

Ute Kahle: Inklusion: Transformationsprozesse in der stationären Behindertenhilfe – Bestandsaufnahme und Perspektiven

Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Behinderung ohne Behinderte?! Perspektiven der Disability Studies“, Universität Hamburg, 01.07.2013

Folie 1: Übersicht

Liebe Zuhörerinnen, liebe Zuhörer,
sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

seit mehreren Jahren sprechen sowohl die Fachöffentlichkeit als auch Behindertenpolitiker vom Paradigmenwechsel in der Behindertenarbeit und -politik. Hiermit sind sowohl die Änderungen des Verständnisses von Behinderung wie auch die Angebotsstrukturen der Behindertenhilfe gemeint. Begriffe wie Integration und Inklusion, Selbstbestimmung und Teilhabe sollen die neue Zielrichtung beschreiben, ohne dass immer klar ist, was im einzelnen konkret damit gemeint ist. Zudem verdecken diese Leitbegriffe nicht selten Zielstellungen, die wesentlich mit der Begrenzung der Ressourcen und dem Senken von Standards von notwendigen Leistungen für Personen zu tun haben, für die eine besondere Unterstützung erforderlich ist. So bleibt der Diskurs theorielastig oder zum Teil ideologisch. In einer Umbruchzeit, in der die Tragfähigkeit bestehender Versorgungsmuster auf dem Prüfstand steht und die anderen großen Leistungssysteme nach ihrer jeweiligen Logik reformiert werden wie Gesundheitsreform, Reform der „Pflegeversicherung und die Reform der Grundsicherung, ohne erkennbare Rücksichtnahme auf die Belange von MmB [Menschen mit Behinderung] nehmen Unsicherheiten zu“ [Schütte 2013, 3]. Überkommene Arbeitsweisen und (Dienst)-Leistungsstrukturen halten sich, weil Klienten Angehörige sowie Leistungserbringer und Leistungsträger Sicherheit und Routine bieten. Zudem sind Wandlungsfreude und Anpassungsfähigkeit der Dienste und Einrichtungen begrenzt. Dies gilt auch für die Experimentierfreude und Risikobereitschaft der Leistungsträger. Der Diskurs zum Paradigmenwechsel wird häufig abstrakt formuliert und löst sowohl Zustimmung als auch Ablehnung aus. Die Behindertenhilfe ist in Bewegung. Es werden immer mehr ambulante Unterstützungsformen angeboten. Die Rollen und Erwartungen der Leistungsnehmer und deren Angehöriger verändern sich, ebenso die angebotenen Dienstleistungen und mit ihnen die Arbeitsweisen der Leistungserbringer.

Wie kann die organisatorische Weiterentwicklung der Behindertenhilfe gelingen, ohne dass es zum Etikettenschwindel durch Umorganisation aus Ressourcengründen kommt und die Orientierung am MmB und seinen Bedürfnissen verloren geht? Wie können die Strukturen der Leistungserbringer transformiert werden, damit Dienste und Einrichtungen die Chance haben, die Veränderungen mit Erfolg gestalten zu können? In welcher Art und Weise sollen Transformationsprozesse in der Behindertenhilfe stattfinden? Wohin kann sich eine Einrichtung der Behindertenhilfe entwickeln, wenn sie konzeptionell und faktisch zur Teilhabe und Selbstbestimmung beitragen will? Und wie muss sich das Führungsverhalten in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Sozialunternehmen verändern, damit inklusionsorientiertes Arbeiten möglich ist?

Fragen über Fragen, zugegeben. Im Rahmen meines Vortrags möchte ich dazu beitragen, die eine oder andere Frage zu beantworten und lade Sie ein, sich mit den aktuellen Veränderungsprozessen und den damit verbundenen Herausforderungen für die Träger und Einrichtungen der Behindertenhilfe – in fachlicher, konzeptioneller und organisatorischer Hinsicht – zu beschäftigen.

Für Fragen, Anregungen und Diskussion wird am Ende meines Vortrags genügend Zeit sein.

Einleitung

Für die Gelegenheit hier referieren zu dürfen möchte ich mich besonders bei der ZeDiS-Leitung bedanken. Im Rahmen meines Promotionsstudiums am Institut für Diakoniewissenschaft und Diakonienmanagement der Kirchlichen Hochschule Wuppertal/Bethel hatte ich bereits die Möglichkeit, mein Promotionsprojekt mit dem Titel „Transformationsprozesse in der Behindertenhilfe“ und den Fortgang meiner Überlegungen vorzutragen. Es wurde schnell deutlich, wie komplex die Materie vor dem Hintergrund der Thematik selbst und in der Einordnung für das Institut sein würde. Auch vor meinem beruflichen Hintergrund steht es fachlich an, eine „Status Quo-Anzeige“, eine „Sachstandsmeldung“, eine „Worum geht es hier eigentlich?“-Frage zu beantworten. Das will ich an dieser Stelle gerne tun und freue mich, dass Sie Interesse daran haben, einigen Überlegungen und Thesen zu folgen.

Ungleichheit im Leistungszugang

„Wer ein behindertes Kind zur Welt bringt, ist gut beraten, sich seinen künftigen Wohnort nach der Dichte der Unterstützungsangebote im Bereich der Frühförderung und Familienhilfen auszusuchen, und die variieren erheblich“ [Schütte 2013, 9]. Wolfgang Schütte hat hier in Ham-

burg die Professur für Sozialrecht an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg inne und ist ausgewiesener Experte für das Thema Eingliederungshilfe und ein angekündigtes neues Leistungsgesetz zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen.

Die leistungsrechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen sind für alle Akteure im Feld von Behinderung ganz besonders bedeutsam. Sie sind Basis für alle Planungen von Konzepten, Investitionen, die De- und Reinstitutionalisierungen bewirken und eine egalitäre Chancengleichheit für den Zugang zu Leistungen entscheidend beeinflussen.

Folie 2: Agenda

Doch bevor ich in die Thematik tiefer einsteige, möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick über Ziel und Gang meines Vortrags geben: Ich habe ihn in drei Teile gegliedert. Im *ersten Teil* gehe ich auf den Begriff der Behindertenhilfe und allgemeine Grundlagen wie Leistungsträger, rechts- und sozialpolitische Implikationen ein und bewege mich damit auf einer eher institutionellen Ebene. Daran anschließend möchte ich gerne mit Ihnen die Veränderungsprozesse und deren Ursachen betrachten. Ich halte Artikel 19 der UN-BRK für besonders geeignet, um über „Wunsch und Wirklichkeit“ des gegenwärtigen Diskurses nachzudenken und werde an seinem Beispiel ausführen. Abschließend, also im *dritten Teil* meines Vortrags, werde ich auf Chancen und Perspektiven der Behindertenhilfe eingehen. Ich möchte Ihnen in diesem Zusammenhang gerne aus der Teilhabeforschung berichten und mit den konkreten Herausforderungen für die (noch) stationären Dienste, Einrichtungen und Trägern schließen.

