um die Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden auch bereichsübergreifend herzustellen, gibt es eine wöchentliche Dienstberatung. Einmal monatlich findet ein Gespräch zwischen einem Tandem und der Leitung statt. Zusätzlich gibt es ein elektronisches Tagebuch, auf das jeder Mitarbeitende Zugriff hat. In diesem werden alle Informationen veröffentlicht.

Wichtige grundlegend neue Regelungen gibt es aber nicht nur für die Organisation, sondern auch für die Finanzierung. Hier zeigen sich gravierende Auswirkungen durch die veränderte Geldflusssteuerung. Da im bisherigen System immer Plätze finanziert werden, werden von den Leistungserbringern auch immer nur diese angeboten. Die Vergütung eines Platzes steht in keinem Zusammenhang mit der von den Klientinnen und Klienten benötigten Leistung. Jede Einrichtungsfinanzierung ist eine Durchschnittskalkulation. Dies führt dazu, dass Menschen mit besonders hohem Hilfebedarf oft gar nicht aufgenommen werden oder nach kurzer Zeit als Systemsprenger wegen Überforderung der Mitarbeitenden an eine andere oder spezialisierte, eventuell auch geschlossene Einrichtung »weitergereicht« werden. Dadurch entsteht ein sogenannter »Psychiatrietourismus«.

Die neue Finanzierungsform des Psychosozialen Zentrums ist prospektiv und zeitbasiert, d. h. es wird eine Leistung und kein Platz finanziert. Damit setzt das System auch finanzielle Anreize, psychisch erkrankte Menschen mit sehr hohem Hilfebedarf aufzunehmen und zu begleiten. Ralf Bremauer (siehe hierzu Artikel in diesem Band, ab S. 77) spricht vom Wechsel von einem zugangsgesteuerten zu einem verlaufsgesteuerten Finanzierungssystem. Über die Befristung der Kostenzusagen steht nur ein Entgelt für einen eingeschränkten Zeitraum, in der Regel zwölf Monate, zur Verfügung, das dann neu verhandelt werden muss. Grundlage der Entgeltverhandlung im Einzelfall ist aber nie die Art und Schwere der Behinderung, sondern immer der geschätzte Zeitbedarf für die Zielerreichung vor dem Hintergrund der Behinderung.

## Entwicklung geeigneter Verwaltungsstrukturen

Der in diesem Beitrag beschriebene Umstrukturierungsprozess erzwingt sowohl Veränderungen in der Verwaltung des Trägers als auch beim Leistungsträger. Auf Leistungsträger- wie auch Leistungserbringerseite muss ein Prozess in Gang gesetzt werden, der die Verwaltung an die neue Struktur anpasst. Diese Veränderungen sind auf beiden Seiten sehr ähnlich und könnten unter der Überschrift »Von der kontrollierenden zur steuernden Verwaltung« zusammengefasst werden.

Fachlich inhaltliche und finanzielle Aspekte sind bei dieser Leistungsform sehr eng miteinander verknüpft. Ein verrichtungsorientiertes Controlling, wie es häufig anzutreffen ist, liefert keine steuerungsrelevanten Informationen mehr. Fach- und Ressourcenverantwortung müssen in eine Hand gelegt werden. Da eine zeitbasierte Leistungsfinanzierung im Einzelfall auf Grundlage individueller Hilfepläne erfolgt, muss die Verwaltung in die Lage versetzt werden, individuelle Hilfeplanung zu verstehen.

## Erfassung der erzielten Wirkung und Systemsteuerung

Während im Bereich der Wirkungsforschung in der Jugendhilfe unter anderem durch das Bundesmodellprogramm »Wirkungsorientierte Jugendhilfe« zwischen 2006 und 2009 »zentrale Wirkfaktoren in ihrem systematischem Zusammenspiel entdeckt und zur Grundlage für neue Perspektiven eines sozialpädagogischen Selbstverständnisses gemacht werden [...]« (ALBUS u. a. 2010, S. 165) konnten, kommt das Thema Wirkungsmessung in der Eingliederungshilfe erst durch die Diskussion um die Einführung der Personenzentrierten Leistungen langsam ins Bewusstsein aller Beteiligten. Um diese Lücke zu schließen, startete die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege gemeinsam mit dem Institut »Personenzentrierte Hilfen« der Hochschule Fulda im Sommer 2011 das Projekt »Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe? Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Beurteilung der Teilhabe von Menschen

mit geistigen und/oder Mehrfachbehinderungen oder psychischer Erkrankung« (GROMANN, BRÜCKNER 2014).

Die Erfassung der erzielten Wirkung und Systemsteuerung muss auf drei Ebenen betrachtet werden:

- auf der Ebene des Einzelfalls;
- auf der Ebene der Nutzerinnen, Nutzer und Mitarbeitenden;
- auf der Ebene des Gesamtprojektes.

### **Evaluation auf Ebene des Einzelfalls**

Die Überprüfung der Zielerreichung erfolgt gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten auf Basis des Integrierten Teilhabepplans und ist Ausgangspunkt für den Beginn eines neuen gemeinsamen Hilfeplanzyklus. Anhand der zu Beginn des Planungszeitraumes vereinbarten Ziele und den entsprechenden Indikatoren wird der Grad der Zielerreichung eingeschätzt. Die Anzeiger beziehen sich dabei auf die Bereiche:

- übergreifende persönliche Ziele;
- Selbstversorgung und Wohnen;
- Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur;
- Freizeit, persönliche Interessen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Mithilfe dieser Rückmeldung kann ein Gespräch mit der betroffenen Person, dem Leistungsträger und -erbringer sowie anderen Beteiligten wie der Familie, der gesetzlichen Betreuerin oder dem gesetzlichen Betreuer begonnen werden, das gleichzeitig Auftakt für die Fortschreibung des Hilfeplanes ist. Damit wird das Instrument der Hilfeplanung auch Evaluationswerkzeug. Durch die Beteiligung mehrerer Personen in ihren unterschiedlichen Rollen (z. B. Klientin, Alltags- und Prozessbegleiter, behandelnder Arzt) kommt es zu einer Bewertung auf breiter Basis. Die Repräsentativität wird höher, je mehr Personen eingebunden werden können.

### **Evaluation auf Ebene der Nutzerinnen, Nutzer und Mitarbeitenden**

Die zweite Ebene der Evaluation ist die Ebene aller Nutzerinnen, Nutzer und Mitarbeitenden. Die Verpflichtung hierzu ergibt sich aus der Leistungs-, Entgelt- und Prüfvereinbarung. Ziel der Befragungen ist es,

Aussagen zur Ergebnisqualität der Arbeit des Leistungserbringers zu erhalten. Das zentrale Erkenntnisinteresse liegt dabei in der Frage: Welche Auswirkungen hat die Umstrukturierung der Leistungserbringung auf die Nutzerinnen, Nutzer und Mitarbeitenden?

Methodisch bot sich im Projekt das Instrument einer Parallelbefragung an. Es wurden zwei Bögen entwickelt, die einen identischen und damit vergleichbaren Teil an Fragen für die Betroffenen und die Mitarbeitenden enthielten. Weiterhin wurde die Befragung als Vollerhebung konzipiert. So fand eine Gesamterhebung aller Nutzer und Mitarbeitenden statt, um damit eine optimale Repräsentativität zu erreichen.

Die Befragungen erfolgten mithilfe eines standardisierten Fragebogens, der um einige offene Fragen am Ende ergänzt wurde. Der standardisierte Teil des Fragebogens erfasste jeweils die Passgenauigkeit der formulierten Frage auf die eigene Situation. Dafür nutzte er eine 5er-Antwortskalierung. Offene Fragen wurden hinzugenommen, um spezielle Sichtweisen zu erfahren (ALBERDING 2009). Erfasst wurden neben soziografischen Daten z. B. auch Antworten auf Fragen aus den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur oder Freizeit. Den Hintergrund bildete das Berliner Bedürfnis-Inventar von Stefan PRIEBE und Karin HOFFMANN (1995).

## Evaluation auf Ebene des Gesamtprojektes

Da bundesweit bisher nur wenige komplexe Ambulantisierungsprojekte durchgeführt wurden, lag die Entscheidung nahe, für die Evaluation auf Ebene des Gesamtprojektes eine Projektsteuergruppe einzurichten und sie in der Leistungs-, Entgelt- und Prüfvereinbarung zu verankern. In dieser Gruppe arbeiteten Vertreterinnen des örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgers und Vertreter des Leistungserbringers mit externer Beratung zusammen. Sie verständigten sich vierteljährlich zu den Ergebnissen, Problemen und Schwerpunkten des Projektes. Die gemeinsamen Treffen wurden auch nach Ende der Projektphase unter dem Namen Quartalsgespräche weitergeführt.

