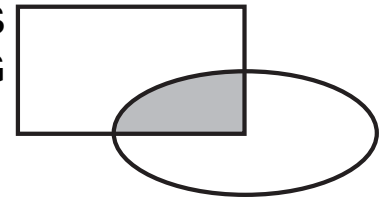


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



14. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2018

Inhalt

Themenschwerpunkt: Teilhabe und Selbstbestimmung durch das BTHG?!

- 3 Editorial
- 4 *Stephan Dettmers*
Soziale Teilhabe als zentrale Ausrichtung
Klinischer Sozialarbeit
- 7 *Felix Welti*
Teilhabe und Recht: Was ändert sich durch das
Bundesteilhabegesetz?
- 9 *Christian Huppert*
Das Bundesteilhabegesetz: Chancen und Grenzen
für wirksam erlebte Teilhabe
- 12 *Manuela Sjöström*
Soziale Teilhabe in Schweden
- 13 *Yvonne Kahl*
Teilhabe fördern durch Sozialraumorientierung:
(k)ein Automatismus der Sozialpsychiatrie
- 15 Rezensionen von Elisabeth Steiner
- 16 Infotext von Dieter Röh
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
- 2 Zu den Autor*innen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Zu den Autor*innen dieser Ausgabe

Sebastian Bönisch, MBA Sozial- und Gesundheitsökonomie, Sozialarbeiter B.A., Antonius Netzwerk Mensch, Leitung Kommunikation, Mitglied im Bundesvorstand der DVSG. Kontakt: S.Boenisch@antonius-fulda.de

Stephan Dettmers, Prof. Dr., Professor für Klinische Sozialarbeit und Sozialmedizin, Fachhochschule Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, 1. Bundesvorsitzender DVSG. Kontakt: stephan.dettmers@fh-kiel.de

Christian Huppert, Prof. Dr. phil., Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen, Sozialarbeitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Behinderung und Inklusion. Kontakt: christian.huppert@fh-bielefeld.de

Yvonne Kahl, Dr. phil., Klinisch-therapeutische Sozialarbeiterin (M.A.), Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen im Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement. Kontakt: yvonne.kahl@posteo.de

Dieter Röh, Prof. Dr., Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, MPH, Professor für Soziale Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Sprecher des Forschungsverbundes BAES-CAP. Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de

Manuela Sjöström, Dr. phil., Soziale Arbeit; LB an der Universität Göteborg im FB Soziale Arbeit, Praxisbetreuung, Internationale Soziale Arbeit und Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Kontakt: manuela.sjostrom@socwork.gu.se

Elisabeth Steiner, FH-Prof., Mag. Dr., DSA, FH Campus Wien, Studiengangsleiterin des MA Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit, Leiterin Kompetenzzentrum Soziale Arbeit. Kontakt: elisabeth.steiner@fh-campus-wien.ac.at

Felix Welti, Prof. Dr. iur., Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung. Kontakt: welti@uni-kassel.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner
Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum
Bensheim

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mitweida

BTHG-Kompass des Deutschen Vereins

Damit ein neues Bundesgesetz in der Praxis ankommen kann, sind für einige Regelungen Richtlinien oder Verfahrensabsprachen auf Länder- oder Kostenträgerebene notwendig. Zur Umsetzungsbegeleitung des BTHG bietet der Deutsche Verein unter umsetzungsbegleitung-bthg.de in einem vom

BMAS geförderten Projekt eine Plattform mit Informationen zu Rechtsänderungen und Reformstufen, Fachdiskussionen und Veranstaltungen. Mit dem BTHG-Kompass soll ein umfassendes Kompendium aus verschiedensten Materialien zur Verfügung stehen.

BMAS-Kampagne »Gemeinsam einfach machen«

Unter gemeinsam-einfach-machen.de bündelt das BMAS Informationen zum Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sowie zum Bundesteilhabegesetz (BTHG), weitgehend in Alltagssprache: Materialien, Dokumen-

tationen, Best-Practice-Beispiele, Forschungsberichte und Förderrichtlinien (u. a. zur ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung EUTB), Stellungnahmen, Sitzungsprotokolle der Arbeitsgruppe und frühere Gesetzentwürfe.

DVSG-Stellungnahme zum BTHG

Als Fachverband für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen übermittelte die DVSG im Mai 2016 eine Stellungnahme zum damaligen Referentenentwurf an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), die im Reformprozess anerkannt wurde.

Grundsätzlich begrüßte die DVSG darin die Zielsetzung des BTHG, das Teilhaberecht im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention weiterzuentwickeln. Kritisch betrachtet wurden v. a. die Regelungsstatbestände zur Beratung. Durch den Wegfall der Gemeinsamen Servicestellen und die Einführung sog. Ansprechstellen befürchtete die DVSG Versorgungslücken im Sozialraum. Die trägerübergreifende (Beratungs-)Perspektive fällt hinter den zuvor bestehenden rechtlichen Rahmen zurück. Auch die neu eingeführten Beratungsstrukturen einer ergänzenden unabhängigen Beratung wurden als unzureichend bewertet. Die DVSG unterstützt den Peer-Counseling-Ansatz als Förderung von Selbsthilfe, kritisiert aber, dass bestehende professionelle und institutionalisierte Beratungsstrukturen dafür abgewertet oder ersetzt werden.

Die Beratungs- und Versorgungslandschaft im Gesundheitswesen sei schon damals hoch komplex und für Betroffene kaum zu überblicken gewesen. Zusätzlich sei für eine umfassende Teilhabe das Wissen über strukturelle sowie regionale Versorgungsangebote und deren Zugang notwendig. Gefördert werden sollten auch professionelle An-

gebote, die regionalen Besonderheiten Rechnung tragen. Komplexe Beratungen und Begleitung von Menschen mit Behinderung werden v. a. Rehabilitationszugang und Nachsorge in der Praxis durch Sozialdienste und/oder Soziale Arbeit in Beratungsstellen übernommen. Nur unter Berücksichtigung professioneller Beratungsstandards und einer sozialräumlichen Handlungsperspektive könne umfassende und individuelle Teilhabe ermöglicht werden.

Die Änderungen im Stammgesetz des SGB IX traten am 01.01.2018 in Kraft. Wie viele Stellungnahmen wurden die Anregungen der DVSG inhaltlich nicht berücksichtigt, sodass die Regelungsstatbestände zur Beratung weiterhin kritisch zu sehen sind. Sozialarbeiter*innen müssen aufmerksam mögliche Versorgungslücken im Sozialraum und eine Abwertung bestehender und zu etablierender Beratungsstrukturen beobachten, darauf hinweisen und die Entwicklung mit regionalen Lösungsansätzen konterkarieren.

Weitere Informationen

Stellungnahme der DVSG: www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/IAS/BTHG/Stellungnahme_Deutschen_Vereinigung_Soziale_Arbeit.pdf?__blob=publicationFile&v=2
Weitere Stellungnahmen: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/IAS/Umsetzung_BTHG/Stellungnahmen_BTHG/Stellungnahmen.html

05.-07.09.2018: 10. Bundeskongress Soziale Arbeit

Der Bundeskongress »Der Wert des Sozialen – Der Wert der Sozialen Arbeit« (buko-soziale-arbeit.de) auf dem Campus Bielefeld versteht sich als Diskus-

sionsforum, in dem sich die Soziale Arbeit fachlich-politisch positioniert und die bestehende Soziale Arbeit mit dem konfrontiert, was sie sein könnte.

In eigener Sache: die nächsten Themen der Zeitschrift

- Juli 2018: »Biopsychosoziale Diagnostik« (Redaktionsschluss 01.04.2018)
- Oktober 2018: »Partizipative Forschung« (Redaktionsschluss 01.07.2018)

Kontakt & weitere Informationen
Anna Lena Rademaker
(anna.lena.rademaker@dvsg.org)

Impressum

Herausgeber

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v. i. S. d. P.)
DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam

Karlheinz Ortmann (Leitung)
Gerhard Klug, Ute Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh

Anzeigenakquise

Ingo Müller-Baron
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Prof. Dr. Karlheinz Ortmann
Katholische Hochschule für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin
Tel. 030 50 10 10-84
karlheinz.ortmann@khsb-berlin.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Bachmann & Weiss Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM soziale Arbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2470

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung durch das Bundesteilhabegesetz? Die Relevanz sozialer Teilhabe und der Auftrag unserer Profession müssen angesichts des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) neu überdacht werden.

Ob Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem, erhöhte Einkommens- und Vermögensgrenzen, Budget für Arbeit, Teilhabekonferenzen oder unabhängige Teilhabeberatung: Das BTHG stellt die größte Reform der Sozialgesetzbücher seit 2001 dar und hat Einfluss auf die Ausgestaltung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit.

Nahezu das gesamte SGB IX wird neu justiert – es handelt sich um ein stark modifiziertes Reha- und Teilhaberecht. Das Leistungsgeschehen in diesem Bereich wird sich in den nächsten Jahren deutlich verändern. Auswirkungen werden unmittelbar im Sozial- und Gesundheitswesen in den unterschiedlichsten Praxisfeldern spürbar sein, insbesondere für Klient*innen Sozialer Arbeit, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen.

Allein jedoch die rechtlichen Änderungen zu benennen und Auswirkungen auf die Praxis zu ermitteln, ist nicht ausreichend. Klinische Sozialarbeit muss deutlicher machen, welche professionellen Beiträge sie für die umfassende und individuelle Teilhabe von Menschen leistet und zukünftig leisten kann. Von professionellen Beratungskonzepten über sozialräumliche Ansätze bis zu sozialtherapeutischen Interventionen und empirischer Forschung: Die Förderung Sozialer Teilhabe ist eine zentrale professionsspezifische Kompetenz. Diese Sachverständigkeit gilt es, disziplinar in den wissenschaftlichen und politischen Diskurs und professionsorientiert in jeweilige Organisationen und Arbeitsfelder einzubringen.

Die Weiterentwicklung des Teilhaberechts durch das BTHG hat wie bei vielen Reformprozessen eine längere Vorgeschichte. Maßgeblich für den Beginn der Reformbewegung waren die signifikant steigenden Empfängerzahlen und Kosten der Eingliederungshilfe. Die Sozialhilfe als einer der sieben Rehabilitationsträger trägt ein Ausgabenvolumen von über 50 Pro-

zent aller Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Hinzu kommt, dass im Verhältnis der Gesamtausgaben der Kommunen die Eingliederungshilfe mittlerweile über die Hälfte aller kommunalen Kosten ausmacht, auch das entzieht sich größtenteils dem Bewusstsein der Öffentlichkeit. Zur Entlastung der steigenden Ausgaben für Teilhabeleistungen durch die Länder hat die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) bereits Ende 2007 die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu erarbeiten und eine Beteiligung des Bundes an den Kosten zu prüfen.

Zentrale Änderung waren die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem bisherigen Fürsorgesystem der Sozialhilfe und die Weiterentwicklung zu einem modernen Teilhaberecht. Die Leistungen sollten sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend einem bundeseinheitlichen Verfahren personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden. Hinzukommt die vertragliche Zusage der Entlastung der Kommunen um 5 Milliarden Euro jährlich ab 2018. Die Neugestaltung der Teilhabeausgestaltung soll gleichzeitig nicht zu höheren Kosten führen. Es stellt sich die Frage, inwieweit das BTHG somit eine Verbesserung des Versorgungsgeschehens und eine Stärkung sozialer Teilhabe erreichen kann.

Nicht nur die rechtlichen Änderungen gilt es für die Soziale Arbeit im Blick zu behalten. Vielmehr stellt sich die Frage der Relevanz sozialer Teilhabe und Sozialer Arbeit im neuen Reha- und Teilhaberecht. Im Zusammenhang mit der holistischen biopsychosozialen Betrachtungsweise erscheint die aktive und begründete Ausgestaltung von Eingliederungshilfen künftig unverzichtbar zur Optimierung sozialer Teilhabe. Nach § 90 SGB IX ist es zentrale Aufgabe der Eingliederungshilfe, die »individuelle Lebensführung« so zu ermöglichen, dass sie »der Würde des Menschen« entspricht. Die Ausgestaltung durch Fachkräfte wird in § 97 SGB IX unkonkret beschrieben, und »unterschiedliche Fachdisziplinen« werden zu unkonkret benannt. Anhand der professionellen Wissensbestände und

Kompetenzen ist die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit prädestiniert, auch weiterhin zentrale Profession und Disziplin bei der Entwicklung und Durchführung von teilhabeorientierten Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe zu sein.

Professionelle Soziale Arbeit hat gleichzeitig mit dem Umstand zu tun, dass unabhängige ergänzende Peer-Beratung nach § 32 SGB IX die bisherige Beratungslandschaft nachhaltig verändern wird. Selbsthilfeaktivitäten werden zunehmend sozialpolitisch gefördert und in das Versorgungssystem integriert. Soziale Arbeit mit ihren ressourcenorientierten und empowerment-gestützten Beiträgen kann hierbei im Zusammenspiel zwischen etablierten Beratungsformen und ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung eine zentrale moderierende und integrierende Rolle spielen.

Es besteht das Risiko für behinderte und von Behinderung bedrohte sowie chronisch erkrankte Menschen, nur qualitativ unzureichende Leistungen zu erhalten, wenn es nicht gelingt, die Bedürfnisse und Interventionsbedarfe zielgerichtet zu identifizieren und geeignete Maßnahmen anzubieten. Hier hat das BTHG keine klare Orientierung gegeben, und viele unbestimmte Rechtsbegriffe müssen nicht nur juristisch, sondern auch fachlich angereichert und interpretiert werden.

Als Eröffnungsbeitrag dieser Ausgabe erörtert *Stephan Dettmers*, inwieweit die Soziale Arbeit Teilhabe theoretisch formen und praktisch umsetzen kann. Für einen Überblick über das neue Reha- und Teilhaberecht bündelt *Felix Welti* die gesetzlichen Änderungen durch das BTHG, bevor *Christian Huppert* auf die Chancen und Grenzen des Gesetzes eingeht, die insbesondere für die Soziale Arbeit relevant sind. *Manuela Sjöström* thematisiert in ihrem Beitrag den Teilhabezugang in Schweden, und ein wesentlicher Aspekt der Teilhabeförderung durch die Sozialraumorientierung in der deutschen Sozialpsychiatrie wird von *Yvonne Kahl* vorgestellt.