Gesellschafts- und sozialpolitische Rahmenbedingungen

Begriff und allgemeine Grundlagen Behindertenhilfe

Für das Spektrum aller Unterstützungsleistungen für MmB im gesamten Lebenslauf hat sich der Begriff „Behindertenhilfe“ etabliert. Der Begriff selbst ist nicht eindeutig definiert, was ihn zum Beispiel von der Kinder- und Jugendhilfe unterscheidet, deren Aufgaben und Leistungsspektrum durch das SGB VIII/KJHG deutlich benannt wird.

Der Begriff der Behindertenhilfe wird in der Regel als Überbegriff genutzt und beschreibt die „Gesamtheit der gesellschaftlich bereit gestellten sozialen Dienste für Menschen mit Unterstützungsbedarf“ [Neuer-Miebach 2005, 138]. Nimmt man Bezug auf die sozialgesetzliche Ebene, kann Behindertenhilfe „als Oberbegriff für alle staatlich garantierten, öffentlich oder privat organisierten Strategien, Maßnahmen und Leistungen der Rehabilitation, der Eingliederung (SGB XII, Sozialhilfe) und der Behindertenarbeit, die geeignet sind, behinderungsbeding-

te Nachteile zu vermeiden bzw. auszugleichen sowie Selbstbestimmung und Teilhabe von MmB [Menschen mit Behinderung] am Leben in der Gesellschaft sicherzustellen“. [§ 10 SGB 1, § 1 SGB XI]

Damit sind Aufgaben benannt, wie sie ganz allgemein im Sozialgesetzbuch 1. Buch und im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) sowie im sechsten Kapitel des SGB XII Sozialhilfe/Eingliederungshilfe für MmB bestimmt werden.

Behinderung liegt quer zu den Standardrisiken der sozialen Sicherung und zu den gegliederten rechtlichen gesetzlichen Zuständigkeiten als auch quer zu den herkömmlichen Gliederungsaspekten der Berichterstattung seitens des Bundes. Die Folge davon ist, dass es keine abschließend verlässlichen Daten zum Gesamtsystem der Hilfen und zur Gesamtzahl der Anspruchsberechtigten gibt. Die Leistungen für MmB wie Geld-, Sach- und Dienstleistungen, aber auch Schutz- und Ausgleichsinstrumente werden im gegliederten System der Sozialen Sicherung von verschiedenen Sozialleistungsträgern erbracht und finanziert, wie aus der folgenden Übersicht deutlich werden soll:

Folie 3: Reha-Träger und ihre Leistungen

1969 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. auf Initiative der Sozialpartner zur Sicherstellung und Gestaltung der Rehabilitation im Gesamtsystem der sozialen Sicherung gegründet. Sie ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, die rund 9,6 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ausmachen. Ziel der BAR ist es darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen und zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen durchgeführt werden [BAR 2012, 18].

Folie 4: BAR

Besondere Bedeutung kommt der Eingliederungshilfe im Kontext der Sozialhilfe zu. Im Jahr 2009 erhielten insgesamt rund 724.000 Menschen Leistungen aus der Eingliederungshilfe. Darunter waren 230.000 Personen im Wege der Sozialhilfe in WfbM beschäftigt, rund 130.000

Kinder erhielten heilpädagogische Maßnahmen und 60.000 Kinder Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung [BAR Reha-Info 1/2011].

Die Eingliederungshilfe erfasst ca. 40% aller Rehabilitationsleistungen, daher hat die Sozialhilfe im Vergleich zu allen Leistungen den größten Anteil. Erheblich gestiegen sind in den letzten Jahren die Empfängerzahlen bei ambulant betreuten Wohnmaßnahmen von 64.000 im Jahr 2005 auf 93.000 im Jahr 2008. Bis 2014 wird mit über 140.000 Leistungsempfängern gerechnet [BaGüS].

Für die Absicherung einzelner Lebensrisiken sind verschiedene Leistungsträger zuständig. In der Folge werden einzelne Leistungen im Überschneidungsbereich verschiedener Hilfesysteme erbracht, zum Beispiel der Behindertenhilfe und des Gesundheitssystems oder der Behindertenhilfe und Jugendhilfe.

Wenngleich mit dem SGB IX über die Einrichtung gemeinsamer Servicestellen der Rehabilitationsträger oder der Einführung von Komplexleistungen die Abstimmung zwischen den Leistungsträgern verbessert werden sollte, verläuft die Koordination zwischen den verschiedenen Hilfesystemen eher suboptimal [BMAS 2009, 78].

Für die Inanspruchnahme der Hilfen sind die sozialrechtlichen Definitionen von Behinderung relevant. Einen Anspruch auf Leistungen im sozialrechtlichen Sinne haben „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen“ nach § 1 SGB IX. In der Definition des SGB IX werden in § 2 Absatz 1 Menschen dann als behindert bezeichnet, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate vom für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“. Diese allgemeine Definition ist für alle weiteren Sozialgesetze bindend. Zu Recht weist Wocken auf das sog. Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma in diesem Zusammenhang hin.

Behinderung wird seit dem Jahr 2001 nicht mehr primär und vorwiegend am medizinisch feststellbaren Defekt festgemacht, sondern in Abhängigkeit von der Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe definiert. Daneben ist gesellschaftliche Teilhabe und Förderung der Selbstbestimmung Ziel aller Rehabilitationsleistungen. Diese Auffassung von Behinderung orientiert sich an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation [DIMDI, 2005]. Die ICF basiert auf dem bio-pycho-sozialen Modell von Behinderung, welches besonders die Wechselwirkungen zwischen Beeinträchtigungen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, den Aktivitäts-

ten und der Teilhabe, die von individuellen und umweltbezogenen Kontextfaktoren beeinflusst werden, fokussiert:

„Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen Individuen leben, andererseits.“ [DIMDIU 2005, 22]

Folie 5: Behinderungsverständnis nach ICF

Mit der ICF wird Behinderung als relationales und mehrdimensionales Geschehen aufgefasst, das immer dann entsteht, „wenn eine unzureichende Passung besteht zwischen den Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die an sie gerichteten Erwartungen und den Umweltbedingungen“ [Wacker 2005, 11]. Die soziale Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen in verschiedenen Gesellschaftsbereichen verdeutlicht die zentrale Bedeutung von Kontextfaktoren bei der Entstehung von Behinderung (vgl. ICF).

Die selektive Funktionsweise von Organisationen wirkt als Exklusionsmechanismus genauso wie ökologische (bauliche) Barrieren und soziale Einstellungen (Wansing 2005, 193). Hieraus ergibt sich ein Schutz vor Benachteiligung, der nicht aus dem System der Rehabilitation heraus wahrgenommen werden kann, denn „das Rehabilitationssystem entwickelt aus sich selbst heraus eine eigene Logik der Einbeziehung ihrer Adressaten, die sich bspw. durch die Organisierbarkeit sozialer Dienste oder durch die Mechanismen der Überprüfung von Anspruchsberechtigungen (Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma) ergibt“ (Rohrmann/Schädler 2011, 5). „Dass dauerhafte Hilfen in Sondereinrichtungen das Ziel der Eingliederung verfehlen, stellt sich nicht als drängendes Problem der Eingliederungshilfe-Einrichtung“ wie WfbM, BBW, BFW oder Förderschule dar (ebenda). Die UN-BRK reagiert auf neu entstehende Risiken sozialer Ausgrenzung. Zugänge und Chancen der gleichberechtigten Teilhabe sollen durch sie gesichert werden“ [ebenda].