Über die gemeinsame Arbeit in der Projektsteuergruppe entwickelte sich allmählich eine Vertrauenskultur, die es allen Seiten ermöglichte, mit einem Höchstmaß an Transparenz und Offenheit zusammenzuarbeiten. Wegen mangelnder Vorbilder musste der gesamte Prozess gemeinsam erarbeitet werden. Keine Seite hatte einen Wissensvorsprung, sondern es wurde gemeinsam in vielen Treffen gelernt.

Diese neue Qualität des vertrauensvollen Umgangs von Leistungsträger und -erbringer ist das wichtigste Ergebnis des Umstrukturierungsprozesses. Die Auflösung des viele Jahre geltenden Feindbildes »Der natürliche Feind des Leistungserbringers ist der Leistungsträger« wird zum Schlüssel für die gemeinsame Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zum Nutzen der Klientinnen und Klienten.

## Literatur

- Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) (Hg.) (2005): Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) (Hg.) (2006): Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bericht zum Forschungsprojekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung«. Köln: Psychiatrie Verlag.
- ALBERDING, S. (2009): Personenzentrierung – Ambulantisierung – Flexibilisierung. Eine Klienten- und Mitarbeiterbefragung. Ergebnisse der Umgestaltung der Organisation und ihrer Leistungen zur Umsetzung personenzentrierter Hilfen beim TWSD in Thüringen e. V., Psychosoziales Zentrum in Erfurt. Unveröffentlichte Masterthesis.
- ALBUS, S.; GRESCHKE, H.; KLINGLER, B.; MESSMER, H.; MICHEEL, H.-G.; OTTO, H.-U.; POLUTTA, A. (2010): Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms »Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78 a ff. SGB VIII«. Münster: Waxmann.
- ARMBRUSTER, J.; SCHULTE-KEMNA, G.; WIDMAIER-BERTHOLD, C. (Hg.) (2006): Kommunale Steuerung und Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Köln: Psychiatrie Verlag.
- BOCK, T. (2008): Eigensinn und Psychose. »Noncompliance« als Chance. Neumünster: Die Brücke Neumünster.
- BREMAUER, R. (2008): Der Deinstitutionalisierungsprozess am Beispiel des Psychosozialen Zentrums in Erfurt. Unveröffentlichte Masterthesis.

- BRONNER, R.; SCHWAAB, C. (1999): Gestalt und Gestaltung organisationaler Veränderungsprozesse. In: BRONNER, R.; STAMINSKI, H. (Hg.): Evolution steuern – Revolution planen. Über die Beherrschbarkeit von Veränderungsprozessen. Fribourg: Innovatio, S. 13–42.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1999): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 1 Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich« der psychiatrischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos.
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> (28.07.2015).
- Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen (GVBl) (2009): Neubekanntmachung des Thüringer Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen. Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen 2009 (Nr. 1). [www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/th\\_ringer\\_gesetz\\_zur\\_hilfe\\_und\\_unterbringung\\_psychisch\\_kranker\\_menschen\\_vom\\_31.12.08.pdf](http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/th_ringer_gesetz_zur_hilfe_und_unterbringung_psychisch_kranker_menschen_vom_31.12.08.pdf) (20.08.2015).
- GRAUMANN, S. (2011): Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte. Frankfurt a. M.: Campus.
- GROMANN, P. (1997): Der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« als Arbeitsmethode und Instrument zur Qualitätssicherung. In: Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) (Hg.): Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Köln: Rheinland-Verlag GmbH, S. 38–44.
- GROMANN, P. (2012): Manual Integrierter Teilhabeplan Thüringen. Version 2. [www.personenzentrierte-hilfen.de/](http://www.personenzentrierte-hilfen.de/) (02.09.2015).
- GROMANN, P.; BRÜCKNER, A. (2014): Abschlussbericht zum Projekt »Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?« [www.bagfw.de/fileadmin/user\\_upload/Qualitaet/WmmT/Wissenschaftlicher\\_Abschlussbericht\\_IPH.pdf](http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/WmmT/Wissenschaftlicher_Abschlussbericht_IPH.pdf) (28.07.2015).
- HÄHLEN, N. (2008): Wirkungsorientiertes Konzept zur Bedarfserhebung und -verrechnung. Präsentation Diartis AG am 23.04.2008 in Freiburg.

- HAUSER, M. (1999): Organisationaler Wandel – eine organisationspsychologische Betrachtung. In: BRONNER, R.; STAMINSKI, H. (Hg.): Evolution steuern – Revolution planen. Über die Beherrschbarkeit von Veränderungsprozessen. Fribourg: Innovatio, S. 63–82.
- KLEINE SCHAARS, W. (2006): Durch Gleichberechtigung zur Selbstbestimmung. Menschen mit geistiger Behinderung im Alltag unterstützen. Weinheim: Beltz Juventa.
- PRIEBE, S.; HOFFMANN, K. (1995): Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? – Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von »Needs«. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 64 (12), S. 473–481.
- RUDER, F. (2008): Psychisch kranke Mieter. Aufgabe, Risiken, Chancen und Potenzial für die kommunale Wohnungswirtschaft. Unveröffentlichte Abschlussarbeit, vorgelegt am 25.01.2008 an der Fachhochschule Erfurt im Studienkurs »Immobilienbetriebswirt (FH)«.
- SCHRADER, O. (2009): Drowning by Targets. Über den Sinn und Unsinn von Zielen. [www.personalmanagement.info/hr-know-how/fachartikel/detail/drowning-by-targets-ueber-den-sinn-und-unsinn-von-zielen/](http://www.personalmanagement.info/hr-know-how/fachartikel/detail/drowning-by-targets-ueber-den-sinn-und-unsinn-von-zielen/) (20.08.2015).
- Springer Gabler Verlag (Hg.) (o.J.): Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Management by Objectives. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/management-by-objectives.html> (28.07.2015).
- Springer Gabler Verlag (Hg.) (o.J.): Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Unternehmenskultur. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55073/unternehmenskultur-v5.html> (28.07.2015).
- WUNDERLICH, T. (2006): Weiterentwicklung des Leistungskatalogs und der Leistungsstrukturen in der Pflegeversicherung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.): Deutscher Fürsorgetag. [http://dft.deutscher-verein.de/download/DFT\\_2006\\_Doku20070123.pdf](http://dft.deutscher-verein.de/download/DFT_2006_Doku20070123.pdf) (28.07.2015), S. 86–87.

*Dirk Bennewitz, Diplom-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter (FH) und M. A. Sozialmanagement, war von 1996 bis 2015 in verschiedenen Funktionen tätig, zuletzt als Bereichsleiter Gesundheit und Teilhabe bei der Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen GmbH. 2015 gründete er »bennewitz.beratung« in Erfurt und berät Selbsthilfeverbände und Träger bei der Implementation personenzentrierter Strukturen.  
Kontaktadresse: [post@bennewitz-beratung.de](mailto:post@bennewitz-beratung.de).*

# **TEIL III**

## **DISKURSE ZUM TEILHABEBEGRIFF**

# Zur Bedeutung von »Teilhabe« im sozialpsychiatrischen Kontext

*Henning Daßler*

Der Leitbegriff der selbstbestimmten Teilhabe wurde 2001 im SGB IX eingeführt. Dieser Schritt markiert einen Wandel in der Semantik des Behinderungsbegriffs – er löst sich von einer individuumszentrierten, medizinisch-diagnostischen Sichtweise und sieht »Behinderung« immer mehr auch als Folge und Ausdruck einer Person-Umwelt-Relation. Dies schlägt sich im SGB IX in der Verwendung des Begriffspaars Teilhabe und Rehabilitation nieder, in dem ein verändertes, biopsychosoziales Krankheitsbild seinen Ausdruck findet.

Bleibt das SGB IX im Kern noch einem Modell verhaftet, das Behinderung vorrangig als Krankheitsfolge begreift, so etabliert etwa zeitgleich die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation ein Verständnis, das das Wechselspiel zwischen Störung, Person und ihrer individuellen Lebenslage in den Blick nimmt. Damit wird es möglich, Behinderung in ihrer jeweiligen Ausprägung als Folge von Umweltbarrieren diagnostisch zu beschreiben (BAR 2004).

Mit dem 2008 in Kraft getretenen Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) wird das Recht behinderter Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe an der Gemeinschaft (Inklusion) verankert. Dieses Recht leitet sich unmittelbar aus dem zentralen Menschenrecht auf Wahrung der Menschenwürde ab. Es findet Konkretisierung im Anspruch auf Aspekte wie unabhängige Lebensführung, Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19), Anspruch auf Arbeit und Beschäftigung (Art. 27), einen angemessenen Lebensstandard und sozialen Schutz (Art. 28) sowie auf Teilhabe am kulturellen Leben (Art. 30).

Neu ist hier die Verlagerung des Hauptaugenmerkes vom zu rehabilitierenden Menschen mit Behinderungen hin zu den gesellschaftlichen Rahmen- und Lebensbedingungen. Von diesen wird gefordert, einen Ausschluss von Menschen mit Behinderungen nicht nur zu kompensieren,

sondern von vornherein zu vermeiden. Daraus resultiert für die sich verpflichtenden Staaten der verbindliche Auftrag, Teilhabebarrrieren zu identifizieren und konsequent abzubauen.