Für die Redaktion
Sebastian Bönisch
und Stephan Dettmers

Soziale Teilhabe als zentrale Ausrichtung Klinischer Sozialarbeit

Stephan Dettmers

Seit über 100 Jahren ist die Thematik der Teilhabe Bestandteil des Gegenstandes Sozialer Arbeit. Insbesondere Richmond (1917) und Salomon (1926/2004) haben mit ihren Veröffentlichungen zur sozialen Diagnose systematische Schritte beschrieben, die auch Teilhabezugänge beleuchten (vgl. ebd., S. 256-260). Klinische Sozialarbeit nimmt als Fachsozialarbeit explizit Bezug auf das besondere Verständnis der Person-in-ihrer-Welt (Pauls, 2011/2013) und thematisiert sozialtherapeutisch die Interaktion zwischen gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und den sie umgebenden sozialen Netzwerken. Sie leistet mit ihren Interventionen zu sozialer Sicherung, sozialer Unterstützung und persönlicher Entwicklung bei gesundheitlichen Einschränkungen einen gesundheitsstabilisierenden Beitrag und berücksichtigt gleichermaßen die betroffene Person in ihrer sozialen und geografischen Umwelt (vgl. Ansen, 2010, S. 88).

Rechtliche Dimension des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)

Für die Klinische Sozialarbeit ist die Einbindung der sozialrechtlichen Dimension von Teilhabe selbstverständlich, um den inklusionsorientierten Zugang zu Rehabilitation und Teilhabe zu fördern. Die Rechtsgrundlagen im BTHG (SGB IX) sind dabei von besonderer Bedeutung. Die neue Begriffsbestimmung von Behinderung nach § 2 Abs. 1 SGB IX bietet fachliche Ansatzpunkte:

»(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist« (Deutscher Bundestag, 2016, S. 3234)

Die »Wechselwirkung[en]« (ebd.) zwischen Person und Umwelt sind vom Gesetzgeber hinsichtlich der Hindernisse für eine erfolgreiche Teilnahme nun ausdrücklich benannt worden. Teilhabe soll gleichberechtigt im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen ermöglicht werden. Soziale Arbeit hat die soziale Gerechtigkeit mit dem Fokus auf Chancengleichheit und Ressourcenorientierung in ihrer internationalen Definition der International Federation of Social Work (IFSW) aus dem Jahre 2014 benannt (IFSW & IASSW, 2014).

Teilhabe ist in Deutschland gebunden an eine rechtliche Rahmung, die nicht nur, aber hauptsächlich über das BTHG und im Sinne des UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) definiert wird. Das Sozialrecht in Deutschland bietet nach Welti und Wiebelitz-Spangenberg (2017) Humandienstleistungen einschließlich Klinischer Sozialarbeit dafür den »Ordnungsrahmen« (S. 59f.), d.h., »konkrete Leistungen« (ebd.) zur Förderung von Teilhabe müssen rechtlich so reguliert sein, dass daraus Verträge zwischen berechtigten Personen und Leistungsanbietern abzuleiten sind. Besonders relevant sind Leistungen nach § 4 (1) SGB IX, die in ihrer hohen Abstraktion und Unbestimmtheit weitere fachliche Konkretisierungen durch die Klinische Sozialarbeit erfordern. So sind weitere Leistungsangebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Kontext von Erwerbsleben, Unterhaltssicherung, Bildung und sozialer Teilhabe zu entwickeln (vgl. § 5 SGB IX).

Zum Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) gehören die Feststellung des individuellen Rehabilitationsbedarfs, Offenlegung von Assessmentinstrumenten, Einbeziehung von Leistungserbringern, Definition von Teilhabezielen und die Partizipation von betroffenen Menschen nach dem Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX) sowie die Wünsche von pflegenden Angehörigen. Die Berücksichtigung verschiedener Interessen in einem fallbezogenen Verfahren ist für die Klinische Sozialarbeit ein etablierter Bestandteil ihres professionellen Wirkens und hat sich methodisch z.B. durch Case Management und weitere einzelfallbezogene Zugänge bewährt (vgl. Dettmers, 2017).

Theoretische Aspekte zur Teilhabe

Klinische Sozialarbeit kann ihre fachlichen Potenziale am besten mit einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit entfalten (vgl. Pauls, 2011/2013). Bei Behinderungen und chronischen Erkrankungen wird diese Verschränkung sichtbar, wenn z.B. körperliche Funktionseinschränkungen Folgen für die psychische Stabilität haben und Veränderungen in den sozialen Bezügen durch zunehmende Isolation oder Exklusionsrisiken entstehen können (vgl. Sichelschmidt & Cramer, 2015). Das BTHG ist eng mit der *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* verbunden, da das biopsychosoziale Konzept der ICF die funktionale Gesundheit als zentrales Bewertungskriterium einführt (DIMDI, 2001/2005). Nach diesem Konzept ist eine Person dann als funktional gesund anzusehen, wenn vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (materiell, sozial, verhaltensbezogen, personenbezogen, persönlich) folgende Aspekte erfüllt sind (vgl. INSOS, 2009, S. 21):

- 1 Ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Strukturen entsprechen allgemein anerkannten Normen.
- 2 Sie kann alles tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird.
- 3 Sie kann ihr Dasein in allen Lebensbereichen entfalten, die ihr wichtig sind. Und zwar in der Weise und in dem Umfang, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird (betrifft den Bereich der Partizipation).

Als Referenz dient die Gruppe der Gleichaltrigen ohne entsprechende Gesundheits- und Teilhabeproblematik. Eine Person ist also dann funktional gesund, wenn sie möglichst kompetent mit möglichst gesunder Konstitution an möglichst normalisierten und subjektiv befriedigenden Lebensbereichen teilnimmt und eingebunden wird. Die transdisziplinäre Ausrichtung Klinischer Sozialarbeit bietet hierbei die Chance, das Wechselspiel zwischen Person und Umwelt im Zusammenhang mit Behinderung und chronischen Erkrankungen empirisch zu beforschen, um daraus Diagnoseinstrumente und Interventionen zu entwickeln. Zur theoretischen Kontextualisierung

bieten sich die Ansätze der Lebensweltorientierung, Lebensbewältigung und Person-in-Environment-Perspektive an.

Lebensweltorientierung

Reduzierte Teilhabemöglichkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen aufgrund von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen haben unmittelbar Einfluss auf die Alltagsgestaltung. Zur Führung eines selbstbestimmten Lebens und zur Erreichung hoher Lebensqualität müssen auch alltagsorientierte Zugangsmöglichkeiten bestehen (vgl. Scherr, 2004). Die Zugänge in den Alltag werden theoretisch erklärbar über die Lebensweltorientierung nach Thiersch (2014, S. 8; vgl. auch Lambers, 2016, S. 104), die auf den Zusammenhang zwischen der »Pluralisierung von Lebenslagen und der Individualisierung von Lebensverhältnissen« (Thiersch, 2014, S. 18) verweist. Im Mittelpunkt der Lebensweltorientierung stehen der jeweilige Alltag von Menschen und deren eigene Interpretation ihrer Lebenswelt, die durch Raum, Zeit und soziale Erfahrungen strukturiert wird (vgl. Engelke et al., 2014). Die kritische Alltagstheorie ist der dritte Zugang zur Konzeptionierung des Verständnisses von Lebenswelt (ebd.).

Die Lebensweltorientierung fokussiert den subjektiven Zugang in die Lebenswelt des/der Einzelnen und bietet der Klinischen Sozialarbeit bei der Teilhabeförderung eine lebensweltbezogene Einschätzung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen.

Lebensbewältigung

Mit dem Konzept der Lebensbewältigung thematisierte Böhnisch (2005) die »Bewältigung von Lebensaufgaben« (Lambers, 2016, S. 111) im »Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft« (ebd.). Er fokussierte die unterschiedlichen Anforderungen an Menschen in den biografischen Lebensphasen (ebd.; vgl. auch Böhnisch, 2005). In Anlehnung an das Stress-Coping-Konzept von Lazarus (1974) geht es bei der Lebensbewältigung um das Bestreben, ein dauerhaftes psychosoziales Gleichgewicht zu erreichen. Diese Balance entsteht durch das Zusammenwirken zwischen »Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit« (Lambers, 2016, S. 111; vgl. bereits Böhnisch & Schröder, 2013, S. 26; Engelke et al., 2014; Böhnisch, 2005, S. 203). Damit koppelt Böhnisch (2005) erfolgreiche subjektive Lebensbewältigung an die vorhandenen Handlungsmöglichkeiten von Klient*innen, und es lassen sich folgende Unterstützungsszenarien Klinischer Sozialarbeit ablei-

ten (vgl. Lambers, 2016; Böhnisch & Schröder, 2013):

- Soziale Arbeit muss wahrnehmen können, wie Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen bisher alltäglich schwierige Lebenssituationen bewältigen.
- Planung und Durchführung von Interventionen in der Fallarbeit müssen sich an diesen klient*innenbezogenen Handlungsebenen über Partizipation konzeptualisieren.
- Die gesellschaftliche Perspektive Klinischer Sozialarbeit und ihre Rahmenbedingungen müssen bei der Unterstützung behinderter und chronisch kranker Menschen zu mehr Autonomie berücksichtigt werden.
- Eine ethische Reflexion ist notwendig, da sich Soziale Arbeit immer normorientiert zwischen den Polen »Normalität« und »Abweichung« bewegt und sich daher mit gesellschaftlichen Werten bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Gesundheitsrisiken auseinandersetzen muss.

Person-in-Environment-Perspektive

Die Optimierung sozialer Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ist für die Klinische Sozialarbeit eine zentrale Zieloption. Unter Nutzung der Person-in-Environment-Perspektive ist der reziproke sozialkommunikative Austausch zwischen Mensch und sozialer Umwelt ein Bestandteil von stabiler Gesundheit (vgl. Dettmers, 2016; Walther & Deimel, 2016). Die Berücksichtigung sozialökologischer Theorien wie des Life-Modells von Germain und Gitterman (1980/1999) führt dazu, Interaktionen von Menschen untereinander als kontextbezogen zu begreifen. Dazu gehört neben der Berücksichtigung des sozialen Netzwerkes einer Person (z. B. Familie) auch die regionale Infrastruktur (vgl. Pauls, 2011/2013). Die Berücksichtigung des Terminus der Ökologie wird bei Germain und Gitterman (1980/1999) als Metapher für die reziproken und abhängigen Beziehungen zwischen Lebewesen bzw. Person (P) und Umwelt (U) verwendet. Ähnlich der »biotischen Gemeinschaft« (ebd., S. 5) unter Berücksichtigung von Pflanzen- und Tierwelt und einer physikalischen geografischen und klimatischen Umwelt verhält es sich auch bei Menschen. Diese Sichtweise konkretisiert die »soziale Aufgabe« (ebd.) Sozialer Arbeit. Aus der Balance geraten können sowohl Beziehungen der Menschen untereinander als auch das ökologische Gleichgewicht der Umwelt (Lambers, 2016, S. 162; Engelke et al., 2014, S. 355). Dies

kann Anpassungsprozesse zwischen Person und Umwelt empfindlich stören, die zur Teilhabe erforderlich sind. Zu den entstehenden Lebensbelastungen aufgrund von Behinderung oder chronischen Erkrankungen lassen sich in Anlehnung an Germain und Gitterman (1980/1999) folgende Aspekte differenzieren (vgl. Engelke et al., 2014):

- *Schwierige Lebensveränderungen:* Bei gesundheitlichen Einschränkungen erfolgt eine Transition von einem stabilen in einen instabilen Gesundheitszustand.
- *Druck aus der Umwelt:* Aufgrund der Erkrankung erfolgen Veränderungen in der sozialen Umwelt; Menschen mit gesundheitlichen Störungen sind bedroht durch einen Verlust an Autonomie und Fremdbestimmung sowie durch negative ökonomische Konsequenzen.
- *Dysfunktionale Prozesse innerhalb von Familien, Gruppen und Gemeinwesen:* Bei problematischen familiären Strukturen können Kommunikationsprozesse und Unterstützungsbereitschaft eingeschränkt bzw. gestört sein.

Eine Beachtung der ökosozialen Perspektive ist aber nicht nur sinnvoll zur Erhebung personenbezogener Daten von behinderten oder chronisch kranken Menschen zur Beurteilung des Teilhabestatus, sondern es kann auch der Interventionszugang Sozialer Arbeit bestimmt und eingegrenzt werden. Die Stärkung der individuellen und sozialen Bewältigungsressourcen von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ist über das ökosoziale Paradigma theoretisch zu begründen (vgl. Lambers, 2016). Diese Perspektive innerhalb der Sozialen Arbeit erweitert den systemtheoretischen Rahmen im Hinblick auf das biologische und soziale Bezugssystem von Individuen und ergänzt so die individualistisch geprägten Behandlungsmodelle der medizinischen Fachberufe.

Rehabilitations- und Teilhabeleistungen

Die empirisch begründete und plausible Ausgestaltung von Eingliederungshilfen ist künftig unverzichtbar zur Optimierung sozialer Teilhabe. § 90 SGB IX nimmt Stellung zur Aufgabe der Eingliederungshilfe. Die »individuelle Lebensführung« ist so zu ermöglichen, dass sie »der Würde des Menschen« entspricht. Die Ausgestaltung durch Fachkräfte wird in § 97 SGB IX beschrieben und »unterschiedliche Fachdisziplinen« werden erwähnt, die eine ihren Aufgaben entsprechende Ausbildung erhal-

ten haben und insbesondere über umfassende Kenntnisse des Sozial- und Verwaltungsrechts, über den leistungsberechtigten Personenkreis nach § 99 oder von Teilhabebedarfen und Teilhabebarrieren verfügen.

Dazu werden Kenntnisse über den regionalen Sozialraum sowie Möglichkeiten der Interventionen im Rahmen der Eingliederungshilfen und kommunikative Fähigkeiten erwartet (Deutscher Bundestag, 2016, S. 3266). Klinische Sozialarbeit ist häufig tätig in der Eingliederungshilfe mit Menschen, die aufgrund von Behinderung oder chronischer Erkrankung in ihren Kompetenzen zur autonomen Ausgestaltung ihres Alltags sowie in der Interaktion mit ihrer Umwelt erheblich eingeschränkt sind. Die sog. Hard-to-Reach-Klient*innen bedürfen dabei einer professionellen Begleitung mit fachlich hoher Expertise (Walther & Deimel, 2016, S. 39). Daher muss die fehlende Spezifizierung in § 97 SGB IX seitens der Fachverbände Sozialer Arbeit um eigene Richtlinien und Qualifikationszuordnungen ergänzt werden. Anhand der professionellen Wissensbestände und Kompetenzen erscheint hier die Klinische Sozialarbeit prädestiniert, auch zentrale Profession und Disziplin bei der Entwicklung und Durchführung von teilhabeorientierten Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe bei Hard-to-Reach-Klient*innen zu sein. Sie hat aber auch mit dem Umstand zu tun, dass unabhängige ergänzende Peer-Beratung (§ 32 SGB IX) die bisherige Beratungslandschaft nachhaltig verändern wird. Selbsthilfeaktivitäten sind aus fachlicher und politischer Sicht gewollt und werden verstärkt in das Versorgungssystem integriert. Aufgrund ihrer empowerment-gestützten und ressourcenorientierten Zugänge sowie einer humanistischen Haltung könnte Klinische Sozialarbeit im Aufeinandertreffen von etablierten Beratungsformen und ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung eine moderierende und integrierende Rolle spielen. Es fehlen noch Beratungsstandards der Rehabilitationsträger und Leistungserbringer, erste Entwicklungen finden gerade statt (Dettmers et al., 2017).