Folie 6: Typisch „behinderungsbedingter“ Lebenslauf

Entwicklung und Ziele des Behindertenhilfesystems

Zur Entwicklung und zu den Zielen des Behindertenhilfesystems ist anzumerken, dass in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts weiter an den Anstaltsstrukturen für MmB festgehalten wurde. Mit den 1960er Jahren begann ein Prozess der Ausdifferenzierung und Spezialisie-

rung der Hilfen und Dienste, die sich als Ergänzung und zum Teil als Alternativen zu den vorherrschenden Strukturen verstanden haben.

Aktuelle reichen die Angebote von den frühen Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder, familienentlastenden- bzw. familienunterstützenden Diensten, der vorschulischen Erziehung und Bildung, den wohn- und arbeitsbezogenen Hilfen sowie Bildungs- und Freizeitangeboten bis zu der lebensbegleitenden Unterstützung, Beratung und Förderung Erwachsener [Metzler/Wacker 2005].

Mit der 1958 durch die Initiative von Eltern entstandene „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“ wurde ein Aufbruch angestoßen, der die Gründung von zahlreichen Förder-, Rehabilitations- und Sondereinrichtungen für behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene wie Sonderkindergärten, Werkstätten für behinderte Menschen u. a. zur Folge hatte [Lindmeier/Lindmeier 2006].

Für Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen und Mehrfachbehinderungen galt dennoch das Paradigma der Versorgung und Verwahrung. Den Anstoß zur Veränderung brachte neben dem von Thimm in Deutschland rezipierte und in Skandinavien und den USA elaborierte **Normalisierungsprinzip** mit seinem Leitprinzip des „Lebens so normal wie möglich“. Darin wird ein normaler Tagesrhythmus, die Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen, ein normaler Jahresrhythmus, ein normaler Lebenslauf, das Respektieren von Bedürfnissen, angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern, ein normaler wirtschaftlicher Standard sowie normale Standards von Einrichtungen postuliert und eingefordert [Bank-Mikkelsen, 1969].

Folie 7: Elemente des Normalisierungsprinzips

Allerdings konnte das Reformkonzept der Normalisierung in seinem ursprünglichen Umfang nicht übertragen werden, sondern blieb, weil es nicht normativ in Gesetzgebung einfluss, als weiteres Paradigma eher theoretisch [Thimm 2005]. Bemerkenswert ist heute im Vergleich mit den Forderungen aus der UN-BRK, dass die Forderung von Bank-Mikkelsen und Nirje aus den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts auch heute noch modern und zeitgemäß anmuten.

Daneben brachten die Reformen, angestoßen durch die Psychiatrie-Enquete 1975 eine deutliche Veränderung der „Behandlung und Versorgung“ von MmB, die bis dahin in Krankenhäusern untergebracht waren und seither heilpädagogisch-sozialtherapeutisch betreut wurden. Einerseits war es unstrittig, dass der Ausbau eines pädagogisch ausgerichteten Hilfenetzwerks zur Verbesserung der Lebenssituation von MmB beitrug, andererseits wurde auch deut-

lich Kritik geübt an der Dominanz der Sondereinrichtungen, die das gesellschaftliche Risiko der Exklusion in sich bergen und Sonderkarrieren, außerhalb der Gesellschaft, fördern.

In den 1970er Jahren wurde die Forderung nach Integration in die Regelsysteme der Gesellschaft immer stärker und führte zu vermehrten gemeinsamen Angeboten in Erziehung und Bildung [Eberwein/Knauer 2002].

Weitere Veränderungen und Wünsche nach Gleichstellung und Partizipation wurden durch die Forderungen der Behindertenselbsthilfebewegungen unter dem Dach der „**Selbstbestimmt-Leben-Bewegung**“ teilweise realisiert. Fundamentale Kritik an der Dominanz von Experten und der Pädagogisierung des Alltags führten schließlich zu Konzepten und Instrumenten der „Persönlichen Assistenz“ als neue Form der Hilfen im Alltag für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen.

Die Entwicklungen und unterschiedlichen Akzentuierungen haben zu dem Aufbau ambulanter und flexiblerer Unterstützungsstrukturen, zur Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe und Lebensqualität beigetragen. Dennoch ist eine Weiterentwicklung der individuellen, personenbezogenen und sozialräumlichen Hilfen, wie sie sich in Konzepten von „**Community Care**“ finden, erforderlich [Aselmeier 2008].

Die gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklungen im Behindertenhilfesystem werden insbesondere durch die UN-BRK gespeist, deren allgemeine Grundsätze die vollständige und wirkungsvolle Teilhabe und Inklusion von MmB in der Gesellschaft als Bürgerrecht betrachtet. Darin werden die Möglichkeiten des uneingeschränkten Zugangs zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt, zu Gesundheit und Bildung sowie zu Information und Kommunikation verhandelt. Die UN-BRK macht deutlich, dass es sich bei Inklusion um gesellschaftstheoretische normative Implikationen handelt, die nicht nur allein das Behindertenhilfesystem mit seinen Einrichtungen, Diensten und Institutionen fokussiert, sondern gerade diese Sonderwelten zu überwinden versucht, was insbesondere durch Artikel 19 der UN-BRK übertitelt mit „Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ zum Ausdruck gebracht wird [Welke 2012, 150].

Träger der Behindertenhilfe

„Staatsorganisatorisch bildet die Behindertenhilfe einen Schwerpunkt der kommunalen Sozialpolitik und Daseinsvorsorge, doch viele sozialrechtliche Aspekte der Rehabilitation und Teil-

habe haben sich mittlerweile in die zentralstaatlichen Sozialversicherungssysteme verlagert“ [Schütte 2013, 7].

Ein breites Spektrum von Einrichtungsträgern mit verschiedenen Angeboten, Einrichtungen und Diensten zeichnet die Behindertenhilfe aus. Da in der Wohlfahrtspflege kein einheitliches Erhebungsverfahren existiert, ist es schwierig, Transparenz herzustellen.