Wie ein inklusiver Teilhabebegriff auf Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen zu beziehen ist, dazu gibt es durchaus noch Klärungsbedarf. Im Mainstream der Inklusionsdebatte spielt dieser Personenkreis eher eine untergeordnete Rolle. Umso wichtiger ist es, auf die herausfordernden Fragen hinzuweisen, die sich gerade für die Sozialpsychiatrie aus dem Teilhabanspruch ergeben, und sie mit aktuellen Konzepten und Entwicklungen zu verknüpfen.

Der Begriff der Teilhabe wird wie der der Inklusion auch außerhalb der Behindertenhilfe herangezogen, um Prozesse sozialer Ausgrenzung zu kennzeichnen. Thematisiert wird Teilhabe hier insbesondere in Bezug auf Phänomene wie Armut, Migration und Bildung (BARTELHEIMER, KÄDTLER 2012). Teilhabe ist dabei zu einem der Leitbegriffe der Sozialberichterstattung avanciert. Bei der Analyse von Teilhabeprozessen werden folgende Merkmale herausgestellt (BARTELHEIMER 2004):

- die historische Relativität normativer Beurteilungsmaßstäbe;
- die Mehrdimensionalität von Teilhabeprozessen und Formen sozialer Zugehörigkeit, die sich in der Lebenslage der Betroffenen abbildet;
- die Abstufung von Ausgrenzungsprozessen;
- der Verlaufscharakter von Teilhabe und Ausgrenzung, der sich in der Biografie von Betroffenen aufzeigen lässt;
- die Notwendigkeit der Einbeziehung subjektiver Erlebnis- und Verarbeitungsprozesse, ohne die eine Beurteilung der konkreten Teilhabesituation nicht möglich ist.

Diese allgemeinen Merkmale kennzeichnen ebenso die Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

## Der Teilhabebericht der Bundesregierung

Der neu konzipierte Teilhabebericht der Bundesregierung greift den Lebenslagenansatz auf (BMAS 2013). Dabei wird mit dem Begriff »Lebenslage« die »Gesamtheit der Ressourcen und Beschränkungen bezeichnet, die eine Person bei der Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen beeinflussen« (ebd., S. 17). Aspekte der Lebenslage sind z. B. die

wirtschaftliche Lage, Bildung oder die soziale Einbindung der Person. Der Teilhabebericht behandelt eine Reihe von Lebenslagedimensionen, die im Bericht als »Teilhabefelder« bezeichnet werden: Familie und soziales Netz, Bildung und Ausbildung, Erwerbsarbeit und Einkommen, alltägliche Lebensführung (darunter Themen wie Wohnen, öffentlicher Raum, Mobilität, ambulante Dienstleistungen, persönliche Assistenz), Freizeit, Kultur und Sport, Politik und Öffentlichkeit, Gesundheit, Sicherheit sowie Schutz vor Gewalt.

In einem Schwerpunktthema geht der Teilhabebericht auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein. Zunächst wird der starke Anstieg psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten herausgestellt. Dieser spiegelt sich in allen relevanten sozialstatistischen Daten wider. So verzeichnet die Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamtes von 2005 bis 2011 eine Zunahme von schwerbehinderten Personen mit einer psychischen Erkrankung von 42 Prozent, was etwa 500.000 Menschen entspricht. Dieser Anstieg wird am stärksten durch Erkrankungen im Bereich Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen verursacht (84 Prozent), während körperlich nicht begründbare Psychosen mit 17 Prozent und Suchterkrankungen mit 26 Prozent zu Buche schlagen (ebd., S. 382).

Die Zahl der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen hat sich von 2000 bis 2010 fast verdoppelt. Ebenso ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aus dem gleichen Grund in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen. Der Anteil psychischer Krankheitsgründe an allen Krankschreibungen hat sich in den letzten dreißig Jahren verdreifacht (ebd., S. 382). Größtenteils ist dieser Zuwachs auf depressive Erkrankungen zurückzuführen. Als besondere Risikogruppen identifiziert der Teilhabebericht Kinder psychisch erkrankter Eltern sowie Migrantinnen und Migranten, die jeweils eine erhöhte Prävalenz für psychische Störungen haben. Zu dieser Gruppe gehören auch ältere Menschen, bei denen das Risiko für gerontopsychiatrische Erkrankungen steigt.

Bei der Bestimmung von Exklusionsrisiken und Problemen bei selbstbestimmter Teilhabe im Spiegel der UN-Behindertenrechtskonvention nennt der Teilhabebericht eine Reihe kritischer Punkte:

- die Einschränkung der Selbstbestimmung durch psychiatrische Zwangsmaßnahmen;
- den für eine Teilgruppe psychisch erkrankter Menschen nach wie vor bestehenden Wahlrechtsausschluss;

- die Stigmatisierung der Betroffenen durch Umwelt und Medien;
- den Mangel an flexiblen und wohnortnahen Unterstützungsangeboten;
- ein Abdrängen psychisch erkrankter Menschen in die Toleranznischen gemeindepsychiatrischer Angebote;
- Probleme bei der Beschaffung von bezahlbarem Wohnraum;
- mangelnden Zugang zu Gesundheits- und Unterstützungsangeboten;
- die fehlende niedrigschwellige Ausgestaltung der Hilfeangebote;
- fehlende Kultursensibilität, um den Zugang psychisch erkrankter Migrantinnen und Migranten zu Hilfen zu erleichtern;
- fehlende bedarfsgerechte Angebote zur Erwerbstätigkeit;
- die Gefahr für Armut und materielle Deprivation;
- die Gefahr der Exklusion aus Familien und sozialen Netzwerken.

Für die Teilhabefelder »Erwerbsarbeit und Einkommen« sowie »Familie und soziales Netz« fasst der Teilhabebericht die Ergebnisse von Schwerpunktstudien zusammen. Demnach gehen ca. 50 Prozent der chronisch psychisch beeinträchtigten Menschen gar keiner Arbeit oder Beschäftigung nach, ca. 20 Prozent arbeiten in Werkstätten für behinderte Menschen, 15 Prozent besuchen eine Tagesstätte und 5 Prozent nehmen an beruflichen Trainings oder Rehabilitationsmaßnahmen teil. Nach Daten der Deutschen Rentenversicherung (2014) liegt das Durchschnittsalter der Erwerbsunfähigkeit bei psychisch erkrankten Menschen vier Jahre unter dem somatisch Erkrankter, wobei die Betroffenen im Vergleich vor der Erwerbsunfähigkeit durchschnittlich 33 Monate weniger sozialversicherungspflichtig gearbeitet und im Durchschnitt 4.000 Euro im Jahr weniger verdient haben.

Bei der Betrachtung der sozialen Lebenssituation zeigt sich, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kleinere soziale Netze haben, höhere Scheidungsraten aufweisen und häufiger unverheiratet sind, als es dem Durchschnitt entspricht. Das gilt vor allem für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit oder einer schizophrenen Erkrankung. Diese sind damit besonders durch soziale Isolation bedroht (BMAS 2013, S. 389).

Im Folgenden werden einige Aspekte der Teilhabe von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen angesprochen, die von besonderer Bedeutung sind. Dabei kann in diesem Zusammenhang keine erschöpfende Betrachtung erfolgen. Ziel ist es an dieser Stelle vor allem, einige spezifische

Merkmale herauszustellen und auf Arbeitsansätze und Konzepte einzugehen, die für die Sozialpsychiatrie wichtig sind.

## **Integrierte Betrachtung von medizinisch-psychiatrischer Behandlung und Teilhabe**

Für die Sozialpsychiatrie ist ein enger Bezug zwischen Behandlung oder Therapie, Rehabilitation und Teilhabe kennzeichnend – mithin also Bereiche, die formal unterschiedlichen Leistungsgesetzen zugeordnet sind. Gleichwohl sind sie in der Biografie und Lebenswelt von Betroffenen eng aufeinander bezogen. Die lange Dauer vieler psychischer Störungen führt in Verbindung mit Teilhabebeeinträchtigungen relativ leicht dazu, dass die Kriterien des § 2 SGB IX erfüllt werden und eine Behinderung festgestellt werden kann.

Dennoch bleibt das Krankheitsgeschehen vergleichsweise dynamisch. Auch bei chronischen Verläufen ist eine kontinuierliche situations- und bedürfnisangepasste Behandlung notwendig. Hilfen zur Teilhabe sind daher nur schwer vom Behandlungsverlauf getrennt zu betrachten – eine integrierte Planung und Erbringung sind erforderlich. Die Qualität der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung und Versorgung stellt dabei eine der wesentlichen Grundlagen dar, um Teilhabeprozesse zu ermöglichen. Sie kann aber im negativen Fall Teilhabe auch maßgeblich behindern.