Ansonsten besteht für behinderte und von Behinderung bedrohte sowie chronisch erkrankte Menschen das erhöhte Risiko, nur qualitativ unzureichende Leistungen zu erhalten, wenn es nicht gelingt, hoch qualifizierte Mitarbeiter*innen einzubinden, die Bedürfnisse und Interventionsbedarfe zu identifizieren und bestmögliche Interventionen anzubieten. Hier hat das BTHG keine Antworten gegeben. Es wird erforderlich sein, die

unbestimmten Rechtsbegriffe im Kontext zu fachlichen Beiträgen im SGB IX durch professionelle Zugänge Klinischer Sozialarbeit einschließlich einer optimierten Dokumentation und Evaluations sowie Begründung durch empirische Forschung zu konkretisieren. Die umsetzungsbegleitende Forschung lässt künftige gesetzliche Modifizierungen nach Einbindung neuer Erkenntnisse erwarten. Soziale Arbeit kann durch verstärkte Wirkungsforschung ihre gute Praxis in Rehabilitation und Eingliederungshilfe bestätigen und für neue Innovationen sorgen.

Herausforderungen für die Klinische Sozialarbeit

Die fachliche Herausforderung für die Klinische Sozialarbeit liegt in der konzeptionellen Einbeziehung der subjektiven Sichtweisen von beeinträchtigten Menschen und ihren Angehörigen (Brüggemann et al., 2007, S. 481). Die dauerhafte Erfahrung von Ausgrenzung und Stigmatisierung kann bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu Isolation und Einschränkung psychosozialer Wohlbefindens führen (Sichelschmidt & Cramer, 2015, S. 55). Soziale Teilhabe umfasst die bestmögliche Einbindung durch Integration in die persönliche Lebenswelt und Inklusion in die relevanten Funktionssysteme. Klinische Sozialarbeit ist als wesentlicher Impulsgeber für erfolgreiche Teilhabe aus sozialarbeitswissenschaftlicher, sozial- und gesundheitspolitischer sowie aus sozialrechtlicher Sicht einzubeziehen und gerade bei komplexen Teilhabestörungen unverzichtbar (Lambers, 2016, S. 189; Kleve, 2004, S. 182; Dettmers, 2017).

Literatur

- Ansen, H. (2010). Krankenhaus-Sozialarbeit. In H.-W. Hoefert & M. Härter (Hrsg.), *Patientenorientierung im Krankenhaus* (Reihe: Organisation und Medizin; S. 81-96). Göttingen: Hogrefe.
- Böhnisch, L. (2005). Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (2., überarb. u. akt. Aufl.; S. 199-213). Wiesbaden: VS.
- Böhnisch, L. & Schröer, W. (2013). *Soziale Arbeit – eine problemorientierte Einführung* (Reihe: Soziale Arbeit – Erziehungswissenschaft). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Brüggemann, S., Irle, H. & Mai, H. (2007). *Psychyrembel Sozialmedizin. Gesundheitssystem, Public Health, Sozialrecht, Rehabilitation, Prävention, Gesundheitsökonomie*. Berlin: de Gruyter.
- Dettmers, S. (2016). Nach dem Schlaganfall: Mögliche Folgen für die soziale Teilhabe aus der Perspektive von Partnerinnen und Partnern. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 29(3), 45-53.
- Dettmers, S. (2017). ICF-orientierte Diagnostik sozialer Teilhabe als konzeptionelle Begründung so-

- zialtherapeutischer Interventionen. In U. A. Lamme & H. Pauls (Hrsg.), *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung* (S. 75-90). Dortmund: vml.
- Dettmers, S., Voigt, M., Uhrig, A. & Blankenburg, K. (2017). Zwischenstand Expertenstandard psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA). *Forum DKG*, 32(6), 491-493.
- Deutscher Bundestag (2016). Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Vom 23. Dezember 2016. *Bundesgesetzblatt, Teil I* (Nr. 66, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016), 3233-3344.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (unveränd. Nachdr.). Köln: DIMDI (englisches Original erschienen 2001).
- Engelke, E., Borrmann, S. & Spatscheck, C. (2014). *Theorien der sozialen Arbeit. Eine Einführung* (6., überarb. u. erw. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Germain, C. B. & Gitterman, A. (1999). *Praktische Sozialarbeit. Das »Life Model« der Sozialen Arbeit. Fortschritte in Theorie und Praxis* (3., völlig neu bearb. Aufl.). Stuttgart: Enke (englisches Original erschienen 1980).
- International Federation of Social Workers (IFSW) & International Association of Schools of Social Work (IASSW) (2014). *Global Definition of Social Work*. Bern: IFSW. Online verfügbar: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work> [12.02.2018].
- INSOS – Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung Schweiz (2009). *Das Konzept der Funktionalen Gesundheit Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe*. Bern: INSOS. Online verfügbar: <https://www.insos.ch/assets/Downloads/Broschuere-Konzept-Funktionale-Gesundheit.pdf> [12.02.2018].
- Kleve, H. (2004). Die intime Grenze funktionaler Partizipation. In R. Merten & A. Scherr (Hrsg.), *Inklusion und Exklusion in der sozialen Arbeit* (S. 163-187). Wiesbaden: VS.
- Lambers, H. (2016). *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (Reihe: Lehrbuch; 3., überarb. Aufl.). Opladen: Budrich.
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological stress and coping in adaption and illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 321-333.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (letzte überarb. Aufl. erschienen 2011).
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Salomon, A. (2004). Soziale Diagnose. In A. Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften. Bd. 3: 1919-1948* (S. 255-314). Neuwied: Luchterhand (Original erschienen 1926).
- Scherr, A. (2004). Exklusionsindividualität, Lebensführung und Soziale Arbeit. In R. Merten & A. Scherr (Hrsg.), *Inklusion und Exklusion in der sozialen Arbeit* (S. 55-74). Wiesbaden: VS.
- Sichelschmidt, J. & Cramer, I. (2015). *Klinische Sozialarbeit als behandelnde Profession. Theoriebildung und Entwicklung eine Behandlungsansatzes*. Bargeheide: PsychMed Verlag.
- Thiersch, H. (2014). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel* (Reihe: Edition Soziale Arbeit; 9., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (Erstauffl. erschienen 1992).
- Walther, C. & Deimel, D. (2017). Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In J. Bischoff, D. Deimel, C. Walther & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (Reihe: Lehrbuch; S. 38-58). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Welti, F. & Wiebelitz-Spangenberg, C. (2017). Sozialrechtlicher Rahmen für Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen. *Arbeit und Recht*, 59(2), 59-64.

Teilhabe und Recht: Was ändert sich durch das Bundesteilhabegesetz?

Felix Welti

Die Koalitionsregierung aus CDU/CSU und SPD hatte sich die Fortentwicklung der Behindertenpolitik zur Verwirklichung gleichberechtigter Teilhabe im Sinne der Inklusion und Chancengleichheit zum Ziel gesetzt (vgl. Schmachtenberg, 2016; Gitschmann, 2016; Siefert, 2016; Fuchs, 2016). Dadurch sollten auch internationale Verpflichtungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention mit Rücksicht respektiert werden.

Gesetzgebungsverfahren

Der Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) wurde von der Bundesregierung am 28.06.2016 beschlossen. Er wurde am 22.09.2016 in erster Lesung im Bundestag beraten, und am 23.09.2016 nahm der Bundesrat umfangreich Stellung. Im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Bundestages erfolgte am 07.11.2016 eine Anhörung. Die Beschlussempfehlung und der Bericht des Ausschusses enthielten zahlreiche Änderungen. In der 2. und 3. Lesung am 01.12.2016 beschloss der Bundestag das BTHG und eine Entschließung auf Antrag der Regierungsfractionen. Der Bundesrat stimmte am 16.12.2016 zu, und das Gesetz wurde am 23.12.2016 verkündet (Deutscher Bundestag, 2016; zum Überblick vgl. Luik, 2017; Stumpf, 2017; Giraud & Schian, 2017; Text mit Einführung und Synopse: Bolwig et al., 2017).

Das Gesetz beinhaltet einen neu gefassten Teil 1 des SGB IX, der am 01.01.2018 in Kraft getreten ist. Hinzu kommen Änderungen im Schwerbehindertenrecht (seit 01.01.2018: SGB IX – Teil 3), die bereits zum 30.12.2016 in Kraft getreten sind, und ein neuer Teil 2 zum Recht der Eingliederungshilfe, der zum 01.01.2020 in Kraft treten wird und dem zum 01.01.2017 (Art. 11 BTHG) und zum 01.01.2018 (Art. 12 BTHG) Änderungen im SGB XII vorangegangen sind.

Neuer Behinderungsbegriff

Die Bestimmung von Behinderung in § 2 SGB IX wurde neu gefasst. Danach sind Menschen mit Behinderungen solche, die körperliche, geistige, seelische oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der

gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Die Regelung ist an Art 1 UN-BRK angelehnt (vgl. Schaumberg & Seidel, 2017a, S. 572; 2017b, S. 618; Frehe, 2016; Kessler, 2016, S. 373).

Vorrang der Rehabilitation

In die vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe (§ 9 SGB IX) sind die Jobcenter einbezogen worden (§ 9 Abs. 3 SGB IX). Zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit ist die Pflicht der Rehabilitationsträger zur Unterstützung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements expliziert worden (§ 10 Abs. 5 SGB IX). Modellvorhaben zur Stärkung der Erwerbsfähigkeit von Rentenversicherung und Jobcentern sind neu geregelt worden (§ 11 SGB IX).

Beratung, Bedarfsfeststellung, Zuständigkeitsklärung

Die Beratungspflicht der einzelnen Rehabilitationsträger, Jobcenter, Integrationsämter und Pflegekassen ist nach Wegfall der Gemeinsamen Servicestellen genauer geregelt worden und umfasst die Benennung von Ansprechstellen für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Träger (§ 12 SGB IX). Die Rehabilitationsträger wurden verpflichtet, zur einheitlichen und überprüfbaren Bedarfsfeststellung systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu entwickeln (§ 13 SGB IX) (Schubert et al., 2016).

Die Regelung zur Zuständigkeitsklärung und zu den Pflichten des leistenden Rehabilitationsträgers (§ 14 SGB IX) ist fortgeschrieben worden. Sie verweist nun auf die Instrumente nach § 13 (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Die Weiterleitung im Einvernehmen an einen dritten Träger in der laufenden Frist ist genauer geregelt worden (§ 14 Abs. 3 SGB IX; bisher § 14 Abs. 2 Satz 5). Neu und detailliert normiert wurde die Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern (§ 15 SGB IX) und dabei klargestellt, dass ein Antrag auch teilweise weitergeleitet werden kann. Diese Regelung verweist auf den Teilhabeplan. Ausführlicher geregelt wurden auch die Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern

(§ 16 SGB IX), bei denen eine Verwaltungskostenpauschale eingeführt wurde (§ 16 Abs. 3 SGB IX), sowie die Begutachtung (§ 17 SGB IX; bisher § 14 Abs. 5).

Ausführlich neu geregelt wurde der bisher vorgeschriebene Teilhabeplan (BAR, 2014) in Fällen, in denen Leistungen mehrerer Träger oder mehrerer Leistungsgruppen erforderlich sind (§ 19 SGB IX). Neu ist, dass der Teilhabeplan auch auf Wunsch des Leistungsberechtigten zu erstellen ist (§ 19 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). Er ist den Entscheidungen zu Grunde zu legen (§ 19 Abs. 4 SGB IX). Ein Verstoß kann einen Ermittlungsfehler und einen Ermessensfehler begründen. Bei der Erstellung kann eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt werden (§ 20 SGB IX). Endlich wurde geregelt, dass das Teilhabeplanverfahren auch für die Eingliederungshilfe und Jugendhilfe gilt (§ 21 SGB IX) (Schubert & Schian, 2016; kritisch: Heinisch, 2017). Einzubeziehen sind auch Pflegekassen, Integrationsämter, Jobcenter und Betreuungsbehörden (§ 22 SGB IX).

Neu geregelt wurde eine bis 2022 befristete Förderung ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung aus Bundesmitteln, insbesondere von Betroffenen für Betroffene (vgl. Wansing, 2016; Welti, 2016; § 32 SGB IX).

Leistungserbringung

Die Regelungen zum Persönlichen Budget (§ 29 SGB IX) sind ausführlicher gefasst worden, insbesondere die Zielvereinbarung. Klargestellt wurde, dass ein Budget auch durch einen einzelnen Leistungsträger erbracht werden kann (§ 29 Abs. 1 Satz 4 SGB IX).

Das Leistungserbringungsrecht in §§ 19-21 SGB IX wurde im Wesentlichen in die §§ 36-38 SGB IX übertragen. Neu ist, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchenrechtlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann (§ 38 Abs. 2 SGB IX; vgl. § 84 Abs. 2 Satz 5 SGB XI; § 124 Abs. 1 SGB IX ab 01.01.2020).

Leistungsrahmen

Der leistungsrechtliche Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist fast unverändert in §§ 42-48 SGB IX übernommen

worden. Die Krankenbehandlung ist in die Bedarfsermittlung und Teilhabepflicht einzubeziehen (§ 43 SGB IX). Zur Frühförderung und Früherkennung für Kinder sind genauere Regelungen über die Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern getroffen worden (§ 46 Abs. 4-6 SGB IX).

Der leistungsrechtliche Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde in §§ 49-63 SGB IX übertragen. Das Arbeitsförderungsgeld (§ 59 SGB IX) wurde erhöht. Die Möglichkeit, die WfbM-Leistungen (§§ 57, 58 SGB IX) in Anspruch zu nehmen, wurde auf andere Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) erweitert. Für den werkstattberechtigten Personenkreis wurde das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) als Lohnkostenzuschuss für ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eingeführt (vgl. Ritz, 2016; Busch, 2016; Schimank, 2016; Nebe & Schimank, 2016).

Als neue Leistungsgruppe wurden die Leistungen zur Teilhabe an Bildung eingeführt (vgl. Nachtschatt & Ramm, 2016; Bieritz-Harder, 2017), deren Rahmen in § 75 SGB IX enthalten ist (zum lebenslangen Lernen vgl. BT-Drs. 18/10528, 2016, S. 3f.). Zuständig sind die Unfallversicherung, soziale Entschädigung, öffentliche Jugendhilfe und Eingliederungshilfe (vgl. ab 01.01.2020: § 112 SGB IX) (§§ 5 Nr. 4, 6 Abs. 1 Nr. 3, 5-7 SGB IX). Substantielle Leistungsverbesserungen sind damit nicht verbunden.

