

Dr. Johannes Schädler

Inklusives Gemeinwesen und örtliche Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen als sozialplanerische Implementationsstrategie

Vortrag im Rahmen der Fachtagung „Teilhabe und Pflege – Eine Gesamtschau- Die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Eingliederungshilfe“, Veranstalter: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. am 19./20.April 2010, Berlin

Ich möchte in meinem Beitrag

- den Entstehungszusammenhang des Begriffs des ‚inklusive Gemeinwesen‘ und seine Bedeutung darstellen
- auf die Chancen eingehen, die in der örtlichen Teilhabeplanung als sozialplanerische Implementationsstrategie liegen
- deutlich machen, warum Umsetzungsstrategien zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ebenfalls kommunale (Pflege)planung benötigen
- das Konzept des ‚Teilhabezentrums Adenau‘ vorstellen als Beispiel der Verknüpfung von Eingliederungshilfe und Pflege im Rahmen des Handlungskonzepts ‚Inklusives Gemeinwesen‘

Inklusives Gemeinwesen als Reformbegriff in der Behindertenpolitik

Der Begriff des Inklusiven Gemeinwesens entstammt ursprünglich dem Abschlussbericht des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen zum Projekt ‚Individuelle Hilfen für behinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen‘ (vgl. Schädler / Rohrman u.a. 2008). In diesem Evaluationsprojekt wurde von 2003 bis 2008 die befristete Zusammenführung der wohnbezogenen Eingliederungshilfeleistungen auf die überörtliche Ebene der Landschaftsverbände wissenschaftlich begleitet. Damit sollte den politischen Akteuren in NRW eine fachlich fundierte Entscheidungsgrundlage für eine dauerhafte Regelung der Zuständigkeitsfrage ‚kommunal oder überörtlich‘ gegeben werden.

Untersucht wurden die Entwicklung der Fallzahlen und Kosten nach Behinderungsarten und stationären bzw. ambulanten Leistungen, die Wirkungen der neuen Steuerungs- und Finanzierungsformen wie individuelle Hilfeplanung, Fachleistungsstunden, Rahmenvereinbarungen zur Angebotsentwicklung, die Regionalkonferenzen etc. Im Ergebnis konnte u.a. festgestellt werden, dass im Zuge der sogenannten Hochzoning der Anstieg der stationären Fallzahlen auf hohem Niveau gestoppt werden konnte und die Anzahl der Empfänger ambulanter Eingliederungshilfe zum Wohnen deutlich angestiegen ist. Diese

rekrutierten sich vor allem aus dem Bereich der psychisch behinderten Menschen, weniger aus dem großen Bereich der geistig behinderten Menschen. Festzustellen war auch, dass es gelungen war, die Instrumente der Individuellen Hilfeplanung landesweit einzuführen und die Fachleistungsstunde als neue Finanzierungsform zu implementieren¹. Vor diesem Hintergrund war die ZPE-Forschungsgruppe gegen Ende des Projekts immer wieder mit der Frage konfrontiert: „Sind wir in NRW auf gutem Wege?“.

Da bei aller Würdigung des Erreichten von Seiten der wissenschaftlichen Begleitung die Entwicklung in NRW auch mit dem Begriff des „additiven Veränderungsmusters“² gedeutet wurde, lag die Antwort auf der Hand. „Ob man auf gutem Wege ist, hängt davon ab, wo man hin will!“ Vor diesem Hintergrund wurden drei Szenarien entwickelt, die alle an gegebene Bedingungen anknüpfen, sich aber in ihrer behindertenpolitischen Reichweite deutlich unterscheiden (Schädler / Rohrmann u.a. 2008, S. 324ff.)