Dies ist vor allem angesichts des Umstandes zu betonen, dass die seit Jahrzehnten geforderte Gleichbehandlung psychisch und somatisch erkrankter Menschen nach wie vor nicht vollständig erfüllt ist. Dringend benötigte Leistungen des SGB V wie Ambulante Psychiatrische Pflege und ambulante Soziotherapie sind nach wie vor in vielen Regionen nicht verankert. Kompensatorisch übernehmen häufig Leistungen der Eingliederungshilfe diese Funktion. Betroffene werden somit in sozialhilfefinanzierte Leistungsbereiche abgeschoben (HEINZ 2013). Dies ist auch nach der UN-Behindertenrechtskonvention ein Kritikpunkt, die in Art. 25 von den Mitgliedsstaaten eine gemeindenahе, bedarfsgerechte medizinische Versorgung fordert.

Dass eine Integration von Behandlung und Teilhabeleistungen nötig ist, lässt sich bereits an der Frage des Ortes der Behandlung festmachen.

Historisch machte sich der gemeindepsychiatrische Aufbruch an dem Wunsch fest, das System der heimatfernen Anstaltsbehandlung zu überwinden. Heute sehen wir in den Ansätzen der Integrierten Versorgung nach § 140 a–d SGB V, wie unter geänderten Rahmenbedingungen eine bedarfsgerechte Behandlung der Betroffenen in ihrem Lebensumfeld aussehen kann (FAULBAUM-DECKE, ZECHERT 2010). Doch nach wie vor bestimmen Schwierigkeiten einer sektorenübergreifenden Behandlung sowie eine schwierige ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung an vielen Orten das Bild.

Der enge Bezug zwischen Krankheitsdynamik, Gesundung und Teilhabe zeigt sich auch markant im Recoveryansatz (AMERING, SCHMOLKE 2007), dessen besonderes Anliegen es ist, eine pessimistische Sichtweise auf chronische Krankheitsprozesse zu überwinden und ein differenziertes Verständnis von »Genesung« zu entwickeln, das in einem engen Zusammenhang mit Selbstbestimmung, sozialen Netzwerken und Teilhabe steht. Soziale Teilhabe und Selbstbestimmung sowie die Entdeckung und Verwirklichung eines individuellen Lebenssinns gehen nach dieser Vorstellung mit einem Prozess der Genesung und Gesundung einher. Teilhabe und Genesung können hier nur in einem Zusammenhang gedacht werden.

## Wohnen

Laut UN-Behindertenrechtskonvention haben Menschen mit Beeinträchtigungen das Recht, selbst zu entscheiden, wie, wo und mit wem sie wohnen möchten. Eine Verpflichtung zum Leben in besonderen Wohnformen wird ausgeschlossen (Art. 19). Die Konsequenz daraus sollte klar sein: Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen können nicht gezwungen werden, in Heimen oder vergleichbaren stationären Einrichtungen zu wohnen. Faktisch steht diesem Wahlrecht jedoch immer noch der Umstand entgegen, dass ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 13 SGB XII in ihrer Höhe auf dem Niveau stationärer Hilfen gedeckelt sind. Dieser sogenannte »Mehrkostenvorbehalt« verhinderte in der Vergangenheit, dass sich Betroffene mit hohem Hilfebedarf für ein Leben in der eigenen Wohnung entscheiden konnten. Mit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention kann davon ausgegangen werden,

dass ein Verweis auf stationäre Einrichtungen Betroffenen gegen ihren Willen nicht mehr zugemutet werden kann.

Mittlerweile werden Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen am ehesten ambulant in der eigenen Wohnung betreut. Das besagen zumindest die Kennzahlenvergleiche der deutschen Sozialhilfeträger. Danach ist die sogenannte »Ambulantisierungsquote«, d. h. der Anteil der Menschen mit einer anerkannten seelischen Behinderung in ambulanter Betreuung, von 48,9 Prozent in 2005 kontinuierlich auf 67,8 Prozent in 2012 gestiegen. Das ging mit einem starken Anstieg der absoluten Fallzahlen einher (BAGüS 2013).

Eine besondere Problematik hat sich in den letzten Jahren aus dem Umstand entwickelt, dass die Wohnungsmärkte vieler deutscher Großstädte in ihrer Kapazität erschöpft sind. Gerade im Bereich der Singlehaushalte konkurrieren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in einem Marktsegment mit Studienanfängerinnen und Senioren um preisgünstigen Wohnraum. In Verbindung mit sozialen Vorbehalten gegenüber diesem Personenkreis führt dies zu Ausgrenzungstendenzen aus dem Wohnungsmarkt. Sie können teilhabebehindernd sein, wenn darauf keine sozialpolitischen Antworten gefunden werden.

## Arbeit

Wie der Teilhabebericht der Bundesregierung zeigt, gehen die meisten Menschen mit einer chronischen seelischen Beeinträchtigung gar keiner Tätigkeit nach. Dieser Umstand kann schon allein deswegen nicht zufriedenstellen, weil damit auch die wichtigen psychosozialen Funktionen von regelmäßiger Arbeit und Beschäftigung für diese Betroffenen nicht erfüllt werden. Die Elemente der Sinnstiftung und der sozialen Zugehörigkeit bleiben den Betroffenen verwehrt, ebenso die Chance der seelischen Stabilisierung und der Erfahrung persönlicher Leistungsfähigkeit.

Die größte Bedeutung für die Teilhabe an Arbeit hat für Menschen mit chronischen seelischen Beeinträchtigungen die Werkstatt für behinderte Menschen erlangt. Die Statistik der überörtlichen Sozialhilfeträger weist für 15 Sozialhilfeträger von 2008 bis 2012 einen Anstieg von seelisch behinderten Beschäftigten im Arbeitsbereich von 25 Prozent aus. Damit hat die Werkstatt eine große Bedeutung für eine Zielgruppe bekommen,

für die sie ursprünglich nicht konzipiert wurde. Zugleich bleibt die Vermittlung aus dieser in den ersten Arbeitsmarkt gering. Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert einen offenen, inklusiven und zugänglichen Arbeitsmarkt für Menschen mit Beeinträchtigungen. Betroffene sollen dort die Möglichkeit haben, durch Arbeit ihren Lebensunterhalt zu verdienen (Art. 27). Dieser Widerspruch zu der bestehenden Situation in Deutschland wirft die Frage auf, wie Chancen auf eine Teilhabe an Arbeit verbessert werden können. Dabei werden verschiedene Alternativen zum herkömmlichen Werkstattmodell diskutiert:

- eine stärkere organisatorische Anbindung von Werkstattplätzen an den ersten Arbeitsmarkt über ausgelagerte Beschäftigung;
- eine »Virtualisierung« des herkömmlichen Werkstattmodells, die ausschließlich auf Arbeitsangebote auf dem ersten Arbeitsmarkt setzt, wie sie durch die »Virtuelle Werkstatt Saarbrücken« oder die Bamberger Lebenshilfe praktiziert werden;
- Konzepte eines »Supported Employment«, die über individuelles Jobcoaching den Brückenschlag in den allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen (BASENER 2013).

Für die Verbesserung von Teilhabechancen ist es eine Schlüsselfrage, wie weit es gelingt, die Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aus dem Arbeitsmarkt abzubauen. Die Möglichkeit der alltäglichen Begegnung der »Normalarbeitnehmer« mit diesem Personenkreis würde wesentlich dazu beitragen können, Vorbehalte und Unkenntnis gegenüber psychisch erkrankten Menschen entgegenzuwirken.

## Stigma als Barriere

Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kann auch nach langjährigen Anstrengungen um Aufklärung nicht als überwunden betrachtet werden (FINZEN 2013). Sie stellt eine der stärksten Inklusionsbarrieren dar. Die Erfahrung, auf Unverständnis zu stoßen und von der sozialen Umwelt nicht akzeptiert zu werden, verstärkt ohnehin schon vorhandene soziale Ängste und Rückzugstendenzen von Betroffenen, die negative Zuschreibungen auch in Prozessen der Selbststigmatisierung auf die eigene Person beziehen. Die frühe und nachhaltige Exklusion aus dem Arbeitsmarkt führt für viele Betroffenen zu einem

Leben in relativer Armut, die zusätzlich zur psychischen Erkrankung stigmatisierend wirkt.

Dass nach wie vor auch rechtliche Diskriminierungen bestehen, zeigt der Wahlrechtsausschluss für Menschen in forensischer Unterbringung und für Menschen, bei denen für alle Angelegenheiten eine gesetzliche Betreuung angeordnet wurde (Widerspruch zu Art. 29 der UN-Behindertenrechtskonvention). Dies kann als ein Ausdruck rechtlicher Stigmatisierung gewertet werden.