Die Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 76-84 SGB IX) ersetzen die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags werden definiert (§ 78 SGB IX), Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie (§ 80 SGB IX), Leistungen zur Mobilität (§ 83 SGB IX) und Hilfsmittel (§ 84 SGB IX) geregelt. Dennoch sind für den wichtigsten Träger dieser Leistungen, die Eingliederungshilfe, z.T. einschränkende Regelungen vorgesehen (§§ 113-116 SGB IX ab 01.01.2020).

Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe wurde fortentwickelt und aus dem SGB XII gelöst. Sie bleibt bedürftigkeitsabhängig und aus Steuermitteln finanziert und wird ab dem 01.01.2020 Teil 2 des SGB IX (§§ 90ff.) sein. Bis dahin gilt weiter das z.T. reformierte Eingliederungshilferecht in §§ 53ff. SGB XII. Die Länder bestimmen die zukünftigen Träger der Eingliederungshilfe. Sie haben einen Sicherstellungsauftrag und richten Arbeitsgemeinschaften ein (§§ 94-96 SGB IX).

Sehr umstritten ist die Regelung des leistungsberechtigten Personenkreises. Dieser soll zunächst gleich bleiben (§ 99

SGB IX). Eine weitere Reformstufe, die noch Forschung vorausgeht, ist für den 01.01.2023 vorgesehen (Art. 25a BTHG).

Als neue Leistungsform wurden pauschale Geldleistungen (§ 116 Abs. 1 SGB IX) zur sozialen Teilhabe eingeführt. Sehr umstritten wegen ihrer Wirkungen auf das Wunsch- und Wahlrecht sind die Regelungen zur gemeinsamen Inanspruchnahme »Pools« von Leistungen (§ 116 Abs. 2 SGB IX; vgl. kritisch: Theben, 2017).

Umfangreich geregelt wurde das Gesamtplanverfahren (§§ 117-122 SGB IX), das bereits zum 01.01.2018 durch §§ 143a-145 SGB XII eingeführt wurde.

Das neue Vertragsrecht (§§ 123-134 SGB IX) der Eingliederungshilfe ist schon zum 01.01.2018 in Kraft getreten, damit auf seiner Basis Leistungserbringungsverträge für das ab 01.01.2020 geltende Leistungsrecht ausgehandelt werden können. Dabei wird vorausgesetzt, dass zukünftig Fachleistungen von Geldleistungen zum Lebensunterhalt getrennt werden. Zudem wird nicht mehr zwischen stationären und ambulanten Leistungen differenziert, was zu schwierigen Abgrenzungen bei den Kosten der Unterkunft führen wird (§ 42a SGB XII; vgl. Rosenow, 2017). Die Schiedsstellen (§ 133 SGB IX) können zukünftig nicht nur wegen Konflikten über Vergütungsvereinbarungen, sondern auch über Leistungsvereinbarungen angerufen werden.

Vollständig neu geregelt wird zum 01.01.2020 die Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen (§§ 135-142 SGB IX). Sie wird auf Beiträge umgestellt, die am steuerpflichtigen Einkommen anknüpfen. Die Freibeträge für Vermögen werden deutlich erhöht (§§ 139, 140 SGB IX), und Ehegatten und Partner werden nicht mehr herangezogen (vgl. grundsätzlich: Tolmeit, 2017).

Schwerbehindertenrecht

Schließlich wurde das arbeitsrechtliche Schwerbehindertenrecht ausgebaut (Palscherm, 2017). Dies stärkt die Schwerbehindertenvertretung, insbesondere durch mehr Freistellungen, bessere Fortbildungsmöglichkeiten sowie Unwirksamkeit einer Kündigung, die ohne Anhörung der SBV erfolgt, sowie verbesserte Mitwirkung behinderter Menschen in Werkstätten.

Literatur

- Bieritz-Harder, R. (2017). Der Weg zum Beruf zwischen Teilhabe an Bildung und Teilhabe am Arbeitsleben. *Die Sozialgerichtsbarkeit*, 64(9), 491-498.
- Bolwig, N., Giese, M., Groskreutz, H., Hlava, D. & Ramm, D. (2017). *Behindertenrecht im Betrieb*. Frankfurt: Bund-Verlag.
- BT-Drs. 18/10528 (Deutscher Bundestag, Drucksache vom 30.11.2016) (2016). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)*. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/105/1810528.pdf> [13.02.2018].

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2014). *Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung*. Frankfurt: BAR. Online verfügbar: <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datieliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Broschue-re4G.web.pdf> [13.02.2018].
- Busch, D. (2016). Strategische Herausforderungen an die Funktionen der Werkstätten für behinderte Menschen. In U. Faber, K. Feldhoff, K. Nebe, K. Schmidt & U. Waßer (Hrsg.), *Gesellschaftliche Bewegungen – Recht unter Beobachtung und in Aktion* (S. 561-576). Baden-Baden: Nomos.
- Deutscher Bundestag. (2016). Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz – BTHG). *Bundesgesetzblatt, Teil I*(Nr. 66, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016), 3233-3344.
- Frehe, H. (2016). Kritik am Behinderungsbegriff des Bundesteilhabegesetzesentwurfes. *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht*, 7, D27. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d27-2016/> [13.02.2018].
- Fuchs, H. (2016). Zur Entstehungsgeschichte des Bundesteilhabegesetzes. *Soziale Sicherheit*, 65(7), 265-266.
- Giraud, B. & Schian, M. (2017). Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) – wichtige Neuerungen aus trägerübergreifender Sicht. Teil 1. *Behindertenrecht*, 52(5), 105-128.
- Gitschmann, P. (2016). Bundesteilhabegesetz – inklusive Weiterentwicklung des Teilhaberechts des SGB IX und SGB XII? – Eckpunkte aus Sicht der Bundesländer. In C. Rolfs (Hrsg.), *50 Jahre Deutscher Sozialrechtsverband. Inklusion behinderter Menschen als Querschnittsaufgabe* (S. 113-119). Berlin: Schmidt.
- Heinisch, D. (2017). Mehr Koordination durch das Bundesteilhabegesetz? *Diskussionsforum Rehabilitation und Teilhaberecht*, 8, D13. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d13-2017/> [13.02.2018].
- Kessler, R. (2016). Anmerkungen zur Reform des sozialrechtlichen Behinderungsbegriffs. *Die Sozialgerichtsbarkeit*, 63(7), 373-378.
- Luik, S. (2017). Das neue Bundesteilhabegesetz – ein Überblick. *juris – Die Monatszeitschrift*, 4(2), 195 - 202. Online verfügbar: https://www.juris.de/jportal/cms/remote_media/media/jurisde/pdf/juris_jm/jm_2017_5.pdf [13.02.2018].
- Nachtschatt, E. & Ramm, D. (2016). Die Leistungen zur Teilhabe an Bildung im BTHG: Anhörung, Ausschussberatungen, Ergebnisse der abschließenden zweiten und dritten Lesung im Deutschen Bundestag. *Diskussionsforum Rehabilitation und Teilhaberecht*, 7, D61. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d61-2016/> [13.02.2018].
- Nebe, K. & Schimank, C. (2016). Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz; Teil 1. *Diskussionsforum Rehabilitation und Teilhaberecht*, 7, D47. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d47-2016/>.
- Palscherm, I. (2017). Neuerungen im Schwerbehindertenrecht durch das Bundesteilhabegesetz. *Die Sozialgerichtsbarkeit*, 64(7), 370-377.
- Ritz, H.-G. (2016). Teilhabe von Menschen mit wesentlichen Behinderungen am Arbeitsmarkt. *Behindertenrecht*, 61(2), 34-61.
- Rosenow, R. (2017). Kosten der Unterkunft in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe – Zu § 42a Abs. 6 Satz 2 § 42a SGB XII i. d. F. BTHG. *Diskussionsforum Rehabilitation und Teilhaberecht*, 8, D52. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d52-2017/> [13.02.2018].
- Schaumburg, T. & Seidel, A. (2017a). Der Behinderungsbegriff des Bundesteilhabegesetzes – ein überflüssiger Paradigmenwechsel? Teil 1. *Die Sozialgerichtsbarkeit*, 64(10), 572-578.
- Schaumburg, T. & Seidel, A. (2017b). Der Behinderungsbegriff des Bundesteilhabegesetzes – ein überflüssiger Paradigmenwechsel? Teil 2. *Die Sozialgerichtsbarkeit*, 64(11), 618-625.
- Schimank, C. (2016). Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz – Teil 2: Öffentliche Anhörung und abschließende Beratung im Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie 2. und 3. Lesung im Bundestag. *Diskussionsforum Rehabilitation und Teilhaberecht*, 7, D60. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d60-2016/> [13.02.2018].
- Schmachtenberg, R. (2016). Auf dem Weg zum Bundesteilhabegesetz – Reform der Eingliederungshilfe – Weiterentwicklung des Teilhaberechts. In C. Rolfs (Hrsg.), *50 Jahre Deutscher Sozialrechtsverband. Inklusion behinderter Menschen als Querschnittsaufgabe* (S. 107-112). Berlin: Schmidt.
- Schubert, M. & Schian, M. (2016). Teilhabepflicht und Gesamtplanung im BTHG: Grundzüge und offene Fra-

gen. *Recht & Praxis der Rehabilitation*, 3(4), 35-41.

Schubert, M., Schian, M. & Viehmeier, S. (2016). Das Bundesteilhabegesetz. Neue Anforderungen an die Bedarfsermittlung und -feststellung mit besonderem Fokus auf medizinische Rehabilitationsleistungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59(9), 1053-1059.

Siefert, J. (2016). Inklusion und Exklusivität – Reha-Leistungen im gegliederten System?! In C. Rolfs (Hrsg.), *50 Jahre Deutscher Sozialrechtsverband. Inklusion behinderter Menschen als Querschnittsaufgabe* (S. 121-133). Berlin: Schmidt.

Stumpf, K. (2017). Bundesteilhabegesetz: Inhalt, Erwar-

tungen, Kritik. *Betreuungsrechtliche Praxis*, 26(5), 172-176.

Theben, M. (2017). Das Bundesteilhabegesetz – was bedeutet die gemeinsame Leistungserbringung? *Diskussionsform Rehabilitation und Teilhaberecht*, 8, D31. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d31-2017/> [13.02.2018].

Tolmein, O. (2017). Heranziehung von Einkommen und Vermögen für Teilhabeleistungen – Diskriminierung wegen der Behinderung oder bloß eine Maßnahme steuerungsorientierter Sozialpolitik? In F. Welti, M. Fuchs, C. Fuchsloch, G. Naeyege & P. Udsching (Hrsg.), *Gesundheit, Alter, Pflege, Rehabilitation –*

Recht und Praxis im interdisziplinären Dialog (S. 392-404). Baden-Baden: Nomos.

Wansing, G. (2016). Peer Counseling – Eine unabhängige Beratungsform von und für Menschen mit Beeinträchtigungen – Teil 2. *Diskussionsform Rehabilitation und Teilhaberecht*, 7, D59. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d59-2016/> [13.02.2018].

Welti, F. (2016). Beratung im Recht – am Beispiel der Beratung für und durch behinderte Menschen. *Diskussionsform Rehabilitation und Teilhaberecht*, 7, D41. Online verfügbar: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d41-2016/> [13.02.2018].

Das Bundesteilhabegesetz: Chancen und Grenzen für wirksam erlebte Teilhabe

Christian Huppert

Im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und der »Abschließenden Bemerkungen« (CRPD/C/DEU/CO/1, 2015) der Vereinten Nationen zum ersten Staatenbericht Deutschlands hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) die Leistungen der Eingliederungshilfe aus dem bisherigen Fürsorgesystem herauszuführen und zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln (BT-Drs. 18/9522, 2016, S. 188ff.).

In diesem Beitrag sollen erste Einschätzungen zusammengetragen werden, inwiefern das BTHG Chancen für eine Stärkung der Teilhabe behinderter Menschen eröffnet und an welchen Stellen das Gesetz nur begrenzt in diese Richtung wirken kann. Trotz aller Unschärfen wird hier analog zum BTHG (und der deutschen Übersetzung der UN-BRK: Behindertenbeauftragte, 2006/2017) der Begriff Teilhabe verwendet. Neben einem Verständnis des Begriffs im Sinne personaler Inklusion in/durch gesellschaftliche Systeme und der Ermöglichung einer individuellen Lebensführung fokussiert dieser Beitrag an einigen Stellen – auf Grundlage einer handlungstheoretischen Perspektive – besonders die aktive Seite des relationalen Begriffs, »welcher das Verhältnis eines Individuums zu seiner Umwelt ins Zentrum rückt« (Nieß, 2016, S. 69) und »sowohl Fragen der Einflussnahme auf (politischer Aspekt) als auch des Zugangs zu (sozialer Aspekt) Lebensbereichen« (ebd.) anspricht.

In diesem Sinne als wirksam erlebte Teilhabe kann entlang der Stufen der Partizipation mit den Kriterien Mitbestimmung, teilweise Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht beschrieben werden (Wright et. al., 2010).

Gesetzgebungsprozess: Teilhabe statt Fürsorge?

Dem parlamentarischen Gesetzgebungsprozess vorgeschaltet war ein breit ange-

legter Beteiligungsprozess im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). 30 hochrangige Teilnehmende waren aufgefordert, sich in neun Sitzungen mit allen wesentlichen Themenkomplexen des geplanten Gesetzes zu befassen. Selbstvertreter*innen des Deutschen Behindertenrates und weitere Interessenverbände waren aktiv einbezogen. Diese saßen Vertreter*innen staatlicher Strukturen und der Rehabilitationsträger gegenüber. Ziel war der Austausch von Positionen und die Identifizierung möglicher Kompromisslinien. Der Abschlussbericht (BMAS, 2015a, b) macht deutlich, dass in überwiegender Teilen Positionierungen nebeneinander gestellt wurden und eine gemeinsame Haltung selten erreicht werden konnte.

Die beachtliche Protestbewegung aufseiten der Behindertenselbsthilfe und der Verbände behinderter Menschen nach Veröffentlichung des Gesetzentwurfs zeigen, dass sich die Anregungen und Forderungen aus dem Beteiligungsprozess nicht ausreichend widerspiegelt haben. Die Forderung nach wirksamer Teilhabe in behindertenpolitischen Fragen über den Gesetzgebungsprozess hinaus wurde in dem Protest ebenso deutlich wie die Forderung nach gesetzlich normierter Selbstbestimmung und Teilhabe in allen Lebensbereichen.