- Szenario der Ambulantisierung
- Szenario der Sektoralen Reform
- Szenario des Inklusiven Gemeinwesen

Szenario A ‚Ambulantisierung‘

Das Szenario A ‚Ambulantisierung‘ geht von der Annahme aus, dass bestimmte Leistungen, eigentlich immer stationär erbracht wurden, nun in anderer Form, nämlich „ambulant“ geleistet werden soll. Damit verbindet sich die Annahme, dass es quasi naturwüchsig behinderte Menschen mit stationären und Menschen mit ambulanten Hilfebedarf gibt. Das Neue ist sozusagen, dass behinderte Menschen mit geringem Hilfebedarf durch Maßnahmen des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW) dabei unterstützt werden sollen, selbständig zu wohnen, während schwerer behinderte Menschen einen Bedarf an stationären Leistungen haben und in Einrichtungen betreut werden müssen. Blickt man aus dieser Perspektive auf die Frage der Kostenentwicklung bzw. Kostensteuerung, dann kommt man zu der Folgerung, dass die ambulante Hilfe in den betreffenden Fällen kostengünstiger ist als die Finanzierung eines Heimplatzes.

Aus einer eher technisch-administrativen Systemlogik heraus lassen sich daraus wiederum Konsequenzen für die Gestaltung der Fallsteuerung ziehen: Zum einen bezüglich des Umgangs mit den sogenannten ‚Bestandsfällen‘, d.h. den behinderten Menschen, die derzeit in (teil-)stationären Einrichtungen versorgt werden, und zum anderen für den Umgang mit den sogenannten ‚Neufällen‘, d.h. den Menschen, die über Antragsverfahren den Zugang zum Hilfesystem suchen. Es geht sozusagen darum „Fehlplatzierungen“ zu vermeiden. Bezogen auf ‚Bestandsfälle‘ ginge in dieser Perspektive das Interesse dahin, durch geeignete Maßnahmen die behinderten Heimbewohner/innen zu identifizieren, die im gegebenen

¹ Zu den Ergebnissen siehe den Forschungsbericht unter www.lh-nrw.uni-siegen.de sowie Schädler /Rohrmann (2009)

² will sagen: Veränderung durch Ausweitung ambulanter und ohne Abbau stationärer Hilfeangebote (Schädler/Rohrmann 2009)

Rahmen ambulanter Betreuung auch außerhalb einer stationären Einrichtung leben können. für den Umgang mit Neufällen gilt es, durch geeignete Hilfeplanverfahren die ‚Zugangssteuerung‘ so zu gestalten, dass Personen mit geringem und im wesentlichen psychosozialen Hilfebedarf, von vorneherein nicht qua Verfahrensroutine einer Einrichtung zugewiesen werden, sondern Zugang zu Maßnahmen des Ambulant Betreuten Wohnens finden. Entsprechende ambulante Angebote sind flächendeckend auszubauen.

Das Szenario der Ambulantisierung erfordert in seiner Umsetzung nur einen vergleichsweise geringen institutionellen Veränderungsaufwand. Es hat im Sinne der Vorzüge inkrementalistischer Planung damit eine hohe Attraktivität für die politisch Verantwortlichen, kann aber keine zukunftsweisende Strategie begründen. Die kritischen Punkte dieses Ansatzes liegen in den bei näherer Betrachtung nicht haltbaren Grundannahmen, die vor allem einer Diskriminierung von Menschen mit höherem und komplexen Hilfebedarf gleichkommen und wesentliche Probleme des erforderlichen Umbaus stationärer Konzepte unberührt lassen, der „Bewohner-Mix“ ändert sich und Schwerstbehindertenzentren könnten entstehen. Im Ergebnis führt dies aber auch zu dem bereits beschriebenen additiven Veränderungsmuster: „von allem mehr!“

Szenario ‚sektorale Reform‘

Den Begriff haben wir in Anlehnung an eine Formulierung von Wolfgang Schütte (2004) entwickelt. Er stellt in einer rechtspolitischen Zwischenbilanz zur Entwicklung der Eingliederungshilfe fest, dass es bei den politischen Akteuren offenbar einen „breiten und geheimen Konsens (gibt, J.S.), dass alle Aktivitäten nicht weiter reichen dürfen als bis zur Bewältigung der eigenen sektoral identifizierten Probleme“, dies dürfe man ihnen jedoch nur „wenig zum Vorwurf machen“ (Schütte 2004: 7).