Stigmatisierung ist einer der Gründe, warum sich der Aufbau von Teilhabeprozessen häufig in der Nutzung sozialpsychiatrischer Angebote erschöpft. Die Betroffenen richten sich in gemeindepsychiatrischen Nischen ein und haben zu Personen außerhalb dieser »Psychiatriegemeinde« kaum Kontakt (EIKELMANN u. a. 2005). Sie erweist sich als weitgehend resistent gegenüber Versuchen einer Aufklärung auf der Ebene schlichter Wissensvermittlung.

Speziell gegenüber Menschen mit schizophrenen Erkrankungen scheinen Vorbehalte in jüngerer Zeit eher zugenommen zu haben. Dabei scheinen auch die in Antistigmakampagnen transportierten Menschenbilder und Krankheitsmodelle von Einfluss zu sein. So postulieren Matthias C. ANGERMEYER und Kollegen (2013) einen negativen Effekt biogenetischer Erklärungsmuster auf die Akzeptanz von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. Diese Erklärungsansätze waren jedoch Inhalt großer Aufklärungskampagnen in den vergangenen Jahren. Offensichtlich konnten Furcht und Verunsicherung gegenüber den Betroffenen auf diesem Wege nicht vermindert werden. Die Empathie mit den Erkrankten scheint im Zuge dieser Programme eher abgenommen zu haben.

Erfolgversprechender scheint es zu sein, wenn Betroffene in Antistigmaveranstaltungen ihre Positionen und Erfahrungen darstellen (SIELAFF 2010). Nur ihnen selbst ist es möglich, die Muster stereotyper Negativzuschreibungen zu durchbrechen und sich als diskurs- und handlungsfähige Mitmenschen zur Geltung zu bringen. Dies hat sich unter anderem in Antistigmatisierungsprojekten in Leipzig und Hamburg gezeigt, wo seit Jahren psychiatrie-erfahrene Menschen sehr erfolgreich in Schulen Aufklärungsarbeit leisten. Entscheidender Faktor ist hier die persönliche Begegnung zwischen Schülerinnen, Schülern und Betroffenen. Der direkte Kontakt kann die soziale Distanz verringern, statt sie über den Weg einer rein expertenorientierten Wissensvermittlung aufzubauen (BOCK, NABER 2003).

## Dialog und die Geltung der subjektiven Sichtweise der Betroffenen

Als ein wichtiger Kristallisationskern partizipativer Teilhabeprozesse kann die Dialogbewegung angesehen werden. »Dialog« bezeichnet einen gleichberechtigten, »herrschaftsfreien« Diskurs zwischen Betroffenen, professionell Tätigen und Angehörigen über Aspekte von Psychiatrie und Erkrankung.

Als »klassische« Organisationsform gilt das Psychoseseminar, das Ende der 1980er-Jahre von dem Hamburger Psychologen Thomas Bock und der Psychiatrie-Erfahrenen Dorothea Buck entwickelt wurde. Das Gespräch findet in einer handlungsentlasteten Situation statt. Dies ermöglicht den Beteiligten, dort wieder in Beziehung zu treten, wo der Versuch in der Situation alltäglicher Betroffenheit oft gescheitert ist. Damit weitet sich für alle Beteiligten der Horizont für die Perspektiven der anderen. Die »Sprachlosigkeit innerhalb der Psychiatrie« wird aufgebrochen. Die Verankerung dialogischer Elemente in Strukturen wie gemeindepsychiatrischen Verbänden trägt maßgeblich dazu bei, Angehörigen und Betroffenen eine Stimme zu verschaffen und ihre Perspektiven zu verdeutlichen. Damit gelingt zwar noch nicht die Inklusion in die Gesamtgesellschaft, aber immerhin die Verständigung in einem gesellschaftlichen Teilbereich, der die Lebenswelt vieler Betroffener maßgeblich mit prägt.

Ob erreicht wird, dass Menschen mit und ohne psychische Erkrankung ganz selbstverständlich zusammenleben, lernen, wohnen und arbeiten, macht sich insbesondere an der Frage fest, inwieweit es möglich ist, eine Toleranz gegenüber der subjektiven Weltsicht und Wahrnehmung der Betroffenen zu befördern. Exklusion ist immer auch Ergebnis eines Scheiterns von Kommunikation, und sie vollzieht sich im sozialen Nahraum: unter Kolleginnen, Freunden und innerhalb der eigenen Familie. Dialogische Prozesse sind ein wichtiges Mittel zur Wiederherstellung und Stabilisierung dieser Strukturen. Sie zeigen im Ansatz, wie Verständigung funktioniert.

Ein Hamburger Forschungsprojekt über den subjektiven Sinn von Psychosen möchte mehr Verständnis für die subjektive Sicht- und Erlebnisweisen von psychose-erfahrenen Menschen wecken. Es konnte gezeigt werden, dass ein wesentlicher Teil der Betroffenen das psychotische Erleben durchaus auch mit positiven Sinnerfahrungen belegt und aus

ihm zumindest zum Teil konstruktive Lebensentscheidungen ableitet (BOCK u. a. 2010).

Über die Entwicklung und Verankerung dialogischer Strukturen lassen sich wesentliche Teilhabeprozesse vermitteln, da Betroffene wie Angehörige hier die Möglichkeit haben, sich als Expertinnen und Experten in eigener Sache einzubringen. Hilfestrukturen in der Sozialpsychiatrie sollten daher konsequent dialogisch weiterentwickelt werden, ebenso die für dieses Berufsfeld qualifizierenden Ausbildungsgänge.

Ein wichtiger Schritt in diese Richtung stellt die Etablierung von Ansätzen eines Peercounselling dar, die im Deutschland durch das Programm »EX-IN« Bekanntheit erlangt haben. »EX-IN« (Experienced Involvement) wurde im Rahmen des Leonardo-da-Vinci-Programms der EU in Bremen und Hamburg entwickelt und qualifiziert Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung für die Arbeit als Peerberater und Genesungsbegleiter in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten (UTSCHAKOWSKI u. a. 2009). Inzwischen werden an mehreren Orten in Deutschland Ausbildungen angeboten. Auch ist eine große Zahl von Genesungsbegleitern bereits in der Praxis tätig. Internationale Studien belegen positive Auswirkungen auf die Akzeptanz und Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste (DAVIDSON u. a. 2006).

Es ist zu wünschen, dass es gelingt, für die Absolventinnen und Absolventen tragfähige Anstellungsverhältnisse zu finden und die Sichtweise der Betroffenen damit fest in den sozialpsychiatrischen Angebotsstrukturen zu verankern.

## Neuausrichtung des Hilfesystems und Entwicklung eines inklusiven Sozialraums

In seiner Kritik an einer einseitig auf professionelle Hilfen ausgerichteten Gemeindepyschiarie hat Klaus DÖRNER (2012) die These von der Notwendigkeit eines »Dritten Sozialraums« formuliert, der zwischen Privatheit und Öffentlichkeit angesiedelt ist. Dieser soziale Nahraum bietet aus seiner Sicht am ehesten das Potenzial für die Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements und die Initiierung von Teilhabeprozessen, da hier die Möglichkeit von Identifikation und alltäglicher Begegnung gegeben ist. Eine Einbeziehung von Menschen mit Beeinträchtigungen

in ehrenamtliche Aktivitäten hat gegenüber klassischen professionellen Teilhabeangeboten den Vorteil, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner eines Quartiers als Bürgerinnen und Bürger begegnen und der Kontakt zu Menschen mit Beeinträchtigungen nicht zum Monopol professionell Helfender wird. Dörners Vision ist die eines neuen »Bürger-Profi-Mix«, in dem sich professionelle Mitarbeitende auf eine koordinierende und planende Funktion zurückziehen und alltägliche und gemeinschaftliche Aktivitäten stärker von Ehrenamtlichen getragen werden.

Ingmar STEINHART (2008) plädiert in diesem Zusammenhang für eine Stärkung der Zivilgesellschaft über ein Empowerment des Gemeinwesens. Ein Teil der Finanzierung der Behindertenhilfe sollte aus seiner Sicht für eine Organisation inklusiver Gemeinwesenstrukturen (Community Organizing) reserviert werden. Dabei verweist er auf die Möglichkeit der Organisation von »Teilhabe«-Prozessen, in denen Menschen mit Beeinträchtigungen ihrerseits für andere ehrenamtlich tätig werden. Betroffene verlassen damit die Rolle passiver Empfänger von Unterstützungsleistungen und gewinnen ein neues Selbstwertgefühl. Dieser Gedanke greift das fundamentale Bedürfnis von Menschen auf, eine Funktion für andere zu haben.