Das Ziel, die Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem herauszuführen und zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln, erscheint nicht gelungen. Nur formal werden die Regelungen aus dem Sozialhilferecht in das SGB IX überführt. In der Gesetzesbegründung wird allerdings deutlich hervorgehoben, dass die Wesensmerkmale der Fürsorge auch im neuen Recht erfüllt werden und die Leistungen Teil der öffentlichen Fürsorge nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 des Grundgesetzes bleiben müssten. Mit Bezug auf das nicht veränderliche Verfassungsrecht macht der Gesetzgeber deutlich, dass er sich nicht damit auseinandergesetzt hat,

inwiefern die Wesensmerkmale der Sozialhilfe im Lichte der UN-BRK zur Diskussion zu stellen und andere mögliche Optionen der Verortung der Eingliederungshilfe zu prüfen sind. Diese Haltung hat die Proteste von behinderten Menschen und deren Verbänden gegen das Gesetz verstärkt, und hier bleibt in den nächsten Jahren ein gesellschaftlicher Diskussionsprozess zu führen.

Teilhabepotenziale in ausgewählten Regelungen

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Mit dem BTHG werden die Leistungen der Eingliederungshilfe weiter individualisiert, und es steigt der Koordinierungsbedarf, um ein passendes Leistungsarrangement zusammenzustellen. Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB, § 32 SGB IX) soll laut Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/9522, 2016) die Selbstbestimmung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen stärken und durch Beratung und Information den Zugang zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen unterstützen. Mit Bundesmitteln werden seit 01.01.2018 und vorerst bis 2022 befristet niedrigschwellige Angebote gefördert, die unabhängig von Leistungserbringern und Leistungsträgern sowie in Ergänzung für bestehende Beratungsangebote installiert werden. Laut Förderrichtlinie (BMAS, 2017) wird als wesentliches Merkmal gefordert, das Konzept des Peer Counseling (Betroffene beraten Betroffene) umzusetzen. Zudem soll ganzheitlich, niedrigschwellig und wohnortnah beraten und aufsuchende Beratung angeboten werden, und die Anlaufstellen sollen barrierefrei erreichbar sein.

Unabhängige Beratung. Grundsätzlich kann Beratung nicht gänzlich unabhängig erfolgen, sie ist zumindest abhängig von den Ratsuchenden und deren Interessen verpflichtet. Sie ist zudem abhängig von

den Strukturen, in denen sie erfolgt, und von den Finanziers der Angebote. Wenn Beratung möglichst entfernt von Strukturen der Leistungserbringer oder von finanziellen Mitteln der Leistungsträger stattfindet, kann eine überwiegend an den Ratsuchenden orientierte Beratung angenommen werden. In vielen Initiativen der Behindertenselbsthilfe wird seit vielen Jahr(zehnt)en häufig ehrenamtliche und z.T. auch finanziell geförderte Beratung geleistet.

Betroffene beraten Betroffene. Diese Form der Beratung erscheint in besonderer Weise geeignet, Teilhabe für behinderte Menschen zu fördern. Eine mögliche Erleichterung der Zugänge zu Ratsuchenden, gemeinsame Entwicklung von Perspektiven und Parteilichkeit sind einige Merkmale, die mit der Methode des Peer Counseling umsetzbar sind. In Deutschland wurden seit den 1980er-Jahren einige »Zentren Selbstbestimmt Leben« (ZSL) etabliert. Individuelle Ermächtigung, politische und gesellschaftliche Interessenvertretung sind wesentliche Anliegen der Zentren, in denen alle Aktivitäten von behinderten Menschen gelenkt und kontrolliert werden. Neben dieser Entwicklung aus der Körperbehindertenbewegung haben sich in den letzten Jahren auch Beratungsangebote von Menschen mit Lernschwierigkeiten (sog. geistiger Behinderung) entwickelt. Diese finden häufig in Tandem-Modellen unterschiedlicher Ausprägung statt: Zwischen einer assistierenden Begleitung in der Beratung bis zu einer gemeinsamen Steuerung des Prozesses in festen Tandems gibt es unterschiedliche Modelle des Zusammenwirkens. Der Landschaftsverband Rheinland hat über mehrere Jahre Beratungsangebote als Peer-Counseling-Projekte gefördert und begleitend evaluieren lassen (vgl. Braukmann et. al., 2017).

Vorrang der Selbsthilfe. Die Behindertenselbsthilfe bietet mit ihren Initiativen und Organisationen (so sie nicht selbst Leistungsanbieter sind) gute Voraussetzungen für die Durchführung möglichst unabhängiger und parteilicher Beratung. Im Prozess der Bewerbung für die Durchführung von Teilhabeberatung in den Regionen wurde deutlich, dass der Organisationsgrad der Selbsthilfe häufig nicht ausreichend hoch ist, um in der Kürze der Zeit geeignete Strukturen herzustellen. In den vergangenen Jahren wurden zu wenige Ressourcen für eine Professionalisierung zur Verfügung gestellt, aktuelle Stellen sind häufig nur prekär und im Rahmen befristeter Projekte finanziert. Mit Blick auf den noch nicht vollständigem Bewilligungsstand der EUTB (Mitte Januar 2018) wird deutlich, dass neben einigen Leistungsanbietern viele bereits langjährig organisierte Verbände den Zu-

schlag bekommen haben (z. B. Sozialverband Deutschland an mehreren Standorten in Niedersachsen oder der Landesverband Körper- und Mehrfachbehinderte an Standorten in Schleswig-Holstein). Auch einige kleinere Vereine können aktiv werden (z. B. Mittendrin e.V. in Hannover oder Selbstbestimmt Leben in Köln; aktuelle Informationen unter www.teilhabeberatung.de). Im Rahmen der weiteren Etablierung bleibt zu hoffen und zu fordern, dass in möglichst vielen Regionen die Selbsthilfe relevant beteiligt werden kann und zukünftig durch geeignete Steuerung die Stärkung der Selbsthilfestrukturen vermehrt in den Blick genommen wird.

Wunschrechte und Teilhabe- bzw. Gesamtplanung

Die Leistungen der Eingliederungshilfe orientieren sich nach heutigem Recht (§ 9 Abs. 1 SGB XII) und auch zukünftig (§ 104 Abs. 1 SGB IX i.d.F. ab 01.01.2020) an der Besonderheit des Einzelfalls und hier insbesondere an der Art des Bedarfs, den persönlichen Verhältnissen, dem Sozialraum (neu eingeführter Begriff) und den eigenen Kräften und Mitteln. Nicht aufgegeben wurde trotz der Herauslösung aus der Fürsorge der sog. Mehrkostenvorbehalt des § 13 SGB XII (ab 2020 im § 104 Abs. 2 und 3 SGB IX). Eine selbstbestimmte Entscheidung insbesondere für eine selbst gewählte Wohnform wird nur dann möglich sein, wenn der Leistungsträger eine dem Wunsch entsprechende Entscheidung respektiert und nicht auf vergleichbare und günstigere Leistungen verweist. Maßstab für die zu prüfende Zumutbarkeit anderer als der gewünschten Leistungen bleiben unscharfe Begriffe wie »unverhältnismäßig« übersteigende Kosten oder Bedarfsdeckung durch »vergleichbare Leistungen«. Auch ein Verweis auf einen Sozialraum, mithin auf meist familiäre und ehrenamtliche Strukturen, kann Teil der Planung eines Leistungsarrangements werden.

Ab 2018 sollen im Rahmen einer Teilhabeplanung (§ 19 ff. im Teil 1 des SGB IX) oder der Gesamtplanung (vorerst § 141 ff. SGB XII, ab 2020 dann § 117 ff. SGB IX) in einem umfangreichen Verfahren Bedarfe erhoben und die notwendigen Leistungen festgestellt werden. Ein Instrument im Verfahren sind Teilhabe- bzw. Gesamtplankonferenzen unter Beteiligung der Träger der Eingliederungshilfe, ggf. weiterer Reha-Träger sowie der Leistungsberechtigten und Personen ihres Vertrauens. In NRW beispielsweise haben sich die schon seit vielen Jahren etablierten Hilfeplankonferenzen als gutes Instrument erwiesen, um Bedarfe vorzutragen und persönliche Ziele zu erläutern. Diese Form der aktiven Mitwirkung im Verfahren wird durch die Regelung im BTHG

dahingehend eingeschränkt, dass die Durchführung einer Konferenz abgelehnt werden kann, wenn der Bedarf schriftlich zu ermitteln ist oder wenn der Aufwand nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht. Diese Einschränkung ist sehr kritisch zu betrachten und bedarf einer Beobachtung und ggf. Nachjustierung in der praktischen Anwendung.

Teilhabe an Arbeit

Grundsätzlich ist sehr positiv zu bewerten, dass mit dem BTHG neue Wahlmöglichkeiten zur Teilhabe an Arbeit gesetzlich verankert wurden. Neben den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) können ab 2018 auch »andere Leistungsanbieter« (§ 60 SGB IX) im gleichen Aufgabengebiet tätig werden und alternative Angebote initiieren. Inwiefern die deutlich reduzierten Zulassungs- und Prüfkriterien für diese Angebote Auswirkungen auf die praktische Ausgestaltung und die Qualität der Leistungen haben, bleibt kritisch zu prüfen. Das ebenso verankerte Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) eröffnet neue Möglichkeiten der Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Bereits bestehende und erfolgreiche Modellprojekte in einzelnen Bundesländern lassen hoffen, dass sich bessere und flexiblere Chancen der beruflichen Teilhabe bieten. Damit das Instrument Wirkung für einen großen Personenkreis erzielen kann, indem auch Arbeitsverhältnisse oberhalb des Niedriglohnssektors Chancen auf Umsetzung haben, ist es allerdings notwendig, dass die Bundesländer die Deckelung des Lohnkostenzuschusses nach oben öffnen (§ 61 Abs. 2 SGB IX).

Sehr kritisch muss gesehen werden, dass Menschen mit hohen Hilfebedarfen von diesen Leistungen der Teilhabe ausgeschlossen werden können, wenn sie nicht wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen können (§ 58 Abs. 1 SGB IX).

Teilhabe für Menschen mit hohem Hilfebedarf

Das BTHG bietet einige Ansatzpunkte zur Stärkung der Teilhabe behinderter Menschen. Allerdings stehen hier Menschen mit geringeren Hilfebedarfen (die »Fit-ten«) im besonderen Fokus: Stärkung des selbstständigen Wohnens, Erhöhung der Vermögensgrenzen bei Vermögen aus Erwerbstätigkeit, Durchsetzung eigener Interessen im komplexen Teilhabeplanverfahren oder die Teilhabe an Arbeit – um nur einige Aspekte zu nennen. Für Menschen mit hohem Hilfebedarf ist dieses Gesetz nicht gemacht, und es bleibt kritisch zu betrachten, ob sich mehr Wahlmöglichkeiten und Teilhabechancen für diesen Personenkreis entwickeln oder

neue Exklusionsräume entstehen. Von einer Nachsteuerung darf nicht abgesehen werden, denn die UN-BRK gilt für alle.

Umsetzung des BTHG: Mehr Teilhabe wagen!

Bis zum Inkrafttreten der Reform der Eingliederungshilfe zum 01.01.2020 sind die Träger der Eingliederungshilfe und die Verbände der Leistungsanbieter aufgefordert, neue Rahmenverträge auf Landesebene zu schließen. Bei der Erarbeitung und Beschlussfassung der Rahmenverträge müssen die maßgeblichen Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen mitwirken (§ 131 Abs. 2 SGB IX). Die Rolle behinderter Menschen bleibt in diesem Prozess auf Mitwirkung beschränkt und damit auf einer Vorstufe von Partizipation (vgl. Wright et. al., 2010). Echte und wirksame Mitbestimmung ist nicht gesetzlich gefordert.

Zur Umsetzung des BTHG und bei der Erarbeitung von Rahmenverträgen und damit einer Festlegung der Ausgestaltung der Leistungen für die nächsten Jahre oder gar Jahrzehnte erscheint es dringend geboten, die Interessenvertretungen der behinderten Menschen einzu-

binden, um Teilhabechancen zu verbessern. Damit es nicht bei einer Scheinbeteiligung bleibt, müssen die Beteiligten mit ausreichend Ressourcen ausgestattet werden, um eine wirksame Mitgestaltung ermöglichen zu können. Eine solche Mitwirkung bei der Bestimmung des zukünftigen Rahmens erleichtert (hoffentlich) in der Folge die passgenaue und teilhabezentrierte Ausgestaltung des individuellen Rechtsanspruchs. Mehr Teilhabe im Prozess der Ausgestaltung kann eine Grundlage für mehr Teilhabe im Alltag sein. Diese Chance darf nicht vertan werden.

Literatur

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017). *Die UN-Behindertenrechtskonvention*. Berlin: BMAS. Online verfügbar: https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf [14.02.2018] (englisches Original erschienen 2006).

Braukmann, J., Heimer, A., Jordan, M., Maetzel, J., Schreiner, M. & Wansing, G. (2017). *Evaluation von Peer Counseling im Rheinland. Endbericht*. Berlin: Prognos. Online verfügbar: http://www.lvr.de/media/www/lvrde/soziales/menschenmitbehinderung/wohnen/dokumente_232/peer_counseling/170717_Peer_Counseling_Endbericht.pdf [14.02.2018].

BT-Drs. 18/9522 (Deutscher Bundestag. Drucksache vom 05.09.2016) (2016). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)*. Berlin: Deutscher Bundestag.

Online verfügbar: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/095/1809522.pdf> [14.02.2018].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015a). *Abschlussbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales über die Tätigkeit der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz. 10. Juli 2014 – 14. April 2015. Teil A*. Berlin: BMAS. Online verfügbar: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Abschlussbericht_A.pdf [14.02.2018].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015b). *Abschlussbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales über die Tätigkeit der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz. 10. Juli 2014 – 14. April 2015. Teil B*. Berlin: BMAS. Online verfügbar: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Abschlussbericht_B.pdf [14.02.2018].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017). *Förderrichtlinie zur Durchführung der »Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung« für Menschen mit Behinderungen*. Berlin: BMAS. Online verfügbar: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Gesetzesvorhaben/BTHG/EUTB/EUTB_node.html [14.02.2018].

CRPD/C/DEU/CO/1 (Vereinte Nationen 13.05.2015) (2015). *Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. Online verfügbar: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/crpd-abschliessende-bemerkungen-ueber-den-ersten-staatenbericht-deutschlands/> [14.02.2018].

Nieß, M. (2016). *Partizipation aus Subjektperspektive. Zur Bedeutung von Interessenvertretung für Menschen mit Lernschwierigkeiten*. Wiesbaden: Springer VS.

Wright, M. T., Block, M., Unger, H. v. & Kilian, H. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung*. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 13-34). Bern: Huber.