Das Szenario ‚sektorale Reform‘ bezieht sich auf den ‚Sektor‘ der Eingliederungshilfe nach SGB XII und knüpft stark an aktuelle Empfehlungen des Deutschen Vereins an (Deutscher Verein 2007). Die Grundintention ist, die Trennung der Leistungsformen ambulant, teilstationär und stationär zu Gunsten einer Durchlässigkeit und Flexibilität der Leistungsformen zu überwinden. Plädiert wird zudem für die Aufhebung der begrifflichen Gegenüberstellung von ‚stationäre Einrichtung‘ und ‚ambulanter Dienst‘ zugunsten eines gemeinsamen Organisationsbegriffs, der das Leistungsgeschehen einheitlich beschreibt. Es wird davon ausgegangen, dass die Unterscheidung zwischen ‚ambulanten‘ und ‚stationären‘ Hilfen lediglich einer traditionellen sozialrechtlichen Systematisierung geschuldet ist, die eine individualisierte Leistungserbringung erschwert.

Will man dies, dann geht es darum, die bisher nach stationärer und ambulanter Logik getrennten Verfahren der Hilfebedarfsermittlung und der Finanzierung anzugleichen, indem sie einheitlich an Kategorien von Zeit ausgerichtet werden. Bedeutsam hierfür ist etwa das Projekt PerSEH des LWV Hessen, das von unserem Forschungszentrum aus derzeit auch evaluiert wird (vgl. Kunze u.a. 2008³). Wenn es gelingt, einerseits zu rechtlichen und finanzierungsbezogenen Angleichungen zu kommen und andererseits Träger der Behindertenhilfe dafür zu gewinnen, Wohnverbände zu schaffen, bestehende stationäre

³ Vgl. zum PerSEH-Evaluationsprojekt des ZPE: <http://www.uni-siegen.de/zpe/aktuelles/306007.html>

Angebote zu verkleinern und/oder durch ambulante Angebote zu ersetzen, dann verlieren Zuordnungen zu Leistungsformen für die betroffenen behinderten Menschen ihren negativen Dauercharakter.

Das Szenario stellt die handelnden Akteure vor rechtliche Reformaufgaben, aber auch vor konzeptionelle und strukturelle Veränderungen im Rahmen des Leistungsgeschehens in der Eingliederungshilfe.

Szenario ‚Inklusives Gemeinwesen‘

Das Szenario des ‚Inklusiven Gemeinwesens‘ steht für neues Denken. Im Unterschied zu den vorigen geht es nicht von den Strukturproblemen der Leistungserbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe aus. Ausgangspunkt ist vielmehr das Gesamtgeschehen im örtlichen Gemeinwesen, das durch staatliche und zivilgesellschaftliche Anstrengungen inklusiv, d.h. teilhabefördernd zu gestalten ist, so dass ‚institutionelle‘ Ausgrenzungen von Bürgerinnen und Bürgern aufgrund bestimmter individueller Beeinträchtigungen möglichst vermieden werden. Angeknüpft wird an die gesetzlichen Veränderungen auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene an, die in den vergangenen 20 Jahren zu einer deutlichen Stärkung der Bürgerrechte behinderter Menschen geführt haben und die in der UN-Behindertenrechtskonvention einen übergreifenden Rechtsrahmen finden.

Damit eröffnet sich eine politische und fachliche Perspektive, die entlang der Lebenslaufphasen nach ausgrenzenden Routinen, Verfahrensregeln und infrastrukturellen Bedingungen fragen kann und diese im Sinne der Antidiskriminierungsvorgaben aufzuheben oder weitgehend zu reduzieren sucht. Das Thema ‚Behinderung‘ wird wieder zu einem Thema kommunaler Politik als der politischen Ebene, die dem sozialen Nahraum der Bürger am nächsten ist. Die Frage der örtlichen oder überörtlichen Zuständigkeiten für bestimmte Leistungen der Sozialhilfe kann funktional diskutiert werden. Diese sind nachrangige Leistungen, die dann verfügbar sein, müssen, wenn die gegebenen Bedingungen die Verwirklichung von Teilhabe erschweren bzw. verhindern.