Ob sich diese Konzepte einer Zivilgesellschaft für einen Paradigmenwechsel in der Gemeindespsychiatrie als tragfähig erweisen, wird sich zeigen müssen. In einer durch Prozesse der Ausgrenzung und des Ausschlusses geprägten Gesellschaft soziale Orte zu schaffen, an denen voraussetzungslose Begegnung und Gemeinschaft gelebt wird, ist ein anspruchsvolles Ziel. Dies gilt umso mehr, als sich der Anspruch auf Einbeziehung aller in Quartiers- und Gemeinwesenprojekten nicht auf Menschen mit Beeinträchtigungen beschränkt, sondern oft auch andere Zielgruppen (Seniorinnen, Migrantinnen, Armutsbevölkerung) berücksichtigt. Trotzdem ist die sozialräumliche Perspektive für eine Weiterentwicklung von Teilhabemöglichkeiten und die Schaffung inklusiver Lebenswelten ein sinnvoller und Erfolg versprechender Ansatz, da er im Kern auf das zielt, worum es bei dem Inklusionsgedanken geht: das alltägliche Miteinanderleben von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen.

## Literatur

- AMERING, M.; SCHMOLKE, M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Köln: Psychiatrie Verlag.
- ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H.; SCHOMERUS, G. (2013): Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. In: *The British Journal of Psychiatry* 203 (2), 146–151.
- BARTELHEIMER, P. (2004): Teilhabe, Gefährdung und Ausgrenzung als Leitbegriffe der Sozialberichterstattung. In: *SOFI-Mitteilungen*, (32), S. 47–61.
- BARTELHEIMER, P.; KÄDTLER, J. (2012): Produktion und Teilhabe – Konzepte und Profil sozioökonomischer Berichterstattung. In: *Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung* (Hg.): *Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht*. Wiesbaden: Springer VS, S. 41–85.
- BASENER, D. (2013): Beispiele inklusiver Arbeit und Beschäftigung. In: *Aktion Psychisch Kranke* (Hg.): *Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe*. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 278–280.
- BOCK, T.; BRYNSKI, T.; KLAPHECK, K.; BENING, U.; LENZ, A.; NABER, D. (2010): Zum subjektiven Sinn von Psychosen. In: *Psychiatrische Praxis*, 37 (6), S. 285–291.
- BOCK, T.; NABER, D. (2003): Antistigmakampagne von unten – an Schulen. Erfahrungen der Initiative »Irre menschlich Hamburg«. In: *Psychiatrische Praxis*, 30 (7), S. 402–408.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (Hg.) (2013): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2012. [www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenvergleich2012.pdf](http://www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenvergleich2012.pdf) (20.08.2015).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (Hg.) (2004): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen. [www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame\\_Empfehlung\\_Begutachtung.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Begutachtung.pdf) (20.08.2015).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen

- mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. [www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf;jsessionid=1AE6FC1B32A5611AACBCD4817D586A16?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2013-07-31-teilhabebericht.pdf;jsessionid=1AE6FC1B32A5611AACBCD4817D586A16?__blob=publicationFile) (20.08.2015).
- DAVIDSON, L.; CHINMAN, M.; KLOOS, B.; WEINGARTEN, R.; STAYNER, D.; TEBES, J. K. (2006): Peer support among individuals with severe mental illnesses: a review of the evidence. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (2), S. 165–187.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. [www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap\\_psych\\_Erkrankung.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf) (31.08.2015).
- DÖRNER, K. (2012): *Leben und sterben, wo ich hingehöre*. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Die Brücke Neumünster.
- EIKELMANN, B.; ZACHARIAS-EIKELMANN, B.; RICHTER, D.; REKER, T. (2005): Integration psychisch Kranker: Ziel ist Teilnahme am »wirklichen« Leben. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (16), 1104–1110.
- FAULBAUM-DECKE, W.; ZECHERT, C. (Hg.) (2010): *Ambulant statt stationär*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- FINZEN, A. (2013): *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- HEINZ, A. (2013): Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation – gleichberechtigt mittendrin. In: *Aktion Psychisch Kranke* (Hg.): *Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe*. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 36–43.
- SIELAFF, G. (2010): Durch Begegnung Vorurteile überwinden. In: *Die Kerbe*, 28 (4), S. 28–29.
- STEINHART, I. (2008): Praxis trifft Inklusion. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 40 (1), S. 29–34.
- UTSCHAKOWSKI, J.; SIELAFF, G.; BOCK, T. (2009): *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Köln: Psychiatrie Verlag.

*Prof. Dr. Henning Daßler ist Diplom-Pädagoge und an der Hochschule Fulda tätig. Seine Arbeitsgebiete umfassen Gemeindepsychiatrie, Rehabilitation und Beratung.*

# Die Bedeutung von Partizipation und Wahrnehmung der Sorgeposition für regionale Steuerung

*Martina Ritter und Jutta Zinnen*

Partizipation und Teilhabe an den Entscheidungen über das eigene Leben sind zentrale Forderungen, um die Lebensqualität in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Partizipation bedeutet aber auch politische Vertretung. Wer ist berechtigt, wer fühlt sich berufen, wer vertritt die Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen? Sind es nur die Betroffenen selbst – oder können und müssen dies gerade im Falle psychisch erkrankter Menschen deren Angehörigen oder die Menschen, die ihnen nahestehen, sein oder sind es ihre gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter?

Nachdem das Forschungsvorhaben »Regionale Teilhabeindikatoren – regionale Kompetenzen für Fachkräfte« bereits in anderen Beiträgen (siehe Gromann und Bremauer in diesem Band, ab S. 52) vorgestellt wurde, wird an dieser Stelle versucht, erste Lösungsansätze auf oben genannte Frage zu geben. Diese sollen nicht an Ansprüchen oder Verlautbarungen, sondern an den Äußerungen und dem Verständnis von Akteurinnen und Akteuren in konkreten regionalen, von uns untersuchten Versorgungsgebieten orientiert sein.

Insbesondere interessiert uns hier die Gestaltung der Sorgeposition, die die Interessen der Betroffenen tatsächlich im Dschungel von Bürokratie und Finanzplanung durchsetzen soll. Mit dem Begriff Sorgeposition benennen wir die Rollen von Angehören, gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern und Beschwerdestellen oder Ombudspersonen. Wir verstehen diese Gruppen als Vertreter der Sorgeposition, die besonders im Krisenfall, aber auch in den üblichen Kommunikationen mit Behörden und Institutionen die Interessen und Bedürfnisse von Betroffenen zur Geltung bringen sollen.

Bereits im Jahr 1975 wurden im Endbericht der Psychiatrie-Enquete Forderungen und Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung

psychisch erkrankter Menschen ausgesprochen. So auch die Forderung nach Beratungsdiensten und gemeindenaher Versorgung. Bundesgesetzliche Regelungen, die einheitliche, unabhängige Beratungs- oder Beschwerdeenrichtungen etablieren, gibt es bis dato jedoch nicht (vgl. LIENERT 2010, S. 36 f., S. 43). Die Gesundheitspolitik obliegt den einzelnen Bundesländern, die z. B. im Landeskrankengesetz oder im Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) Patientenfürsprecher und -fürsprecherinnen oder Besuchskommissionen festlegen. Diese sind aber in der Regel für Menschen mit psychischen Erkrankungen im ambulanten Bereich nicht zuständig.

Durch lokale oder regionale Initiativen von Selbsthilfe-, Angehörigen- oder Betroffenenvertretungen wird seit Ende der 1970er-Jahre ein Angebot an Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen vorgehalten. Vor Ort gibt es jedoch selten dauerhafte und im Sinne von Kommunalpolitik politikfähige Interessenvertretungen, die die Betroffenen repräsentieren – und wenn, sind diese eher in städtischen Regionen anzutreffen. Dies gilt auch für die Interessenvertretung von Angehörigen.

Betroffene haben sich in Landesverbänden und regionalen Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen und im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE) organisiert. Parallel zur Entwicklung der Selbsthilfe haben sich bereits seit mehr als zwanzig Jahren auch Angehörige von psychiatrie-erfahrenen Menschen zusammengetan. Die regionalen Gruppen und Landesverbände sind im Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. bundesweit vertreten.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen einer stigmatisierenden und hospitalisierenden Psychiatrie nimmt die organisierte Angehörigen-selbsthilfe eine »Wächterfunktion« ein und trifft sich in vielen Forderungen mit den Interessen der Selbsthilfe. Teilhabe mit qualitativ guten und bedarfsgerechten Angeboten vor Ort für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ist ein gemeinsamer Nenner, der auch im Projekt deutlich wurde. Für beide Gruppen steht beim Konzept der »Sozialraumorientierung« eine erreichbare und niedrigschwellige Krisenintervention im Mittelpunkt. Dennoch ist nicht zu unterschätzen, dass die Selbsthilfe und die Angehörigen auch unterschiedliche Anliegen haben und – wenn auch wohlmeinend – eigene Interessen vertreten.

Gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer – so sie nicht als Angehörige mit der gesetzlichen Vertretung betraut sind – agieren nur für wenige

Menschen mit psychischen Erkrankungen in definierten Zuständigkeitsbereichen als gesetzliche Vertretungen. Ihr Tätigkeitsfeld schließt politische Willensvertretung auf keinen Fall ein, dennoch haben sie etwa im Kontext des Aufenthaltsbestimmungsrechts individuelle Auswirkungen auf die Angebote einer Region. Auch hier zeigen unsere Interviews, dass ihre Aufgaben und das geäußerte Selbstverständnis zum Teil erheblich von den Positionen einer »guten« Versorgung, die die Selbsthilfe vertritt, abweichen.