Zu den Trägern und Organisationen gehören freie gemeinnützige Einrichtungsträger wie Verbände und Vereine, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen in unterschiedlichen Rechtsformen. In der Zwischenzeit existieren auch gewerbliche Einrichtungsträger, die Angebote im Spektrum der Behindertenhilfe unterbreiten, während die freien gemeinnützigen Träger sich im Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege organisiert haben. Zudem ist eine Tendenz der Umwidmung der Rechtsformen dieser Institutionen in Stiftungen zu verzeichnen. Zu den Verbänden der Wohlfahrtspflege gehören der Deutsche Caritasverband e. V., das Diakonische Werk der EKD, die AWO, der DPWV, das Deutsche Rote Kreuz e. V. sowie die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

Abbildung 8: Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege

Wegen der uneinheitlichen Erhebungsverfahren kursieren auch unterschiedliche Zahlen bezüglich der Anzahl der Einrichtungen und Plätze bundesweit. Erschwert wird die Erhebung dadurch, dass sich derzeit in der Behindertenhilfe eine enorme Dynamik bezüglich der Umwidmung von stationären Plätzen in teilstationäre und ambulante Plätze und Maßnahmen entwickelt hat und der Status Quo schwer auszumachen ist. Im BeB, dem Bundesverband evangelischer Behindertenhilfeeinrichtungen, wurden 2006 276 selbstständige Rechtsträger mit mehr als 600 Einrichtungen und 100.000 Plätzen gezählt. Bei der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. waren dies im gleichen Zeitraum 1.900 Einrichtungen mit ca. 113.000 Plätzen [Boeßenecker 2006, 70]. Insgesamt weist die Statistik der BAG Freie Wohlfahrtspflege für das Jahr 2006 14.285 Einrichtungen mit 499.390 Betten sowie 133.157 Vollzeit- und 109.673 Teilzeitbeschäftigten aus [BAG Freie Wohlfahrtspflege 2006, 14].

Folie 9: Einrichtungen und Dienste in der Behindertenhilfe

Bezüglich der Organisationsform ist noch häufig die Komplexeinrichtung anzutreffen. Diese Einrichtungsart umfasst die Vollversorgung von MmB in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Bildung, Freizeit und Therapie sowie die medizinische und pflegerische Versorgung, die sehr häufig in Orten außerhalb von Städten und Dörfern stattfindet [BeB 2008, 5].

Um den aktuellen Anforderungen der Selbstbestimmung und Teilhabe Rechnung zu tragen, finden mittlerweile überall Bemühungen statt, durch Transformationsprozesse Komplexeinrichtungen in dezentrale Einheiten zu zergliedern, um das Konzept der *personenorientierte Dienstleistungsorganisation* umzusetzen.

Wandel als reflexive Institutionalisierung und Organisation/De- und Reinstitutionalisierung

Bezüglich der Institutionen und Organisationen im Kontext der Behindertenhilfe kann festgehalten werden, dass sowohl Theorie und Praxis ein komplexes und kontingentes Feld darstellen, das sich einerseits durch unterschiedliche Fachtraditionen, relevante Bezugswissenschaften, Berufsgruppen, Träger von Diensten und Netzwerken auszeichnet und sich stark nach Handlungsbereichen wie Frühförderung, Schule, Arbeit, Wohnen, Freizeit und Beeinträchtigungsarten ausdifferenziert. Dennoch ist das Feld durch starke Überschneidungen in den Problemlagen und Aufgaben gekennzeichnet [Beck/Greving 2011, 49].

Veränderungsprozesse in den Komplexeinrichtungen

Die Veränderungsprozesse von großen Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe stellen ohne Frage eine wichtige Weiterentwicklung des Hilfesystems für Menschen mit Behinderungen dar. Auf der **Mikro-Ebene** sind davon das Individuum, die sozialen Beziehungen und das Handeln in Organisationen betroffen. Dabei geht es um die Erlangung oder Wiedererlangung von Vertrauen und Kontrolle, Führung und Leitung, Motiven und Interessen sowie um unhinterfragte Annahmen und Rituale, um die Wirkung von Zielen, Regeln und Strukturen.

Auf der Meso-Ebene wird um die Umsetzung von Zielen im Zusammenhang von Programmen, Strukturen und Prozessen gerungen und auf das interorganisationale Geschehen und das Gruppengeschehen Einfluss genommen. Der Wandel und die Entwicklung von Sozialunternehmen der Behindertenhilfe zieht eine andere institutionelle Einbettung nach sich und hat Wirkungen für die Funktionen der anderen sozialen Teil-Systeme. Der Wandel erfolgt in Abhängigkeit des gesellschaftlichen Wandels und ihrem Beitrag zur Genese und Reproduktion sozialer Gleichheit und Ungleichheit. Auch deshalb sind die Transformationsprozesse auf der Grundlage von Inklusion gesellschaftstheoretisch anschlussfähig.

Die fachlichen Anforderungen sind seit langer Zeit bekannt, da das Normalisierungsprinzip bis in die 1950er Jahre in Dänemark zurückreicht. Auch das BSHG kannte den Grundsatz „ambu-

lant vor stationär“. Dennoch wurden die Plätze in stationären Einrichtungen für MmB rasant ausgebaut und die Chancen einer Neustrukturierung weniger genutzt. Viele konfessionelle Einrichtungen haben sich seit den 1990er Jahren zu Sozialunternehmen entwickelt. Conty, Vorstand des BeB, fragt in einem Aufsatz „Was passiert, wenn nichts passiert?“ und nimmt einerseits die langsame Geschwindigkeit der Transformationen und andererseits die Qualität der Leistungen auf der Folie der UN-BRK kritisch in den Blick [Conty 2009, 10].

Unter dem Dach der Fürsorge und nun der Sozialhilfe hat sich seit der Kaiserzeit eine eigene, hochgradig institutionalisierte Infrastruktur entwickelt, die aufgrund ihrer fragmentierten Finanzierungswege Fehlanreize schafft und sich einer gesamtstaatlichen Steuerung entzieht: Vielmehr handelt es sich um „ein institutionelles Arrangement, in dem lokale Absprachen zwischen staatlichen Kostenträgern, Wohlfahrtsverbänden und aus Betroffenenverbänden hervorgegangenen Leistungsanbietern eine mächtige, gegenüber Betroffeneninteressen teilweise dominante Gestaltungsallianz bilden“ [Schütte 2013, 10].

Viele bauliche Zeugen aus der Zeit der medizinorientierten Sichtweise sind in Form von „Anstalten“ noch erhalten, fernab der Herkunftsgemeinden der Betroffenen, die belegt werden wollen und die sich nur sehr zögerlich in gemeindenahen Helfelandschaften verwandeln [ebenda]. Die Fehlallokation erfolgt durch den Übergang der selbstkostenbezogenen zu einer leistungsgerechten Vergütung.

Aus den Ausführungen, die sich aus der Umsetzung von Artikel 19 der UN-BRK, der mit „Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ überschrieben ist, ergeben, werden im folgenden seine Wirkungen vor dem Hintergrund des Konversionsprozesses von Groß- und Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe thematisiert.

Durch die Querschnittfunktion der Inklusion, verstanden als selbstverständliche Teilnahme und Teilhabe aller in Menschen an allen Lebensbezügen von Anfang an, ergeben sich andere Anforderungen an die Behindertenhilfe. Die Konvention macht deutlich, in welche Richtung sich alltagsbezogene Hilfen für MmB entwickeln sollen. Der Titel „Unabhängige Lebensführung“ ist dabei Programm: Er verweist auf die Tradition der internationalen Behindertenbewegung, in der Menschen mit Behinderungen ihren Anspruch auf ein gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Leben erklären. Graumann stellt die besondere Bedeutung von Unabhängigkeit als Prinzip der Konvention heraus als „Antwort auf die Erfahrung von Bevormundung und Entfremdung“... [Graumann 2011, 46].