Die Leitvorstellung des Inklusiven Gemeinwesens stößt meiner Wahrnehmung nach auf der Ebene der Kommunen auf breite Resonanz. Dies begründet sich sicherlich aus der kaum erwartbaren Dynamik, die die UN-Behindertenrechtskonvention in vielen Kommunen ausgelöst hat. Vielleicht auch als Wirkung zahlreicher Kampagnen zivilgesellschaftlicher Akteure – zu verweisen ist z.B. auf die Aktivitäten von Aktion Mensch - kann von einer erhöhten gesellschaftlichen Sensibilität gegenüber der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen gesprochen werden.

Zudem wirkt sich aus, dass sich das professionelle Hilfesystem für Menschen mit Behinderungen konzeptionell immer weiter vom zentralisierten Anstaltsmodell des 19. Jahrhunderts entfernt und sich auf die Kommune bezieht. Damit wird konzeptionell versucht, einen Entwicklungspfad zu verlassen, mit dem das explizite Ziel verbunden war, die kommunale Ebene von der Sorge für behinderte Menschen zu entlasten (vgl. Bradl 1991, 61ff.). Als zukunftsweisend gelten Offene Hilfen (vgl. Rohrman 2006), die z.B. in Form ambulanter Dienste behinderten Menschen ein weitgehend normales, selbstbestimmtes Leben in der Gemeinde ermöglichen wollen. Hierzu ist in den vergangenen Jahrzehnten auch in Deutschland - parallel zum ‚alten‘ System - ein beachtliches fachliches Wissen über ‚gute Hilfen‘ entwickelt worden, auf das zurückgegriffen werden kann.

Unter der Inklusionsperspektive entsteht daraus nun zunehmend eine doppelte kommunale Verantwortung: zum einen für die systematische Herstellung einer barrierefreien öffentlichen Infrastruktur; zum anderen auch für die Art und Weise, wie das Hilfesystem für die behinderten Bürger/innen der Kommune ausgestaltet ist. Der Begriff des Inklusiven Gemeinwesens bietet sich dabei als behindertenpolitische Leitvorstellung an, die sowohl programmatisches als auch strategisches Potential hat.

Auf den Schirm der kommunalen Politik kommt ein Politikfeld mit zahlreichen ‚schlecht strukturierten Problemen‘, über das in der Öffentlichkeit vielfach der trügerische Eindruck herrscht, es handle sich um einen vergleichsweise „politikfreien Raum“, geprägt durch einen breiten Konsens über die Inhalte von Behindertenpolitik. Dies mag bezogen auf die Herausforderungen der barrierefreien Infrastruktur gelten, bezogen auf das Systems der Behindertenhilfe ist dies längst nicht (mehr) der Fall ist. Vielmehr hat kommunale Politik es auch vor Ort zu tun mit einer hochgradig segregierende stationären Struktur sozialer und pädagogischer Hilfen, die in Teilen in immer größeren Gegensatz zu neueren fachlichen Unterstützungskonzepten für behinderte Menschen aber auch zu Rechtspositionen gerät. Dies macht der im Juli von der Bundesregierung verabschiedete Behindertenbericht 2009 (Bundesregierung 2009) mehr als deutlich, Im Bereich der vorschulischen Erziehungseinrichtungen sind integrative Angebote an zahlreichen Orten zwar weit verbreitet, aber vor Ort längst nicht regelhaft vorhanden (Bundesregierung 2009, 31). Im Schulbereich ist die Förderschulbesuchsquote trotz zurückgehender Gesamtschülerzahl gestiegen (von 4,4% in 1998 auf 4,8% in 2006), während die Integrationsquote auf niedrigem Niveau stagniert (ebd., 34). Die Anzahl behinderter Personen, die Eingliederungshilfe in Einrichtungen erhalten, ist zwischen 2005 und 2007 um weitere knapp 12 % auf ca. 409.000 gestiegen (ebd., 66). Trotz der Ausbaubestrebungen im Bereich ambulanter Hilfen zum Wohnen ist die Anzahl der Heimplätze so hoch wie nie zuvor (Schädler /Rohrmann 2008 u.a., 222). Im Lebensbereich Arbeit wuchsen neben Angeboten im Bereich der Unterstützten Beschäftigung aber vor allem die Zahlen der behinderten Mitarbeiterinnen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) von 236.000 (2003) auf rund 275.500 in 2007 (Bundesregierung 2009, 60). All diese Strukturprobleme finden sich in kommunalen Situationen wieder – wenn auch in spezifischer Ausprägung.