Im Sinne einer qualitativ guten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen mehrere Institutionen und Leistungsträger zusammenarbeiten (Integrierte Versorgung). Die Vertretung gemeinsamer Interessenpositionen ist daher für die Entwicklung und Steuerung von gemeindepsychiatrischen Hilfen dringend notwendig. Angehörige machen die Erfahrung, dass sie als »Ombudspersonen« oder »Anwälte« ihrer Familienmitglieder auftreten müssen, da diese häufig wegen der Einschränkungen ihrer Erkrankung nicht für sich sprechen können. Sie vertreten somit im Einzelfall und als organisierte Selbsthilfe anwaltschaftliche Interessen für Betroffene.

Zugleich kennen sie als Bürgerinnen und Bürger die Versorgungsrealität und sind häufig auch gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter ihrer erkrankten Angehörigen. Damit überschneidet sich ihre Sorgeposition mit der der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer, die dies als Beruf ausüben. Gesetzliche Betreuungen werden im Bereich psychisch erkrankter Menschen häufig von Berufsbetreuerinnen und -betreuern wahrgenommen, die entweder privat oder in einem Betreuungsverein tätig sind. Da sie in einem engen finanzpauschalierten System arbeiten, beschränkt sich ihre Tätigkeit darauf, individuelle rechtliche Angelegenheiten zu regeln. Dies ist in der Regel nur die Umsetzung von individuellen Interessen.

Die Vertretung von Betroffenen als Gruppe, die an einer qualitativ guten Versorgung interessiert ist, wird nur von einzelnen Betreuerinnen und Betreuern geleistet. Dieses Engagement kann dann als privates sozialpolitisches Interesse verstanden werden, denn, so eine interviewte Berufsbetreuerin: »... ich weiß, weil ich schon sehr lange Betreuung mache, dass die Amtsgerichte diese Leistung [Anm. d. Verf.: Teilnahme an Hilfeplankonferenzen] nicht honorieren. Dass sie gesagt haben, das gehört nicht zum Aufgabenkreis der Betreuer.« (RITTER, ZINNEN 2014, SHO5, S. 5) Diese Einschätzung bestätigen auch die Aussagen der kommunalen

Expertinnen und Experten. Aufgrund dieser Äußerungen wird Partizipation in den Auswertungen des Projektes häufig zusammengefasst und als eine Vertretung der »Sorgeposition« verstanden.

Weiterhin wäre die anwaltschaftliche Vertretung von Betroffenen auch durch sogenannte »Beschwerdestellen« professionell möglich. In den Regionen des Projektes existiert jedoch keine unabhängige Beschwerdestelle. Häufig nehmen die einbezogenen kommunalen Vertreterinnen oder der Sozialpsychiatrische Dienst Beschwerden auf, dies wird auch von einem der interviewten kommunalen Vertreter angedeutet. Daher sind in der Auswertung der »Sorgeposition« lediglich die Aussagen der Angehörigen (von denen eine Person auch die Funktion der gesetzlichen Betreuung wahrnahm) zusammenfassend dargestellt.

Grundsätzlich ist die Partizipation an den Entscheidungen zur Versorgungsstruktur Teil des SGB IX und wird Diensten und Einrichtungen (z. B. dem »Werkstattrat«) zugeschrieben. Die UN-Behindertenrechtskonvention erweitert das Partizipationsgebot auch auf die Gestaltung des Systems der Dienstleistungen. Empirische Untersuchungen in allen Feldern der sozialen Arbeit zeigen, dass professionelle Dienstleister und Leistungsträger in der Versorgungsrealität immer wieder ihre eigenen Vorstellungen von den Interessen und Bedürfnissen der Betroffenen zur Grundlage des Handelns machen. Dies geschieht zwar meist in bester Absicht, bedeutet jedoch immer auch eine Bedürfnisinterpretation durch Expertinnen und Experten.

Bedürfnisse und Bedarfe von Bürgerinnen und Bürgern müssen durch die Kanäle des Politischen, der Verwaltung und der Institutionen quasi »hindurch«, um in Entscheidungen und Gestaltung umgesetzt zu werden. Dies verlangt in der Regel, dass sie in ein abstraktes, universalistisches »Bearbeitungsformat« abgewandelt werden müssen. Dieser Prozess der »Bedürfnisinterpretation« (vgl. FRASER 2003) hat zur Folge, dass die so bestimmten Bedarfe von den Betroffenen häufig nicht mehr als ihre ursprünglich geäußerten Bedürfnisse erkannt werden. Letztlich handelt es sich dann bei der Umsetzung gar nicht mehr um die Bedürfnisse der Betroffenen.

Hierin kann für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Entfremdungserfahrung entstehen, die verstört und sie von Teilhabeprozessen exkludiert. Die Umdeutungen und formalisierten Verfahren bestätigen die Wahrnehmungsverzerrungen der Betroffenen, wie die Interviews mit Mitarbeitenden der Selbsthilfe im Projekt eindrücklich zeigen. Daher ist

ein »anwaltschaftliches« Vertreten der vulnerablen Gruppe der Selbsthilfe durch Angehörige besonders wichtig.

Allerdings betonen Angehörige, insbesondere die Eltern von Betroffenen, nicht selten Schwäche und mangelnde Fähigkeiten von Psychiatric-Erfahrenen. Forderungen nach Autonomie und Selbstentscheidung als Wünsche von Betroffenen kommen so häufig in den Kontext familiärer Konfliktlinien. Unvoreingenommene Anwaltschaft gerät in Gefahr, da Wünsche und Bedarfe teilweise als riskant und/oder unkontrollierbar erscheinen.

Die Sorge um die Familienmitglieder kann daher teilweise auch kontrollierend und einschränkend statt »teilhabeermöglichend« wirken. Dies geschieht in der Regel in der innerfamiliären Beteiligung an Hilfeplanungen. Denn in der Selbsthilfe organisierte Angehörige nehmen durch ihre Moderations- und Austauschverfahren in Bezug auf Versorgungsdefizite und Anwaltschaft für eine qualitativ gute Versorgung vielfach die gleichen Positionen wie kommunale Expertinnen und Experten und die organisierte Selbsthilfe von Betroffenen ein. Sie orientieren sich damit eben nicht an den Autonomiewünschen der psychiatrie-erfahrenen Menschen selbst. Auch dies ist in den Interviews nachzuvollziehen.

Aus dieser knapp angerissenen Analyse möglicher Interessenkollisionen im Bereich der Sorgeposition ergeben sich Forderungen nach neuen Konzepten zur Gestaltung von Partizipation in der regionalen Versorgung. Die organisierten Betroffenen fordern Kommunikationsunterstützung bei den Leistungserbringern und den Kommunen, um sich und den organisierten Angehörigen Wege der Äußerung ihrer Interessen überhaupt erst zu eröffnen. Ein Versuch, hier moderierende Ansprechpartner zu bieten, sind in Kommunen, Landkreisen oder Versorgungsinstitutionen eingerichtete Beschwerde- oder Verbesserungsstellen, die gleichzeitig auch unabhängige Information und Beratung leisten sollten. Deren Unabhängigkeit wird durch das Angebundensein an Institutionen oder Kommunalverwaltungen vielfach angezweifelt. Sie werden häufig nicht als neutrale Instanz verstanden, und es besteht die Sorge, dass Beschwerden nicht im Sinne der Beschwerdeführer behandelt werden (vgl. DGSP 2007, S. 9).

Seit Mitte der 1990er-Jahre entstehen Beschwerdestellen, die das Ziel haben, Beschwerden aus dem Bereich der Psychiatrie von Institutionen unabhängig und multiprofessionell zu bearbeiten (vgl. ebd.). Sie sind idealerweise nicht an eine psychiatrische Einrichtung angebunden,

können jedoch von einem Träger gegründet werden. Der Kommune gegenüber sind sie berichtspflichtig. Ihre Zuständigkeit zielt auf alle psychiatrischen Einrichtungen des Einzugsgebietes. Sie handeln nicht weisungsgebunden, sondern sind dem Beschwerdeführer verpflichtet (vgl. ebd., S. 14).

Hierbei arbeiten Betroffene, Angehörige und professionell Tätige dialogisch, d. h. in einer gleichberechtigten Kommunikationskultur auf Augenhöhe. Dialogisches Handeln ermöglicht partizipative Teilhabeprozesse. Prinzipien und Effekte dialogischen Handelns werden ausführlicher im Beitrag von Henning Daßler (in diesem Band, ab S. 136) dargestellt.