Durch die durch funktionale Differenzierungen geprägte Entwicklung der Gesellschaft sind deren Mitglieder in unterschiedliche Subsysteme einbezogen. Dabei tragen Menschen mit

Unterstützungsbedarf mehrfach Ausgrenzungsrisiken, vor allem an den institutionalisierten Übergängen im Lebenslauf. Durch die rehabilitativen Sondersysteme werden die normalen Optionen einer modernen Lebensführung weiter reduziert und der Lebenslauf der Adressaten sozialstaatlich erheblich (de)formiert.

Das Recht auf freie Wahl des Aufenthaltsortes

Die erste Konkretisierung einer unabhängigen Lebensführung knüpft an das Grundprinzip der Gleichheit, auf Rechte wie Freizügigkeit und den Schutz der Privatsphäre an.

In meinen Ausführungen wird die Konkretisierung auf die „unabhängige Lebensführung“ bezogen. Hierzu der BeB: „Von der Maßgabe ist die Wirklichkeit der Eingliederungshilfe in Deutschland ... sehr weit entfernt“ [BeB 2010, 6].

Folie 10: Artikel 19a UN-BRK

Artikel 19a beschreibt einen Auftrag und ist noch lange nicht Gegenwart der Lebensbedingungen von MmB im Alltag. Während der erste Satzteil die Förderung nach der freien Wahlmöglichkeit aufgreift, benennt der zweite Satzteil den Umstand, der die freie Wahl gefährdet, „nämlich der Verweis auf die besonderen Wohnformen für MmB“ [ebenda]. Die gültigen Regelungen in der Eingliederungshilfe sehen nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten vor, nämlich dann, „wenn eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbare und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßig hohen Mehrkosten verbunden ist“ [§ 13 SGB XI]. Diese, auch durch die Rechtsprechung bestätigte Handhabung, widerspricht der UN-BRK [Ramm/Welti 2011]. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Frage stellen, warum Träger von Großeinrichtungen bei den Transformationsprozessen sich an der Schaffung von kleineren, aber dennoch besonderen (stationären) Wohnformen orientieren.

Mit dieser Strategie bleiben die Wohneinrichtungen der Logik des stationären Hilfebedarfs verhaftet. Ähnlich wie durch den Fortschritt der Medizin mehr Kranke ambulant behandelt werden, können durch verbesserte Möglichkeiten professionellen pädagogischen Handelns mehr MmB ambulant betreut werden. Das Hauptkriterium der „richtigen“ Placierung ist im fachlichen Diskurs zumeist die erforderliche Betreuungsintensität. Mit dem normativen Ansatz der unabhängigen Lebensführung hat dies jedoch nichts zu tun. Dieser Ansatz kann dann realisiert werden, wenn die Verknüpfung von Wohnen und Unterstützung im strategischen Denken der Anbieter und der Finanzierungsstrukturen überwunden werden. Die zweite Konkretisierung des Artikels 19a der UN-BRK kann hier Anhaltspunkte geben.

Folie 11: Artikel 19b der UN-BRK

Unterstützung im Lebensumfeld

MmB sollen „Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben“, so Artikel 19b.

Dadurch kommt zum Ausdruck, dass Menschen mit Behinderungen bei unabhängiger Lebensführung auf Unterstützung angewiesen sind. Graumann hebt hervor, dass der menschenrechtliche Grundsatz der Selbstbestimmung im Sinne der „assistierten Selbstbestimmung“ verstanden werden muss [Graumann 2011, 78]. Dabei kommen andere Prinzipien zum Tragen, als die von der Weiterentwicklung bestehender Angebotsstrukturen stationärer Versorgung. Die Unterstützung zur unabhängigen Lebensführung kann sich nicht nur auf die unmittelbare Hilfe in einer eigenen Wohnung beziehen, sondern ebenso auf Beratung hinsichtlich des Zugangs zu Leistungen und deren Inanspruchnahme. Dabei wird dem Grundsatz entsprochen, dass die Finanzierung der Dienstleistung der Person folgt und nicht dem Dienstleister. Der Assistenznehmer bestimmt selbst den Grad der Kontrolle, den er über die Assistenz ausüben möchte.

Dies soll in Deutschland durch das Persönliche Budget sichergestellt werden, um die Nachteile, die aus dem sog. sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis resultieren können, zu überwinden. Sie bestehen unter anderem darin, dass freier und öffentlicher Träger ohne aktiven Einbezug des Leistungsberechtigten Leistungen und Preise verhandeln und den Leistungsberechtigten „nicht auf Augenhöhe“ mit in die Verhandlungen einbeziehen. Ein unwiderbringliches Machtgefälle.

Folie 12: Sozialrechtliches Dreiecksverhältnis

Burla formuliert hingegen ...“nicht-schlüssige Tauschbeziehungen (sollen) in schlüssige Tauschbeziehungen“ überführt werden [Burla 1989, 108].

Folie 13: Tauschbeziehungen

Einschränkend ist hier hinzuzufügen, dass die Strukturen der gegenwärtigen regionalen Hilfesysteme nicht oder nur in begrenztem Umfang dazu geeignet sind. Die von Budde/Früchtel ausgeführten Überlegungen hin zu sog. Gelegenheitsstrukturen sind derzeit noch nicht flächendeckend gegeben [Budde/Früchtel 2005, 292].

Die bisherige Perspektive, dass bei der Planung und Steuerung der Hilfen im Einzelfall bestehende Angebote ausschlaggebend sind, ist mit der UN-BRK unvereinbar. Fragen des Zugangs und der Entwicklung von bedarfsgerechten, flexiblen und verlässlichen Hilfen und Arrangements haben eine Schlüsselfunktion. Zu häufig wird noch wie selbstverständlich davon ausgegangen, dass die Gesamtverantwortung für die Unterstützung in der Hand des bisherigen Trägers liegt. Im Zuge der Ausdifferenzierung müssen die Angebote erst neu geschaffen werden. Hier können individualisierte Teilhabeplanungen unterstützen, wenn sie von einem ICF-geleiteten Behinderungsbegriff ausgehen, der „Behinderung als Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- sowie umweltbezogenen Barrieren“ versteht. Dieses Verständnis führt zur Gewährung von Dienstleistungen für MmB und/oder Veränderungsmaßnahmen im Sozialraum.

Wohnen im inklusiven Lebensraum

Die unabhängige Lebensführung soll Menschen mit Behinderungen mit Hilfe der allgemeinen Dienste durch „gemeindenaher Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit“ [UN-BRK] gelingen können.

Folie 14: UN-BRK 19c

Das bedeutet, dass diese Dienste ihre Angebote so gestalten sollen, dass Menschen mit Behinderungen sie auch nutzen können. Damit kommt der Überwindung von Barrieren im Gemeinwesen eine hohe Bedeutung zu. Institutionelle, materielle und soziale Bedingungen sollen im Gemeinwesen so gestaltet sein, dass alle Menschen die Angebote nutzen können. Behinderten- und sozialpolitisch soll im Sinne des *Disability Mainstreaming* geplant und gehandelt werden. Dies hat auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe der ASMK [Arbeits- und Sozialministerkonferenz] erkannt, denn sie schreibt in ihrem Eckpunktepapier aus 2009 „die Neuausrichtung der Eingliederungshilfe“ [von der überwiegend einrichtungsbezogenen zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung] ... muss „durch den Aus- und Aufbau sozialräumlicher Unterstützungsstrukturen begleitet werden“ (ASMK 2009, 6). Zu deren Elementen gehören Barrierefreiheit, Einbezug nicht-professioneller und ehrenamtlicher Helfer, Unterstützung als Hilfemix, wohnortnahe Begegnungs- und Beratungsstrukturen sowie eine Vielfalt an Wohnformen, Fachdiensten und Netzwerkstrukturen (ASMK 2009, 7).