Anzeige

MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

Studienumfang:

90 Credits

Studienkosten:

z. Zt. 7.000,- Euro

Bewerbungsschluss:

1. Juli 2018

Studienbeginn:

WS 2018/19

Kontakt/Informationen:

Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

Ansprechpartnerin:

Margit Wagner
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 - 47
margit.wagner@khsb-berlin.de



www.khsb-berlin.de



Soziale Teilhabe in Schweden

Manuela Sjöström

Die umfassende soziale Teilhabe für Menschen mit Behinderungen ist international ein wichtiges Thema, auch in Schweden. Die Herausforderungen, die bei der Umsetzung von Teilhaberechten entstehen, sind natürlich im internationalen Vergleich unterschiedlich, sei es aus kulturellen oder gesellschaftlichen Gegebenheiten oder auch aufgrund der Unterschiede in der Organisation des Wohlfahrtsstaates. Ein Vergleich ist lohnend, da internationale unterschiedliche Erfahrungen genutzt werden können, um über den eigenen Kontext zu reflektieren. In Schweden sind Rechte zur sozialen Teilhabe in grundlegender Form schon seit Anfang der 1980er- und in erweiterter Form seit den 1990er-Jahren gesetzlich verankert. Sozialarbeiter*innen in Schweden können also bereits auf ca. 30 Jahre Erfahrungen mit der Umsetzung von Rechten zur sozialen Teilhabe zurückblicken und von Herausforderungen im Zusammenhang damit berichten.

Ziel dieses Beitrages ist, zum einen den wohlfahrtsstaatlichen Hintergrund und die Rechte zur sozialen Teilhabe für unterschiedliche Klient*innengruppen kurz zu beschreiben. Zum anderen wird auf aktuelle Herausforderungen eingegangen, die mit der Umsetzung der Rechte zur sozialen Teilhabe verbunden sind, u. a. für die Soziale Arbeit.

Hintergrund

Der schwedische Sozialstaat wird oft als »Prototyp« des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates bezeichnet (Esping-Andersen, 1990). Die Grundlage für allgemeine Sozialrechte in Schweden führt bis in die 1930er-Jahre zurück, in denen der Grundstein für den »Volkshem«-Gedanken gelegt wurde. Politiker aller Parteien waren sich damals einig, dass der Staat seinen Einwohner*innen gegenüber ähnliche Verpflichtungen zu erfüllen habe wie Mutter und Vater gegenüber ihren Kindern (Pettersson, 2001). Der Aufbau der sozialen Sicherungssysteme und des Sozialstaates wurde nach diesem Vorbild durchgeführt. Soziale Teilhabe in *ausreichendem Umfang* ist spätestens seit der Einführung des Sozialgesetzes im Jahre 1982 als mögliche Hilfe der Sozialen Sicherung vorgesehen (SFS 1980:620, §§ 19-24), vor allem für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung. Laut gesetzlichen Vorarbeiten soll das Sozialgesetz »gleichwertige Lebensbedingungen und aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gewährleisten« (Prop. 1979/80:1). In der Praxis können

solche Hilfen z. B. haushaltsnahe Dienste wie Putzen, Einkaufen, Begleitung zu Ämtern, auf Spaziergängen oder kulturellen Veranstaltungen umfassen.

Das Sozialgesetz hat den Charakter eines Rahmengesetzes, das den Mitarbeiter*innen des Sozialamtes große Ermessensspielräume in der Umsetzung lässt, die mithilfe der Vorarbeiten zum Gesetz für den Einzelfall interpretiert werden müssen. Den Gerichten fällt die Aufgabe zu, die Ermessensspielräume im Rahmen der Vorgaben des Gesetzgebers zu halten. Da die Sozialämter und damit die Kommunen auch für die Finanzierung sozialer Hilfen verantwortlich zeichnen, sind sie daran interessiert, dass Sozialdienstmitarbeiter*innen das Sozialgesetz möglichst restriktiv auslegen, obwohl die Intention des Gesetzgebers durchaus einen generöseren Einsatz von Hilfen zulassen würde. In den nachfolgenden Jahrzehnten, und besonders seit der Wirtschaftskrise der 1990er-Jahre, wird daher von den Kommunen immer wieder neu geprüft, wie das Mindestmaß einer *ausreichenden* sozialen Teilhabe zu verstehen sei.

Soziale Teilhabe

Vor diesem Hintergrund ist es zu verstehen, dass trotz der gleichzeitigen Wirtschaftskrise 1994 das »Gesetz zur Unterstützung und Service für Menschen mit bestimmten Funktionsbeeinträchtigungen« (Lag 1993:387) in Kraft trat, in dem für bestimmte Menschen zehn Formen sozialer Teilhabe als Rechtsanspruch festgeschrieben wurden. Das Gesetz wendet sich an Menschen mit geistigen, psychischen oder physischen Funktionsbeeinträchtigungen, bei denen diese Beeinträchtigungen dauerhaft und vor dem 65. Lebensjahr eingetreten sind sowie gravierende Auswirkungen auf die Bewältigung des täglichen Lebens mit sich führen (ebd., § 1). In der Praxis bedeutet dies, dass für Menschen, bei denen die Funktionsbeeinträchtigungen erst nach dem 65. Lebensjahr auftreten, keine Rechtsansprüche nach diesem Gesetz haben.

Das Gesetz schreibt u. a. folgende Hilfen zur sozialen Teilhabe vor: Beratungsangebote, die Spezialkompetenzen bezüglich der Lebensbedingungen und Probleme von Menschen mit Funktionsbeeinträchtigungen erfordern; persönliche Assistenz für Menschen, die Hilfen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, aber auch zur Bewältigung des Alltags benötigen; Begleitservice; bezahlte »Freund*innen«,

um Vereinsamung entgegenzuwirken; Ablösungsservice für Angehörige, die funktionsbeeinträchtigte Menschen zu Hause pflegen (ebd., § 9).

Intention des Gesetzgebers ist es, den genannten Klient*innengruppen *gute* soziale Teilhabe zu ermöglichen, die jener der übrigen Bevölkerung entspricht und über deren Ausführung die Betroffenen *selbst entscheiden* (ebd., §§ 5, 6). Der Gesetzgebers zielt darauf ab, die Möglichkeiten der Kommunen einzuschränken und soziale Teilhabeleistungen für die am meisten benachteiligten Personengruppen zu begrenzen, mit dem Hinweis, es handele sich dabei um Wünsche, die über das *angemessene* Maß hinausgehen. So sind im Gegensatz zum Sozialgesetz für die Finanzierung dieser Hilfen nur teilweise die Sozialdienste zuständig, darüber hinaus aber auch die Nationale Versicherungskasse und die Gesundheitsdienste der Regionen. Bei Inkrafttreten des Gesetzes ging man davon aus, die finanziellen Konsequenzen würden sich mit 1.600 Mio. SEK (ca. 160 Mio. EUR) in Grenzen halten (Prop. 1992/93:159).

Aktuelle Trends

Seit der Einführung des LSS (Lag 1993:387) sind inzwischen mehr als 20 Jahre vergangen, in denen sich manches verändert hat: Die Anzahl der Personen, auf die sich dieses Gesetz bezieht, hat sich zwischenzeitlich fast verdreifacht. Die Ausgaben allein für persönliche Assistenz beliefen sich nach Angaben der Nationalen Versicherungskasse 2016 auf 2.600 Mio. SEK (ca. 260 Mio. EUR), was die anfänglich prognostizierten Kosten weit übersteigt (Försäkringskassa, 2017). Die Regierung hat daher Anfang 2017 die Nationale Versicherungskasse beauftragt zu untersuchen, in welcher Weise die Ausgaben begrenzt werden können, und diese zu reduzieren.

Auch die Gesetzesauslegung der von den Ausgaben betroffenen Behörden (Kommunen, Nationale Versicherungskasse) haben sich seit Inkrafttreten des Gesetzes verändert. Im Jahre 2014 bestätigte ein Bericht von Erlandsson (2014) die Vermutung vieler Sozialarbeiter*innen: Der Gesetzestext wird immer restriktiver ausgelegt, vor allem in Bezug auf persönliche Assistenz. Urteile des höchsten Verwaltungsgerichtshofes werden immer häufiger von Kommunen und Nationaler Versicherungskasse für eine restriktivere Gesetzesauslegung genutzt. Dabei werden oftmals einzelne Fakten, z. B. Al-

tersangaben, aus dem Zusammenhang gerissen. Ein Beispiel ist die mittlerweile recht übliche (nicht mit dem Gesetz übereinstimmende) Begrenzung der persönlichen Assistenz für die Grundbedürfnisse von Kindern, mit der Begründung, dass bis zum Alter von zwölf Jahren die elterliche Pflegepflicht auch bei gesunden Kindern »recht hoch« sei (SSR, 2014).

Eine weitere derzeit hochaktuelle Frage besteht darin, ob die Ernährung von Kindern mittels Magensonde und Hilfen beim Atem als »medizinische« Dienstleistung (und damit Verantwortungsbereich der Gesundheitsversorgung) oder als »soziale« Dienstleistung (und damit Verantwortungsbereich der Sozialdienste/Nationalen Versicherungskasse) zu verstehen sind (Håkansson, 2017). Für die Betroffenen bedeuten diese gesetzestextlichen Haarspaltereien häufig monatelange Klinikaufenthalte, die besonders für Kleinstkinder negative Auswirkungen auf deren Entwicklung befürchten lassen.

Zukunftsperspektiven

Die aktuellen sozialpolitischen Ereignisse legen die Annahme nahe, dass sich die Haltung vonseiten des Staates zu den Teilhaberechten behinderter Menschen allmählich und unmerklich verändert. Der Volksheim-Gedanke sowie der sozialdemokratische Wohlfahrtsstaat stoßen an Grenzen. Eine Anpassung der Gesetzgebung wird mittelfristig nicht auszuschließen sein. Den Vertreter*innen der Sozialen Arbeit wird dabei die wichtige Rolle zukommen, die Interessen und Bedürfnisse der unterschiedlichen Klient*innengruppen zu vertreten.

Literatur

- Erlandsson, L. (2014). *Rätt, norm och tillämpning. En studie av normativa mönster vid beslut enligt LSS på tre arenor*. Lund: Lund University. Online verfügbar: <http://portal.research.lu.se/ws/files/3673433/4436180.pdf> [15.02.2018].
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Försäkringskassa (Hrsg.) (2017). *Assistansersättningens utveckling*. Stockholm: Försäkringskassa.

- sa. Online verfügbar: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d603e099-7176-4471-898f-33c55a4ccd39/socialforsakringsrapport-2017-04.pdf?MOD=AJPERES&CVID=> [14.02.2018].
- Håkansson, L. (2017). »Många oskyldiga drabbas av försäkringskassan«. *Sydöstran*, 23.03.2017. Online verfügbar: <http://www.sydosttran.se/blekinge/ata-och-andas-inte-grundbehov/> [14.02.2018].
- Lag 1993:387 (Sveriges Riksdag 28.05.1993) (1993). *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Online verfügbar: [/www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa-sfs-1993-387](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa-sfs-1993-387) [14.02.2018].
- Petterson, U. (2001). *Socialt arbete, politik och professionalisering. Den historiska utvecklingen i USA och Sverige*. Stockholm: Natur och kultur.
- Prop. 1992/93:159 (Regeringens proposition 11.02.1993) (1993). *Om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Sveriges Regering. Online verfügbar: <http://data.riksdagen.se/fil/1b206c4b-e466-473b-ad84-0e1d9c87b719> [14.02.2018].
- Prop. 1979/80:1 (Regeringens proposition 28.06.1979) (1980). *Om socialtjänsten*. Stockholm: Sveriges Regering. Online verfügbar: <http://data.riksdagen.se/dokument/G3031/html> [14.02.2018].
- SFS 1980:620 (Sveriges Riksdag 19.06.1980) (1980). *Socialtjänstlag (1980:620). Svensk författningssamling*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Online verfügbar: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-1980620_sfs-1980-620 [14.02.2018].
- SSR Akademikerförbundet (2014). *LSS – målsättningen som försvann*. Stockholm: SSR. Online verfügbar: https://akademssr.se/sites/default/files/files/lss_malsattningen_som_forsvann.pdf [14.02.2018].

Teilhabe fördern durch Sozialraumorientierung: (k)ein Automatismus der Sozialpsychiatrie

Yvonne Kahl

Die Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) eine zentrale und gesetzlich verankerte Zielsetzung von Trägern der Eingliederungshilfe und damit auch der Sozialpsychiatrie. Zwei Artikel der UN-BRK haben diesbezüglich besondere Relevanz: Artikel 19 beschreibt, dass Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht wie andere Menschen haben, in der Gemeinschaft zu leben. Artikel 9 legt fest, dass Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen ist. Im neuen Eingliederungshilferecht, das am 01.01.2020 in Kraft tritt, sind zu diesem Zweck u. a. die Leistungen zur Sozialen Teilhabe definiert (§ 113 des SGB IX n.F.). Sie sollen gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder erleichtern.

Dieses Ziel erfordert von sozialpsychiatrischen Einrichtungen eine ausgeprägte sozialraumorientierte Ausrichtung ihrer Hilfen. Die hiermit einhergehenden fachlichen An- und Herausforderungen vor dem Hintergrund der Lebenslage von Menschen mit psychischen Erkrankungen erörtert der vorliegende Artikel.

Relevanz der Sozialraumorientierung in der Sozialpsychiatrie

Studienergebnisse zeigen, dass viele Empfänger*innen sozialpsychiatrischer Hilfen bzw. von Leistungen der Eingliederungshilfe weiterhin Defizite ihrer Teilhabe erleben (vgl. Daum et al., 2017; Kahl, 2016). Die Zielsetzung der Ermöglichung von Teilhabe psychisch erkrankter Menschen gemäß den vorgenannten Forderungen der UN-BRK konnte mit den bisherigen Formen sozialpsychiatrischer Hilfe somit nicht erreicht werden. Daher ist die Frage zu stellen, wie Einrichtungen der Sozialpsychiatrie mittels Sozialraumorientierung Teilhabe zukünftig stärken können, wo Anknüpfungspunkte an bisherige Hilfen möglich sind und wo Barrieren einer solchen Ausrichtung im Wege stehen. Einen Rahmen für die weitere Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen bietet neben den gesetzlichen Regelungen die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Sie beschreibt Gesundheit vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Modells und klassifiziert ressourcen- sowie defizitorientierte Bereiche, in denen Behinderungen auftreten können (DIMDI, 2005, S. 5). Die ICF, deren Gesundheitsverständnis spätestens mit dem Gesetzgebungsverfahren zum BTHG Eingang in sozialpsychiatrische Einrichtungen ge-

funden haben sollte, beschreibt Umweltbedingungen dabei als wesentlichen Einflussfaktor für die Partizipationsmöglichkeiten von Menschen. Eine Sozialraumorientierung, die ebendiese Umweltfaktoren und deren Auswirkung auf die Lebenslage von Menschen dezidiert in den Blick nimmt, wird in der Ausrichtung von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen damit unabdingbar.