Insbesondere das Konzept der unabhängigen Beschwerdestellen eröffnet Chancen für Angehörige, gesetzliche Betreuerinnen, Betreuer und Betroffene – sie können sich als »Experten in eigener Sache« zu Missständen und fehlenden, »überversorgenden« oder nicht zugänglichen Angeboten äußern und in gemeinsamer Arbeit klare Versorgungsperspektiven entwickeln, die über den Einzelfall hinausgehen. Dass diese Gruppen durch die dialogische Arbeitsweise ermutigt werden, ihre Beschwerden vorzubringen, hebt die Deutsche Gesellschaft für Sozialpsychiatrie e. V. (DGSP 2007, S. 9 f.) als positiven Effekt der unabhängigen Beratungsstellen hervor. Zudem stärke das konstruktive Miteinander der Mitglieder der unabhängigen Beschwerdestellen die Außenwirkung und damit die Akzeptanz und Einbindung bei der Planung und Gestaltung psychiatrischer Angebote.

Laut Petra GROMANN (2013) nehmen dialogische Beschwerdestellen die *Sorgeposition* im magischen Fünfeck ein, welches sich aus Nutzerinnen oder Klienten, Leistungserbringern, Leistungsträgern, kommunalem Sozialraum und Sorge- oder Ombudsfunktion zusammensetzt.

Unter dem Gesichtspunkt der sozialpolitischen Partizipation ist die Teilnahme von Betroffenen (und selten auch Angehörigen) an Hilfeplankonferenzen in den Untersuchungsräumen des Projektes als unzureichend zu bewerten. Die Vertretung eigener Interessen kann durch Experten-sprache, zeitliche Knappheit der Besprechung und ohne vorherige ausführliche und wertschätzende Kommunikation in Fallkonferenzen und der Hilfeplankonferenz selbst als Entmündigung erlebt werden. Dies verweist darauf, dass sozialpolitische Partizipation gerade nicht nur die Vertretung der eigenen Sache, sondern das Eintreten für die Interessen aller Psychiatrie-Erfahrenen in der konkreten Versorgungsregion beinhaltet.

In den Interviews haben insbesondere Selbsthilfevertreter vorgeschlagen, die Beschwerdestelle als »Verbesserungsstelle« zu sehen. Ein Interviewpartner begründet dies so: »Uns geht es nicht um die Beschwerden, sondern eigentlich eher um die Verbesserungsvorschläge [...] es geht uns ja nicht drum zu sagen, was alles schlecht ist oder falsch läuft. Das ist Quatsch, es geht ja eigentlich um konstruktive Kritik.« (RITTER, ZINNEN 2014, SH02, S. 5)

Diese Konzeption von Partizipation, nämlich Teilhabe, die nicht auf Beschwerde reduziert wird, verlangt ein anderes Konzept von Bürgerberatung, durch das die Beteiligung der verschiedenen Gruppen wie der Selbsthilfe, der gesetzlichen Betreuerinnen sowie Berater sichergestellt wird. Eine so gestaltete »Verbesserungsstelle« bietet sich aus unserer Sicht an, um die Partizipation und anwaltschaftliche Position der »Sorge« zur Verbesserung von Teilhabe umzusetzen. Denkbar wäre eine Organisationsform als kommunaler Beirat oder Ausschuss, der aus Personen verschiedener Interessengruppen besteht. In dieser Struktur ist die Möglichkeit gegeben, Anregungen, Beschwerden, Kritik und Bedürfnisse vorzutragen, zu diskutieren und Wege zur Lösung und Umsetzung zu erarbeiten. Die Forderung, ähnlich wie bei Ortsbeiräten Aufwandsentschädigungen vorzusehen, damit eine tatsächliche Beteiligung gesichert werden kann, wäre zu prüfen.

Grundsätzlich ist der Weg einer von allen Interessengruppen gemeinsam verantworteten regionalen Versorgungsentwicklung bereits im SGB IX über den § 19 Abs. 6 vorgezeichnet. Hier werden Arbeitsgemeinschaften vorgesehen, die zudem auch noch die Einbeziehung der vorrangigen Leistungsträger beinhalten.

In Bezug auf die Analyse von Kompetenzen für professionell Tätige wird deutlich, dass die begleitende Unterstützung einer anwaltschaftlichen Position von Fachkräften von hoher Bedeutung für die Artikulation von Betroffenen ist. Dies gilt gerade vor dem Hintergrund der hier dargestellten Barrieren einer anwaltschaftlichen Vertretung von »Sorge«.

Um inklusive Gemeinwesen entwickeln zu können, müssen betroffene Bürgerinnen und Bürger, deren Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter über einen Bürgerbeirat und die Ausgestaltung von Beschwerde- oder Verbesserungsstellen fachlich beraten und in der Interessenartikulation unterstützt werden. Im Kommunalen Index für Inklusion finden sich hier wertvolle Anregungen zur Ausgestaltung (siehe auch Montag Stiftungen).

## Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) (Hg.) (2007): Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie. Ein Ratgeber. [www.beschwerde-psychiatrie.de/download/Ratgeber.pdf](http://www.beschwerde-psychiatrie.de/download/Ratgeber.pdf) (24.08.2015).
- FRASER, N. (2003): Soziale Gerechtigkeit im Zeitalter der Identitätspolitik. Umverteilung, Anerkennung und Beteiligung. In: FRASER, N.; HONNETH, A. (Hg.): Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch-philosophische Kontroverse. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 13–128.
- GROMANN, P. (2013): Funktion und Entwicklung unabhängiger Beschwerdestellen. Vortrag zum 5-jährigen Jubiläum der Unabhängigen Beschwerdeinstelle Main-Kinzig-Kreis.
- LIENERT, A. (2010): Das Beschwerdewesen für psychiatrische Patienten in Deutschland – Gesundheitspolitischer Kontext und empirische Untersuchung von Patientenführern und unabhängigen Beschwerdestellen. Dissertation an der Technischen Universität München, Fakultät für Medizin. <https://mediatum.ub.tum.de/node?id=981790> (24.08.2015).
- ITTER, M.; ZINNEN, J. (2014): Interview-Transkripte zum Forschungsprojekt »Regionale Teilhabeindikatoren für Menschen mit Behinderung – regionale Kompetenzen für Fachkräfte«. Unveröffentlicht.

*Prof. Dr. habil. Martina Ritter ist Diplom-Soziologin und an der Hochschule Fulda im Fachbereich Sozialwesen tätig. Ihre Forschungsgebiete sind: Gender- und Alltagssoziologie, Privatheit, Öffentlichkeit und sozialraumorientierte Soziale Arbeit. Daneben ist sie im Direktorium des Centre of Research for Society and Sustainability (CeSSt) der Hochschule Fulda.*

*Jutta Zinnen ist Diplom-Geografin, M. A. Soziale Arbeit mit Schwerpunkt Sozialraumentwicklung und -organisation sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Centre of Research for Society and Sustainability (CeSSt) der Hochschule Fulda.*

# Klinische Sozialarbeit im Überblick



## **Band 4: Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten**

ISBN Print 978-3-88414-535-7, 29,95 €

ISBN PDF 978-3-88414-784-9, 23,99 €

Der vierte Band widmet sich dem Themenbereich Lebenskrisen, die beim Übergang von einer Lebensphase in die nächste auftreten können. Passgenaue, am Alltag ausgerichtete psychosoziale Hilfskonzepte werden anschaulich dargestellt.



## **Band 5: Psychosoziale Diagnostik**

ISBN Print 978-3-88414-552-4, 29,95 €

ISBN PDF 978-3-88414-795-5, 23,99 €

Die Diagnostikdebatte in der Sozialen Arbeit hat an Fahrt aufgenommen. Das Buch beschreibt aktuelle Konzepte psychosozialer Diagnostik, diskutiert Probleme und Fallstricke, zeigt neue Lösungen und hilft bei der Planung von Interventionen.

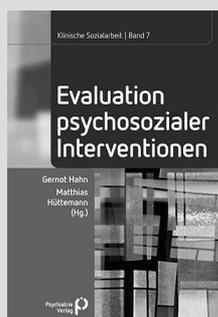


## **Band 6: Psychosoziale Interventionen**

ISBN Print 978-3-88414-565-4, 29,95 €

ISBN PDF 978-3-88414-843-3, 23,99 €

Psychosoziale Interventionen sollen zu nachhaltigen Lösungen führen. Dieser Band greift die aktuelle Diskussion anhand von Forschungsergebnissen auf, stellt theoretische Grundlagen wie Capability, Agency und Lebensweltorientierung vor und veranschaulicht sie durch Interventionsbeispiele.



## **Band 7: Evaluation psychosozialer Interventionen**

ISBN Print 978-3-88414-608-8, 34,95 €

ISBN PDF 978-3-88414-865-5, 27,99 €

Die Evaluation psychosozialer Interventionen ist die Grundlage professionellen Handelns. Fachlich fundiert klärt der erste Teil des Buchs Begriffe, Designs und Konzepte. Beispielhafte Evaluationsprojekte und -strategien setzen im zweiten Teil neue Impulse für die Praxis.