Für die Entwicklung inklusiver lokaler Planungsstrukturen bedarf die kommunale Planung neuer Ansätze. Um die Ansprüche der „Individuen auf soziale Inklusion auf der Grundlage individueller Autonomie“ zu realisieren, werden Regeln für die Neuorganisation sozialer

Dienstleistungen und Rehabilitationsarbeit abgeleitet. Sie sollen dabei den Mechanismen einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft als Korrektiv entgegengesetzt werden.

Chancen und Perspektiven

Aus den Vorgaben des Artikels 19 UN-BRK können die erforderlichen Veränderungen für wohn- und alltagsbezogene Unterstützungsleistungen abgeleitet werden. Erfahrungen aus früheren Reformprozessen wie der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ oder der Rezeption des Normalisierungsprinzips oder auch der Implementation des Persönlichen Budgets zeigen, dass strukturelle Rahmenbedingungen und Beharrungstendenzen nicht zu unterschätzen sind. Der bisherige Reformprozess ist dabei stark auf die Eingliederungshilfe beschränkt und zu wenig auf behindertenpolitische Weiterentwicklungen fokussiert. Leistungsträger bemühen sich durch die Einführung der Teilhabeplanung, neue Grundsätze der Leistungsfinanzierung und durch eine verbesserte Angebotsplanung die Steuerungsfähigkeit zu erhöhen. Leistungsanbieter und Träger hingegen differenzieren ihre Leistungsangebote. Allerdings wird der Transformationsprozess in der gleichen Entwicklungslogik fortgeführt wie vorher, wenn Neubauten von Wohnheimen 24 Plätze statt einer höheren Anzahl umfassen und damit ältere und größere Wohnheime ersetzen. Durch den ASMK-Prozess wird der Übergang zu „personenzentrierten Hilfen“ angestrebt, durch den die Unterscheidung „ambulant“ und „stationär“ künftig entfallen soll. Stattdessen wird eine einheitliche individuelle Teilhabeplanung angestrebt, um die Eingliederungshilfe von den Leistungen zum Lebensunterhalt und zum Wohnen zu trennen und um dadurch die stationäre Versorgungslogik von Wohnen und anderen Hilfen zu durchbrechen. Kritiker wie Welti (2010) führen hierzu an, dass mit diesem Reformprozess nicht die Sonderstellung der Eingliederungshilfe im Rehabilitationsrecht und damit der grundlegende Paradigmenwechsel vollzogen werden kann. Auch der Nationale Aktionsplan (NAP) der Bundesregierung (BMAS 2011) sowie der erste Staatenbericht an die United Nation zur Umsetzung der Konvention knüpfen sehr allgemein an den ASMK-Prozess mit seiner Forderung nach personenzentrierten Hilfen an.

Artikel 19 der UN-BRK und hier insbesondere Punkt b) und c) machen deutlich, dass die Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten und die Entwicklung einer inklusiven Infrastruktur hin zum inklusiven Sozialraum unabdingbar sind. Dabei kommt der partizipativen kommunalen Planung eine besondere Bedeutung zu. Gerade auf der lokalen Ebene wird entschieden, welchen Zugang Menschen mit Behinderungen zu professionellen Hilfesystemen finden.

Folie 15: Partizipative kommunale Planung

Die Angebote sollen vor Ort mit der Selbsthilfe, den örtlichen Anbietern von Unterstützungsdiensten und verschiedenen Sozialleistungsträgern Hand in Hand mit den Behindertenhilfeeinrichtungen entwickelt werden. Dabei können die Sozialraumbezüge der Rehabilitationsarbeit eine entscheidende Rolle als Netzwerker und Koordinatoren spielen. Die dem Sozialraumkonzept immanente Institutionenkritik bezieht sich gerade darauf, dass die klassischen Unternehmensstrukturen den Anforderungen der flexiblen Organisationen, die „passgenaue, individuelle Lösungen praktizieren“ nicht genügen können (Wasel 2012, 88). Für alle Träger der stationären Einrichtungen stellen die Konversionsprozesse auch insofern große fachliche Herausforderungen dar, wenn sie mit anderen Akteuren der Rehabilitationsarbeit und mit den (ehemaligen) Bewohnern Möglichkeiten des Lebens, des Lernens, des Arbeitens und der Freizeitgestaltung außerhalb einer Einrichtung entwickeln.

Bei allen Überlegungen zur Weiterentwicklung der Behindertenhilfe ist es erforderlich, die Handlungs- und Planungsebenen genau in den Blick zu nehmen. Hier können vier verschiedene Ebenen unterschieden werden und alle Akteure tun gut daran, sich genau zu vergegenwärtigen, auf welcher Ebene sie selbst diskutieren:

Folie 16: Handlungsebenen der Behindertenhilfe

Während die behindertenpädagogischen Diskurse auf der **Mikroebene** stattfinden und das Individuum als Person in das Zentrum der Überlegungen stellen, finden die institutionellen Entwicklungen auf einer **Mesoebene** statt, die im Kontext von Governance-Überlegungen ein Corporate Governance nach sich ziehen. Die Inklusionsdebatte bezieht sich in hohem Maße auch auf die Gesellschaftsebene, welche sich in dem Modell bereits auf der **Makroebene** befindet und eindeutig die Behindertenpolitik betrifft, die im Governance-Konzept mit Political Governance bezeichnet wird. Hingegen kann die UN-BRK selbst auf der **Supraebene** verortet werden, deren Handlungsträger die „Weltgemeinschaft“ und insofern allumfassend ist [Brink 2012].

Ausblick: Gestaltung künftiger Aufgabenstellungen

Allein durch Appelle und Fachdiskussionen kann die Bereitschaft der Mitbürgerinnen und Mitbürger inklusive Sozialräumen mitzuentwickeln vermutlich nicht erhöht werden. In der Kommune sind bewusstseinsbildende Maßnahmen, Projekte und Aktivitäten zu initiieren. Dafür kann u. a. an die Arbeit von Selbsthilfegruppen, bürgerschaftlichem Engagement und der professionellen Behindertenhilfeträger und -einrichtungen angeknüpft werden.

Folie 17: Herausforderungen

Selbstreflektiv benennen sie Herausforderungen wie:

1. Die Begrenztheit aller Versorgungsmuster überwinden,
2. Die überkommenen Arbeitsweisen und Dienstleistungsstrukturen, die bekannt sind und Routine bieten (sowohl für MA, Angehörige, Klienten, Leistungserbringer und -träger), überprüfen und entwickeln,
3. Alternativen, die zwar als Modellprojekt installiert sind, aber keinesfalls im nötigen Umfang etabliert sind, in Entwicklungsprojekte überführen.
4. Die begrenzte Experimentierfreude und die Risikobereitschaft der Leistungsträger überwinden helfen.
5. Die Paradigmen wie Selbstbestimmung und Teilhabe, die keine Handlungsanleitung bieten, sondern abstrakt formuliert sind, operationalisieren.