Das sozialraumorientierte Konzept ist laut Hinte (2008, S. 9) gekennzeichnet durch eine übergreifende, den jeweiligen Kontext berücksichtigende Herangehensweise an ein Wohngebiet und die dort lebenden Menschen. Peukert (2010, S. 6f.) konstatiert, dass durch Sozialraumorientierung soziale Handlungsräume als Ressource genutzt, gestärkt und weiterentwickelt werden. Zielsetzung ist, Inklusion ausgehend vom sozialen Umfeld zu befördern und auch unabhängig von einzelnen potenziellen Hilfeempfänger*innen und der Betrachtung von Einzelfällen in den Sozialraum zu investieren. Der Bezug zu den skizzierten sozialraumorientierten Konzepten war der Sozialpsychiatrie auch vor UN-BRK und BTHG keinesfalls unbekannt. So beschreibt etwa Armbruster (2002, S. 7) im Kontext des Thomas Qualitätsentwicklung, dass die Vernetzung und Arbeit in und mit dem sozialen Raum einer der wesentlichen Bestandteile sozialpsychiatrischer Arbeit

ist. Beispielhaft nennt der Autor u. a. die Durchführung von Informations- und Bildungsangeboten, die Mitarbeit in Stadtteilkunden und anderen Gremien sowie die Kontaktpflege zu Multiplikatoren des Gemeinwesens (z. B. Kirchengemeinden, Vereinen) im Stadtteil.

Die sozialraumorientierte Ausrichtung sozialpsychiatrischer Einrichtungen kann mit den Zielsetzungen der UN-BRK nun aber noch mehr als essenzielle Handlungsgrundlage verstanden werden, mittels derer Beteiligungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen gefördert und Teilhabebarrrieren bearbeitet werden können. Mitarbeitende sozialpsychiatrischer Einrichtungen benötigen daher umfassende Kenntnis des Stadtteils, in dem die eigene Einrichtung verortet ist, und der dort stattfindenden gesellschaftlichen Prozesse. Auf diese Weise können Kooperationen im Sozialraum mit psychiatriespezifischen, aber auch psychiatriefremden Akteur*innen gepflegt, regelmäßiger Austausch angeregt und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit erzeugt werden.

Teilhabe ohne Garantie

Dem hilfeschuchenden Menschen kann durch eine gut vernetzte Sozialpsychiatrie im Wechsel zwischen unterschiedlichen sozialen Räumen Unterstützung – und damit auch Teilhabe an außerpsychiatrischen Räumen – ermöglicht werden. Sozialraumorientierte Arbeit ist jedoch kein Garant dafür, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen tatsächlich ein Mehr an Teilhabe erleben. Kastl (2017, S. 105) macht deutlich, dass die strukturelle Einbeziehung und Berücksichtigung des Menschen in gesellschaftlichen Zusammenhängen nicht automatisch ein hohes Maß an sozialer Einbindung und Teilhabe des Einzelnen mit sich bringt. So erfordern auch gesellschaftliche Bereiche, die auf eine Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzielen, dass die jeweiligen Personen auf bereitgestellte Angebote zugreifen. Sofern eine Beteiligung erfolgt, ist zudem noch nicht sichergestellt, dass die Menschen sich im Rahmen der Angebote anerkannt und akzeptiert fühlen, was jedoch als wesentliche Voraussetzung für das Erleben subjektiv zufriedenstellender Teilhabe gilt (vgl. Kahl, 2016, S. 37). Die Vernetzung sozialpsychiatrischer Einrichtungen mit dem Sozialraum, d. h. die einzelfallunabhängige Arbeit im Quartier, die Kontakt zu nichtpsychiatrischen Einrichtungen aufbaut und etabliert, ist daher zweifelsfrei ein zwingender erster Schritt, um Optionen der Teilhabe und Offenheit für Menschen mit psychischen Erkran-

kungen strukturell zu fördern. Damit sich sozialraumorientierte Arbeit in einer subjektiv verbesserten Teilhabesituation des psychisch erkrankten Menschen niederschlägt, ist aber zusätzlich die umfassende Anknüpfung an die individuellen Lebens- und Bedürfnislagen des Menschen nötig. In jedem einzelnen Fall ist mit der betreffenden Person zu ergründen, wo Anbindung als machbar und nützlich bewertet wird, welche Unterstützung hierfür erforderlich ist, wo aber auch Hemmnisse individueller und gesellschaftlicher Art bestehen, die Skepsis gegenüber Teilhabeangeboten im Sozialraum aufrechterhalten. In Folge können gemeinsam Angebote erprobt werden, um die Passung für die Einzelnen zu überprüfen. Dies kann im Idealfall zu einem Abbau von Barrieren führen, sodass Betreffende die Angebote in ihrem Umfeld zunehmend auch ohne professionelle Unterstützung wahrnehmen und dort Anbindung erfahren.

Vernetzung und Kooperation als On-Top-Aufgabe

Die skizzierten fachlichen Anforderungen stellen sozialpsychiatrische Einrichtungen unter Einbezug der durch die gesetzlichen Regelungen refinanzierten Hilfeleistung im Bereich der Eingliederungshilfe nun aber vor besondere Herausforderungen: Auch mit dem BTHG und der damit verbundenen Neufassung des SGB IX bleibt die Aufgabe der einzelfallspezifischen Arbeit im Sozialraum in der Regel eine On-Top-Aufgabe für Mitarbeitende. Das SGB IX sieht ab 01.01.2020 zwar explizit vor, dass Kontextarbeit erbracht und der Sozialraum bei der Erbringung von Hilfen umfassend einbezogen wird. Dennoch, wie bereits im Hinblick auf die bisherige Fassung des SGB IX diskutiert (vgl. Rohrman, 2010; Kahl, 2015), besteht keine Möglichkeit, fallübergreifende Sozialraumarbeit in Ergänzung zu direkt personenbezogenen Hilfen zu finanzieren. Die Etablierung und Nutzbarmachung von Netzwerken im Sozialraum, auf die fallübergreifend zurückgegriffen werden kann, erfordert jedoch einen erhöhten Einsatz personeller Ressourcen. In der Konsequenz impliziert Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe immer auch das Haushalten mit Stundenkontingenten und die Frage, in welchem Umfang Arbeitszeit für übergreifende, einzelfallunabhängige Netzwerkarbeit im Quartier genutzt werden kann.

Auch bei engen finanziellen Budgets bleibt aber die Berücksichtigung des Konzepts Sozialraumorientierung in allen Einrichtungen der Sozialpsychiatrie unabdingbar. Dies begründet sich zum einen durch die ICF, die umweltbezogene Fak-

toren als wesentlich einflussgebend für die Partizipationsmöglichkeiten von Menschen beschreibt. Umweltfaktoren bedürfen in der Praxis der Sozialpsychiatrie daher eines hohen Maßes an Beachtung. Die Relevanz von Sozialraumorientierung erfährt zum anderen Begründung durch die im Rahmen der ersten Staatenprüfung Deutschlands gemachten kritischen Anmerkungen des Ausschusses der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen: So äußerte sich der Ausschuss besorgt über den weiterhin hohen Grad der Institutionalisierung und das Fehlen alternativer Wohnformen für Menschen mit Behinderungen. Ebenso wurde kritisiert, dass der Zugang zu Unterstützungsdiensten einer Bedürftigkeitsprüfung unterliegt und infolgedessen nicht alle behinderungsbedingten Aufwendungen abgedeckt sind. Der Ausschuss empfiehlt unter anderem, den Zugang zu Programmen und Leistungen zu verbessern, die das Leben in der Gemeinschaft unterstützen, sowie ausreichende Finanzmittel verfügbar zu machen, um Deinstitutionalisierung zu erleichtern und unabhängige Lebensführung zu fördern (vgl. CRPD/C/DEU/CO/1, 2015, S. 10).

Weiterentwicklung im Rahmen neuer Gesetzgebung

Mitarbeitende kommen somit nicht umhin, die Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem umgebenden Sozialraum weiter zu verfolgen und voranzutreiben. Das Gewinnen von außenstehenden Einrichtungen des Sozialraums für gemeinsame Kooperationen kann hier als essenzieller Antrieb zur grundsätzlichen Schaffung von Teilhabemöglichkeiten gelten. Besteht im Umfeld der psychisch erkrankten Menschen Bewusstsein und Offenheit für diverse Lebenslagen, kann auch ein wechselseitiger Austausch stattfinden, der für alle Beteiligten fruchtbar wird. Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB), die in § 32 des SGB IX n.F. geregelt und am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist, sollte dabei als Chance begriffen werden, an dieser Schnittstelle anzusetzen. Die EUTB soll ein von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern unabhängiges Beratungsangebot darstellen. Damit sollen Menschen mit Behinderungen über verfügbare Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe Informationen erhalten, um auf deren Grundlage eine Entscheidung über die Beantragung von Hilfen treffen zu können. Wesentlich an der EUTB ist, dass Beratung von Menschen mit Behinderungen für Menschen mit Behinderungen bereitgestellt werden soll. Diese sehr begrüßenswerte Mehr-Beteiligung von Peers kann

im Austausch mit bisherigen Leistungserbringern dazu beitragen, eine enge Anbindung von Menschen mit psychischen Erkrankungen an den Sozialraum voranzutreiben.

In jedem Fall sollten die mit dem BTHG neu eingeführten Begrifflichkeiten und Strukturänderungen, die durch die Regelungen der Landesausführungsgesetze noch zu präzisieren sind, Anlass für eine selbstkritische Überprüfung bisheriger Hilfeerbringung und eine hierauf basierende Erprobung neuer Formen der Vernetzung sein. Abschließend ist hierbei herauszustellen, dass Behinderungen und Erkrankungen, die Teilhabebeeinträchtigungen bedingen, gemäß der ICF nicht durch eine einzelne Person oder ein einzelnes Ereignis hervorgerufen sind. Sie entstehen durch ein komplexes Gefüge aus Umweltfaktoren und persönlichen Bedingungen (vgl. DIMDI,

2001/2005). Dementsprechend ist auch die (Wieder-)Ermöglichung von Teilhabe nicht durch eine einzelne Person oder durch ein einzelnes Ereignis zu bewältigen. Mit Klient*innen der Sozialpsychiatrie und mit Ansprechpartner*innen im Sozialraum gilt es bei der Verfolgung des Ziels Teilhabe daher, langfristige Wege zu suchen, die mit allen Beteiligten gemeinsam unter Berücksichtigung vielseitiger struktureller und individueller Aspekte gegangen werden können.

Literatur

- Armbruster, J. (2002). Qualitätsentwicklung von Diensten und Einrichtungen als Prozess. *Kerbe, 19(2)*, 4-7. CRPD/C/DEU/CO/1 (Vereinte Nationen 13.05.2015) (2015). *Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. Online verfügbar: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/crpd-abschliessende-bemerkungen-ueber-den-ersten-staatenbericht-deutschlands/> [16.02.2018].
- Daum, M., Höpner, A., Speck, A. & Steinhart, I. (2017). Teilhabe für chronisch psychisch kranke Menschen

in Deutschland oder Die Sozialpsychiatrie und die soziale Gerechtigkeit. *Psychiatrische Praxis, 44(2)*, 108-110.

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (unveränd. Nachdr.). Köln: DIMDI (englisches Original erschienen 2001).
- Hinte, W. (2008). *Sozialraumorientierung: ein Fachkonzept für Soziale Arbeit*. Vortrag. Online verfügbar: http://www.fulda.de/fileadmin/buergerservice/pdf_amt/51/sonstiges/Sozialraumorientierung_Vortrag_W.Hinte_28.5.08.pdf [16.02.2018].
- Kahl, Y. (2015). Inklusion durch das SGB IX? *Sozialpsychiatrische Informationen, 45(3)*, 5-7. Online verfügbar: https://www.researchgate.net/profile/Yvonne_Kahl/publication/278685043 [16.02.2018].
- Kahl, Y. (2016). *Inklusion und Teilhabe aus der Perspektive von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kastl, J. M. (2017). Inklusion, Integration und Teilhabe. In M. Rosemann & M. Konrad (Hrsg.), *Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung* (2., vollst. überarb. Aufl.; S. 100-111). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Peukert, R. (2010). Das beste Medikament: funktionierende soziale Netzwerke. *Kerbe, 28(2)*, 4-7. Online verfügbar: http://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2010/04/Kerbe_2_2010.pdf [16.02.2018].
- Rohrmann, A. (2010). Rehabilitation im Zeitalter von Inklusion. *Kerbe, 28(2)*, 11-13. Online verfügbar: http://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2010/04/Kerbe_2_2010.pdf [16.02.2018].

Rezension

Sozialtherapie

Elisabeth Steiner

Der vor dem Sommer 2017 im Verlag modernes lernen erschienene Herausgabeband »Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Gesundheitssäule« von Ute Antonia Lammel und Helmut Pauls stellt eine weitere Orientierung dar in der Entwicklung bzw. Diskussion der Sozialtherapeutischen Behandlungsformen, die eng mit der Etablierung der Klinischen Sozialarbeit verbunden ist, und positioniert diese verstärkt in einem traditionellen, historisch gewachsenen Feld der Sozialen Arbeit, dem Gesundheitsbereich – mit mehr Selbstbewusstsein, fachlicher Argumentation und dadurch vielleicht sogar auch wieder neu.

Mit dem Begriff »Sozialtherapie« bezeichnen Lammel und Pauls »einen Behandlungsansatz, der die verschiedenen Formen sozialer und psychosozialer Interventionen (einschließlich der sozialen Rehabilitation) einer breit angelegten beratend-begleitend-intervenierenden Methodologie in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zuordnet« (S. 8). Die Herausgeber*innen stellen sich der Breite des Begriffs und seinen Anwendungsfeldern und schaffen dadurch eine Systematisierung. Über die enorme Bedeutung sozialer Faktoren und ihrer Wechselwirkungen mit Biologie und Psychologie bei Entstehung, Verlauf, Aufrechterhaltung von Krankheiten und deren Heilung besteht Einigkeit unter den Expert*innen verschiedener behandelnder Disziplinen. Die disziplinäre Interaktion von Psychologie, Medizin und Sozialer Arbeit begründet sich u. a. im gemeinsamen Erklärungsmodell des biopsychosozialen Krankheitsmodells von Engel aus den 1970er-Jahren. Ebenso gibt es einen Konsens über die Notwendigkeit, dass neben der oft rein somatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung eine »Ergänzung durch eine sozialtherapeutische Perspektive, die den Anspruch an komplexe Problemwahrnehmung und integrative Problembearbeitung, der einem biopsychosozialen Modell implizit ist, theoretisch, methodisch und praktisch einlöst« (S. 7). Eine Aufforderung diese

Position der Mitbehandlung verstärkt und fachlich abgesichert einzunehmen und in ihrer Expertise darzustellen, kann als eine der Hauptbotschaften des Werks angesehen werden.