Zudem soll die Weiterentwicklung nicht alternativlos zur Disposition gestellt, sondern entwicklungsorientiert voranschreiten und sichergestellt werden, dass kein „Etikettenschwindel“ durch Umorganisation vonstatten geht. Dienste und Einrichtungen sollen die Chance erhalten, die Veränderungen aktiv und erfolgreich sowohl in fachlicher, wirtschaftlicher und personeller Hinsicht zu gestalten. Daneben müssen sich auch Führungsverhalten und Organisationsstrukturen derart verändern, dass die Anforderungen einer inklusionsorientierten Arbeit erfüllt werden können, um die Lebensqualität und die Teilhabeorientierung von Menschen mit Behinderungen zu steigern, so die Ausführungen von Conty und Sauer (2010, 8).

Das Mehrebenenkonzept zur Umsetzung eines inklusiven Sozialraumes umfasst neben der psycho-sozialen Ebene des Individuums auch die sozial- und behindertenpolitische sowie rechtliche und finanzielle Ebene. Unter Federführung der Kommune (Deutscher Verein 2010, 4f.) soll der *Sozialraumbezug rehabilitierender Sozialer Arbeit* zur Verbesserung des Sozialverhaltens und der Sozialverhältnisse beitragen (Mühlum 2003, 11). Erste Ansätze und Erfahrungen wurden auch mit Unterstützung der Montag-Stiftung begleitet. Das Resultat ist als „Der Kommunale Index für Inklusion – ein Praxishandbuch“ publiziert (Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft 2011).

Vor dem Hintergrund der Entwicklung des Systems der Sozialen Sicherung in Deutschland, seinen Implikationen und der Performance eines mehr und mehr aktivierenden Sozialstaats muss gefragt werden, in welcher Art und Weise die Ziele erreicht werden können.

Folie 18: Gestaltung künftiger Aufgabenstellungen

Dafür sind Visionen vor dem Hintergrund veränderter politisch-konzeptioneller Rahmenbedingungen zu entwickeln.

Forschung, Lehre und Bildung der Fachkräfte im Kontext inter- und transdisziplinärer Diskurse – eine Querschnittsaufgabe für viele wissenschaftliche Disziplinen – sind voranzutreiben. Einen guten Weg beschreiten die Aufrufe zur Teilhabeforschung der fünf Bundesfachverbände der Behindertenhilfe (CBP spezial 2012).

Folie 19: Teilhabeforschung

Bezüglich der Forschungsdesiderate stellt die Teilhabeforschung selbst ein Querschnittsthema dar, welches sich auf unterschiedliche Bezugswissenschaften beziehen kann. Geforscht wird zu den Möglichkeiten der Verwirklichung von Inklusion, Selbstbestimmung und dem Wunsch- und Wahlrecht unter Berücksichtigung des Blicks auf alle Menschen und Akteure. Im Sinne der Anschlussfähigkeit und nachhaltigen Entwicklung soll auf die globale Anerkennung und Übertragbarkeit der Forschungsmethoden fokussiert werden. Auf allen genannten Ebenen, insbesondere aber auf der Meso- und Makroebene, wird es Forschung zu den Themen Barrieren, Zugänglichkeit und Regelsystemen geben. Wie können funktionierende Leistungs- und Unterstützungssysteme für Teilhabechancen aussehen. Wie können gelingende inklusive Bedingungen für alle Menschen gestaltet werden und welche Methoden und Wege dienen der Übertragung der Forschungsergebnisse in Politik, Rechtsprechung und Verwaltung? Diese Fragen soll durch Forschung ebenfalls mit beantwortet werden. Zudem gilt es, die Möglichkeiten der Partizipativen Forschung einzubeziehen und Menschen mit Behinderungen am Forschungsdesign zu beteiligen bzw. auch dort teilhaben zu lassen. Auch soll eine Antwort darauf gefunden werden, wie sich Inklusion, Teilhabe und Selbstbestimmung auf die Curricula von Aus-, Fort- und Weiterbildungen, grundständig, dual und hochschulisch übertragen lassen (CBP Spezial 2012).

Auf der Praxisseite diskutieren viele Fach- und Führungskräfte in kleineren und größeren Einrichtungen und bei Trägern der Behindertenhilfe grundsätzliche Überlegungen zum Veränderungsbedarf hinsichtlich OE/PE, Sozialmanagement und Finanzierung. In kleinen und größeren Projekten wurden viele Ideen der Rehabilitation als Weg und Teilhabe als Ziel erprobt.

Eine Vielzahl von Publikationen, Tagungen und Projekten – um nicht zu sagen eine Flut – zum Thema Inklusion und auch zum Sozialraum zeugen nach Feuser (2012) nicht davon, dass Theorien und Konzepte elaboriert sind, sondern davon, dass es noch viel zu sagen, zu forschen und zu lehren gibt.

Perspektiven und Ausblick: Transformationen der stationären Behindertenhilfe

Flexible personenorientierte Hilfen sind – unabhängig – von Rechts- und Finanzierungsstrukturen zu entwickeln. Zudem müssen Unterstützungsangebote weder finanziell noch inhaltlich danach unterschieden werden, ob sie im Einzelfall in ambulanter oder stationärer Form erbracht werden [BeB2007, 13].

Zur Herstellung eines vollständigen Hilfeensembles sind Unterstützungsangebote erforderlich, die wohnortnah erbracht werden können.

Um die getrennten Leistungsbereiche ambulant, teilstationär oder stationär zu überwinden, gibt es drei Ansatzpunkte:

1. die individuelle Hilfeplanung mit personenbezogenen Finanzierungsarrangements,
2. ein personenbezogenes Finanzierungssystem und
3. die örtliche Angebots- und Teilhabeplanung [ASMK 2008].

Für die Einrichtungen und Träger der Eingliederungshilfe bedeutet der Transformationsprozess vor dem Hintergrund der fachlichen und rechtlichen Anforderungen ein enormer Prozess der Veränderungen. Der BeB führt hierzu aus:

„Als Zielstellung der Konversion in der Eingliederungshilfe ist die Dienstleistung zu sehen, die das jeweils mögliche Höchstmaß an gleichberechtigter Teilhabe und Inklusion des Menschen mit Assistenz in den Blick nimmt und verwirklichen kann“ [BeB 2008, 5].

Für die traditionellen Anstalten und Komplexeinrichtungen stellt sich die Frage, welche Funktionen den bisherigen Anstaltsgeländen zukommen soll, wenn unter der Zielstellung der Inklusion immer mehr Menschen dezentrale und wohnortnahe Unterstützungsangebote nutzen. Am konsequentesten hat die Evangelische Stiftung Hephata in Mönchengladbach gehandelt: mittelfristig wurde das Anstaltsgelände zugunsten einer normalen Wohnbebauung veräußert [Evangelische Stiftung Hephata 2009, 35].

Ähnliche Wege schreiten die von Bodelschwingsche Stiftung Bethel, Diakonie Stetten und Niederramstädter Diakonie. Dabei wurde laufend die Frage diskutiert, wen man für ein Leben auf dem Anstaltsgelände (gewerblich oder privat) begeistern könnte. Dadurch vollzieht sich auch der Paradigmenwechsel, nämlich nicht mehr Orte, Anstalten, Heime zum Leben für MmB zu gestalten, sondern Orte und Sozialräume lebendig mitgestalten, überall dort, wo Menschen mit Behinderungen und Menschen ohne Behinderungen wohnen, arbeiten und zusammenleben.

Für die fachliche Perspektiventwicklung und unternehmerischen Herausforderungen befassen sich Einrichtungen und Träger der Behindertenhilfe mit der

- PE und OE
- mit den neuen Anforderungen an „alte“ Berufsgruppen
- dem Kompetenzwandel in Richtung Arbeiten in Netzwerken und Kooperationen
- und dem Gestaltungswillen und -möglichkeiten, den Führungskräfte mit sich bringen müssen .

Damit sind für die „personenzentrierten Organisationen“ dezentrale Strukturen und lokale Autonomien erforderlich und sie unterliegen damit den Prämissen des Change Managements.

Die Entwicklung von der Institutionen- zur Personenorientierung ist ein aufwendiger Transformationsprozess für Träger und Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Die Veränderungen finden einerseits auf der Subjektebene, der Mikroebene statt und sind dennoch auf der Grundlage bestehender Rahmenbedingungen wie Recht, Finanzen, Demografie und Gesellschaft realistisch einzubeziehen. Dabei soll die Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen mit steigenden Teilhabechancen zunehmen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literaturverzeichnis

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) (Hrsg.): Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe in SGB XII. Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“, Berlin 2009

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.): Die UN Behindertenrechtskonvention Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, Berlin 2009

- Beck, Iris/Greving, Heinrich (Hrsg.): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen, in: Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik hrsg. Beck, Iris /Feuser, Georg/Jantzen, Wolfgang, Wachtel, Peter, Stuttgart 2011
- Budde, Wolfgang/Früchtel, Frank: Sozialraumorientierte soziale Arbeit – ein Modell zwischen Lebenswelt und Steuerung, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins 7/2005, Seite 238ff.
- Budde, Wolfgang/Früchtel, Frank: Sozialraumorientierte soziale Arbeit – ein Modell zwischen Lebenswelt und Steuerung, in Nachrichtendienst des Deutschen Vereins 8/2005, Seite 287f.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hrsg.): ABC Behindertenhilfe online [abgerufen am 10.01.2013]
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin 2011
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Hrsg.): Konzept zur Konversion von Komplexeinrichtungen in der Behindertenhilfe. Eine Handreichung für Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe e.V., Berlin 2008, Seite 6
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Hrsg.): Orientierung Heft 4/2012, Universal-Design – EINE Umgebung – für ALLE
- Bundesverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) (Hrsg.): Grundordnung des DBSH e. V., Essen 2009
- Buss, Franz Josef (Hrsg.): System der gesamten Armenpflege in drei Bänden, München 1843-1846
- Burla, Stefan (Hrsg.): Rationales Management in Nonprofit-Organisationen, Bern und Stuttgart 1989, Seite 108f.
- Deutscher Verein für Rehabilitation e. V.(DVfR) (Hrsg.): Dokumentation zum Jubiläumskongress - 100 Jahre DVfR: Rehabilitation zwischen Tradition und Innovation - Herausforderungen heute und morgen, Heidelberg 2009

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (Hrsg.): Schriftenreihe CBP spezial - Heft 5: Teilhabeforschung jetzt! Eine Einladung an Forschung und Lehre, Freiburg 2012

Conty, Michael: Was passiert wenn nichts passiert? Dezentralisierung in Großeinrichtungen, in: Orientierung 1/2009, Seite 10f.

Conty, Michael/Sauer, Martin (Hrsg.): Behindertenhilfe entwickeln. Fachliche Perspektiven und unternehmerische Herausforderungen, Bethel Beiträge 60, Bielefeld 2010, Seite 7f.

Dau, Dirk/Düwell, Franz Josef/Haines, Hartmut (Hrsg.): Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar LPK – SGB IX, Baden-Baden 2002

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt 2011

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Eckpunkte für einen inklusiven Sozialraum, Frankfurt 2011 (abgerufen am 10.03.2013)

Feuser, Georg: 25 Jahre Integrations-/Inklusionsforschung: Rückblick – Ausblick: Eine kurze kritische Analyse, in Inklusiv gleich gerecht? hrsg. von Seitz, Simone/Finnern, Nina-Kathrin, et al., Bad Heilbrunn 2012

Früchtel, Frank/Cyprian, Gudrun/Budde, Wolfgang (Hrsg.): Sozialer Raum und Soziale Arbeit: Textbook: theoretische Grundlagen, Wiesbaden 2007

Graumann, Sigrid (Hrsg.): Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte, Frankfurt 2011, Seite 46

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans: „Lebensweltorientierung in der Behindertenhilfe“, in: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik 2/2006, 75. Jg., S.144f.

Jammer, Max (Hrsg.): Das Problem des Raumes, darin Einstein, Albert: Vorwort, Seite XI I - XV, Darmstadt 1960

Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian/Maurer, Susanne/Frey, Oliver (Hrsg.): Handbuch Sozialraum, Wiesbaden 2005, Seite 111

- Mühlum, Albert/Gödecker-Geenen, Norbert (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Rehabilitation, München 2003, Seite 11
- Ramm, Diana/Welti, Felix: Bedarfsgerechte Begutachtung – Keine stationäre Leistung gegen den Willen des behinderten Menschen bei nicht bedarfsgerechter Einrichtung – LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 02.02.2009, L 8 SO 59/08 ER; Forum A, Beitrag A11-2011 [Aufruf am 10.01.2013 [www.reha-recht.de]
- Rohrmann, Albrecht/Schädler, Johannes: Schwerter zu Pflugschafen? Zur Konversion von Großeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, BHP 50(2011) 3, Seite 1-18
- United Nations: Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, New York
- Wansing, Gudrun (Hrsg.): Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion, Wiesbaden 2005
- Wasel, Wolfgang: Inklusion – Eine strategische Herausforderung für Sozialunternehmen, in Teilhabe 2/2012, Seite 85 - 89
- Welke, Antje (Hrsg.): UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, Berlin 2012
- Welti, Felix (Hrsg.): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Kiel 2005, Seite 117
- Welti, Felix: Rechtsgrundlagen für Gesundheit und Rehabilitation, Seite 280f, in: Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen hrsg. von Beck, Iris/Greving, Heinrich in der Reihe Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 6, Stuttgart 2011
- Zimmer, Anette/Nährlich, Stefan.: Zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Sozialwirtschaft, S. 64f., in: Arnold, Ulli/Maelicke, Bernd (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Baden-Baden 1998

Zimmermann, Markus (Hrsg.): Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz. Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung, Halle 2007, Seite 3