Das Fachbuch gliedert sich in drei Themenbereiche, beginnend mit den Grundlagen europäischer biopsychosozialer Gesundheitsperspektiven, einer Gegenstandsbestimmung des sozialtherapeutischen Ansatzes und professionstheoretischen Entwicklungen, die in engem Zusammenhang zur Klinischen Sozialen Arbeit stehen. Als grundlegend gelten auch Beiträge zur Bindungsorientierung, zur ICF-orientierten Diagnostik sozialer Teilhabe als konzeptioneller Begründung sozial-therapeutischer Interventionen, die diskursive Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Kompetenzen und deren Integration in die sozialtherapeutische Haltung. Im zweiten Themenbereich finden sich Beiträge zu den heterogenen Arbeitsfeldern und den sehr unterschiedlichen Zielgruppen. Dabei werden sozialtherapeutische Ansätze, Modelle und Interventionen in den Bereichen Psychiatrie, Klinische Jugend- und Familienhilfe, Sucht, Strafvollzug und somatische Erkrankungen vorgestellt. Der dritte Themenbereich beschäftigt sich mit Forschungsmethoden und berufspolitischen Perspektiven. Ein Beitrag gibt einen Überblick zum empirischen Wissen bzgl. der Wirkung einzelner Interventionen und zur Qualität der dazu vorliegenden Studien. Hier spiegelt sich nochmals die Heterogenität in der Begrifflichkeit Sozialtherapie und daraus resultierend die Komplexität der angewandten Interventionen wider, die eine Aussage für Wirkungsmechanismen in verschiedenen Anwendungsfeldern erschweren (S. 238).

In beeindruckender und fachlich spannender Weise erfassen die Beiträge des Bandes systematisch komplexe Person-Umwelt-Aspekte sozialgesundheitlich fundierter klinisch-therapeutischer Sozialer Arbeit und stellen damit die fachliche Optimierung der sozialklinischen Fallarbeit dar (S. 8).

Eine österreichische Perspektive einnehmend, möchte ich meine große fachliche und persönliche Freude darüber ausdrücken, dass dieses Buch unter dem Titel »Sozialtherapie« erschienen ist, stellt dieser Titel doch in der

Positionierung Lehre und wie auch Praxis einen wesentlichen Schritt dar und ist letztlich wesentlich für die noch zu entwickelnde Identitätsfrage in der Klinischen Sozialen Arbeit. Leider ist im Gegensatz zu Deutschland in Österreich der Fachterminus »Sozialtherapie« in der Praxis nicht wahrnehmbar etabliert und nicht einmal ansatzweise in einer Verrechnungslinien der medizinischen Versorgung implementiert. Er stellt uns dort wie auch in der Ausbildung immer wieder vor einen Diskussions- und Explikationsbedarf. Selbst die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen hat unterschiedliche Vorstellungen von den Modellen, Interventionen bzw. Ansätzen der Sozialtherapie, dazu kommen noch jene der anderen Professionen in der fachlichen Zusammenarbeit. Das vorliegende Werk bringt eine Schärfung bzw. Begriffsfestlegung und somit eine Basis für Weiterentwicklungen. Fundierte Zugänge von Wissenschaft und fachbezogenem Wissen untermauern die Mitbehandlung von Menschen in psychosozialen Problemlagen als unbedingt erforderlich. Expertise und damit einhergehende Verwendung von Fachtermini, die gerade in der interdisziplinären Zusammenarbeit von immer höherer Bedeutung werden, betonen die Wichtigkeit der sozialen Ebene im Hinblick auf die Behandlungsperspektive.

Dieses Buch liefert eine gute Argumentationshilfe für die Anwendung unterschiedlichster Varianten an sozialem Support, der zur Heilung gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Belastungen wirksam werden kann und so in der Behandlung als gleichwertig mit anderen Disziplinen zu sehen ist. Damit sind weitere Schritte für die Etablierung in der Professions- bzw. Disziplinentwicklung getan, vor allem wesentliche Schritte in der Argumentation zur »Mitbehandlung sozialer Faktoren« im Interesse und zum Nutzen aller Menschen, die Unterstützung durch Soziale Arbeit benötigen.

Ute Antonia Lammel & Helmut Pauls (Hrsg.) (2017). *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: vml. 253 Seiten. ISBN 978-3-8080-0802-7. D: 22,95 EUR, A: 23,60 EUR, CH: 37,00 sFr.*

Information

Assistenz und Sozialtherapie – Das Bundesteilhabegesetz und eine mögliche Implikation für die Klinische Sozialarbeit

Dieter Röh

Das Bundesteilhabegesetz und der Assistenzbegriff. Am 23. Dezember 2016 trat das BTHG in Kraft. Es verändert als Änderungsgesetz u. a. das Neunte Sozialgesetzbuch (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – SGB IX) und damit auch die Eingliederungshilfe. Durch diverse Änderungen in der Leistungsgestaltung und die Verlagerung der Eingliederungshilfe vom Zwölften Sozialgesetzbuch (Sozialhilfe – SGB XII) in das SGB IX werden auch für die Soziale Arbeit zentrale Begriffe und Konzepte neu gefasst. Auf die vielfältigen Änderungen, wie z. B. die Aufwertung sozialraumorientierter Konzepte und Methoden, kann hier nicht eingegangen werden. Stattdessen wird mit der »Assistenz« nur ein zentraler konzeptioneller Bestandteil erörtert.

So wird z. B. in § 76 SGB IX – mit Gültigkeit ab dem 1. Januar 2018 – die Leistungsgruppe »Soziale Teilhabe« (früher Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) geregelt, die einen wesentlichen Teil der Unterstützung in den Lebensbereichen des Wohnens umfasst. Nach § 113 Abs. 1 SGB IX-neu besteht das Ziel in der Befähigung und Unterstützung »zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie im Sozialraum«, u. a. durch »Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten«, »Leistungen zur Förderung der Verständigung« und »Assistenzleistungen«. In der Gesetzesbegründung heißt es zu Assistenzleistungen, dass sie dem Ziel der Alltagsbewältigung und Tagesstrukturierung dienen, insbesondere bzgl. einer »eigenständigen Lebensführung im eigenen Wohnraum« (BT-Drs. 18/9522, 2016, S. 261), wozu »die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung« zählen »bis hin zu den Bereichen Freizeitgestaltung wie beispielsweise Sport, kulturelles Leben und Gestaltung von Beziehungen zu Mitmenschen« (ebd., S. 262). Damit sind zentrale Bereiche der bisherigen Praxis in der Eingliederungshilfe beschrieben, die vielfach auch von Sozialarbeiter*innen ausgeübt werden. Abgesehen davon, dass viele Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe ihre Angebote bereits unter dem Dach der »Assistenzleistungen« firmieren lassen, was angesichts des gleich noch zu besprechenden Ursprungs des Anspruchs an Assistenz sehr kritisch zu bewerten ist, ergibt sich auch ein Spannungsverhältnis zum sozialrehabilitativen Anspruch im Sinne der Sozialtherapie. Wo auf der einen Seite die Sozialtherapie als eigener fachlicher Anspruch, ja sogar als »dritte Säule der Gesundheitsversorgung« (Lammel & Pauls, 2017) ausgerufen wird, besteht auf der anderen Seite ein Misstrauen gegenüber solchen (sozial)therapeutischen Konzepten, wie auch gegenüber bildenden pädagogischen Ansätzen, und er droht im Zuge der Umsteuerung auf Assistenzleistungen verlorenzugehen.

Die verschiedenen Formen der Assistenz. Der Assistenzbegriff bzw. das diesbezügliche Verständnis geht ursprünglich zurück auf die Forderungen der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung, die vornehmlich von rein körperlich beeinträchtigten Menschen getragen wurde, wurde jedoch zuletzt durch das Übereinkom-

men über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (UN-BRK) gestärkt. In Artikel 19 wird von den Vertragsstaaten gefordert, dass sie gemeindenahen Unterstützungsdienste aufzubauen haben, die auch persönliche Assistenz umfassen sollen.

Obwohl noch nicht geklärt ist, auf welchem fachlichen Niveau die Assistenzleistung zu erbringen ist, wird wohl zwischen regiegeleiteter, ersetzender und qualifizierter Assistenz zu unterscheiden sein. Regiegeleitete Assistenz meint die von einer Person genau festgelegte, beauftragte, angeleitete und vor allem die eigene selbstständige Handlung ersetzende Handlung. Demgegenüber ist die rein ersetzende Assistenz eine nicht vollständig nach eigenem Willen in Auftrag gegebene Leistung einer pädagogischen oder therapeutischen Fachkraft, die eine Handlung im vermeintlichen Sinne der betreuten Person vollständig übernimmt, ohne dass die betreute Person in alle Details der Handlungsplanung und -durchführung eingeweiht ist. In der gleichen Angelegenheit kann die Fachkraft den/die Klient*in aber auch einbeziehen, also die Handlung in der Vorbereitung und Durchführung anleiten, die jedoch von der betreffenden Person selbst vollzogen wird. Regiegeleitete Assistenz wird wohl faktisch nur von ausschließlich körperlich beeinträchtigten Menschen genutzt, da sie mit erheblichen Kompetenzansprüchen an die Assistenznehmer*innen (Bollag, 1999) verbunden ist. Dieser Personenkreis bezieht jedoch in den wenigsten Fällen Leistungen der Eingliederungshilfe im hier problematisierten Sinne, da er seine persönliche Assistenz oder auch die Arbeitsassistenz selbst, z. B. über das persönliche Budget (im Sinne eines Arbeitgebermodells oder über einen Dienstleister) oder das Budget für Arbeit, »dirigiert«.

Zu reden sein wird daher in der Eingliederungshilfe eher von denjenigen, die aufgrund kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen ihren Alltag selbst zu bewältigen nicht in der Lage sind, in ihrer Lebensführung eingeschränkt sind und eigene oder fremde Ressourcen zur »daseinsmächtigen Lebensführung« (Röh, 2013) nicht zur Verfügung haben oder notwendige Unterstützung nicht selbst organisieren können. So könnten die Haushaltsführung oder auch Bankgeschäfte wahlweise auf die eine oder andere Weise erbracht werden, indem z. B. für jemanden eingekauft wird bzw. Überweisungen mit Vollmacht getätigt werden (ersetzende Assistenz) oder beim Einkaufen oder Überweisen begleitet bzw. sogar anleitend und damit pädagogisch-therapeutisch unterstützt wird (qualifizierte Assistenz). Der Unterschied zwischen beiden Arten der Unterstützung ist nicht abstrakt herzuleiten, vielmehr wird zu begründen sein, in welchem Fall welche Art von Unterstützung sinnvoll und zielführend ist. So sind gerade Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen wohl häufiger auf eine pädagogisch-therapeutische Unterstützung angewiesen, was keineswegs bedeutet, sie nicht in die Unterstützungsplanung miteinzubeziehen oder sie gar zu bevormunden. Jedoch ist zu beachten, dass der Assistenzbegriff die Angewiesenheit von Menschen auf Fremdunterstützung und ihre Bedürftigkeit ebenso ignoriert wie der Fürsorgebegriff es mit ihrer Selbstbestimmung tut.

Assistenz und Sozialtherapie. Die Differenzierung der Assistenz- bzw. Unterstützungsbe-

darfe in regiegeleiteter, ersetzender und qualifizierter Assistenz führt jedoch in Probleme hinein, die nicht nur das Gesamtniveau der Unterstützungsleistungen bedroht. Sie untergräbt auch einen Anspruch, der die Arbeit in der Eingliederungshilfe als eine sozialtherapeutisch ausgerichtete Hilfe im rehabilitativen Sinne versteht. Sozialtherapie verfolgt das Ziel, z. B. in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen, »sowohl die subjektive Handlungsfähigkeit psychisch kranker Menschen« (Röh, 2017, S. 141) zu verbessern, »z. B. durch Kompetenztraining, Beratung, Empowerment, Sicherung sozialer Rechte etc., als auch die sozialen Bedingungen dieser Handlungsfähigkeit, z. B. durch die Verbesserung des häuslichen oder sozialräumlichen Milieus, Ermöglichung heilsamer Erfahrungen unterstützender sozialer Beziehungen, die Ermöglichung von Partizipation etc., und somit soziale Teilhabe« (ebd.) zu sichern. In der Behindertenhilfe kann sie Ähnliches leisten: Hier können Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch Anleitung darin unterstützt werden, ihre Kompetenzen in den Bereichen der alltäglichen Lebensführung (Körperpflege, Haushaltsführung) wie auch im Bereich sozialer Beziehungen zu entwickeln bzw. auszubauen.

So, wie der Assistenzbegriff durch das BTHG eingeführt bzw. in der Praxis verstanden wird, läuft er dem gleichzeitig beanspruchten sozialtherapeutischen Anspruch entgegen. Das kann zu einer Dequalifizierung der Leistung führen, die einerseits einem modernen, biopsychosozialen Rehabilitationsverständnis widerspricht. Andererseits ist zu befürchten, »dass qualifizierte Teilhabefacheleistungen in niedrigschwellige Leistungen umgewidmet werden, insbesondere dann, wenn die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht« (Diakonie Deutschland & BeB, 2016, S. 28), wodurch der Eindruck entstehen kann, »dass es weniger um die Definition der Leistungsinhalte geht, als vielmehr um die Beschreibung der Leistungsform zum Zwecke der Vergütungssteuerung der Assistenz« (ebd.).

Literatur

- Bollag, E. (1999). Assistenz statt Betreuung – was bedeutet das? *Orientierung – Forum Behindertenhilfe*, 23(1), 16-18.
- BT-Drs. 18/9522 (Deutscher Bundestag. Drucksache vom 05.09.2016) (2016). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)*. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/095/1809522.pdf> [14.02.2018].
- Diakonie Deutschland & Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) (2016). *Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz) vom 26.04.2016*. Hamburg: Diakonie Hamburg. Online verfügbar: https://beb-ev.de/wp-content/uploads/2016/05/Diakonie_BeB_StN_RE_BTHG_160518.pdf [16.02.2018].
- Lammel, U. A. & Pauls, H. (Hrsg.) (2017). *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung*. Dortmund: vml.
- Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung* (Reihe: Research – Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft). Wiesbaden: Springer VS.
- Röh, D. (2017). Sozialtherapie in der Sozialpsychiatrie – Was sie ist und was sie leisten kann. In U. A. Lammel & H. Pauls (Hrsg.), *Sozialtherapie: sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung* (S. 137-148). Dortmund: vml.