Die Bundesregierung konstatiert, dass das Leistungssystem der Eingliederungshilfe einer weitreichenden Reform bedarf (ebd.: 65). Dabei hat es hier in den vergangenen Jahren an strukturellen Reformanstrengungen auf Landes und Bundesebene nicht gefehlt, diese haben es aber offensichtlich nicht geschafft, wirksame Veränderungsdynamiken im der Behindertenhilfe auszulösen.

Die Kommunen stehen somit angesichts der beschriebenen behindertenpolitischen Entwicklungen vor komplexen politischen Gestaltungsaufgaben, die sinnvollerweise planerisch angegangen werden.

Örtlichen Teilhabepanung als sozialplanerische Implementationsstrategie

Ansätze örtlicher Teilhabepanung können das Potenzial haben, institutionalisierte Veränderungsresistenzen in der Behindertenpolitik und – hilfe aufzulösen, wenn sie im Sinne neuerer Planungstheorien als strategische Veränderungsprozesse initiiert werden. Dies

zeigen einschlägige Projekterfahrungen und Arbeiten zu einem Konzept der ‚Örtlichen Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen‘ rekurriert, an dem seit einigen Jahren am Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen geforscht wird⁴. Örtliche Teilhabeplanung steht für einen partizipativen und lernorientierten Prozess, in dem sich unter politischer Federführung der Kommunen die örtlich relevanten Akteure auf den Weg machen, die Zielsetzungen eines ‚inkluisiven Gemeinwesens‘ unter den Bedingungen ihrer spezifischen Örtlichkeit zu realisieren. Die explizite Veränderungsperspektive macht einen solchen Planungsansatz politisch, d.h. kommunale Planung soll bezüglich gegebener Probleme „kollektives Handeln bei nicht vorauszusetzenden Konsens“ (Scharpf 1973) ermöglichen

Es ist hier nicht der Raum um die planungstheoretischen Überlegungen hinreichend darzustellen, die bisher im Zusammenhang mit örtlicher Teilhabeplanung entwickelt worden sind (vgl. Schädler 2009). Daher nur einige Stichworte:

- Das örtliche Gemeinwesen darf nicht idealisierend verstanden werden, es bilden sich hier gesellschaftliche Spaltungen, verschiedene Lebensstile, Interessenkonflikte ab.
- Das örtliche Gemeinwesen hat eine spezifische soziale und kulturelle Tradition, die dort lebenden Menschen können gemeinsame Interessen und örtliche Loyalitäten entwickeln.
- Örtliche Teilhabeplanung muss verknüpft sein mit den Prozessen der örtlichen Politik
- Örtliche Teilhabeplanung muss strategisch ausgerichtet sein, bestehende Praxis reflektieren, neues Wissen zur Verfügung stellen und neue Akteure einbinden.
- Örtliche Teilhabeplanung muss als Querschnittsplanung angelegt sein und als integrierte Planung enge Bezüge zu anderen kommunalen Fachplanungen herstellen.
- Der Plan soll nicht ‚umgesetzt‘, sondern von den relevanten Akteuren ‚angewendet‘ werden, so dass Entwicklungen angestoßen und verstärkt werden.

Zur Veranschaulichung soll noch der Prozesszirkel skizziert werden, der sich aus dem Siegerner Ansatz ergibt:

Prozesszirkel in der örtlichen Teilhabeplanung

Unter Berücksichtigung der Bedeutung eines erfolgreichen Agenda-Settings und gelungener Projektinitiierung setzt eine örtliche Teilhabeplanung zunächst auf die Verständigung über konzeptionelle Grundlagen, Strukturen und Regeln des Planungsprozess. Um Verbindlichkeit herzustellen und benötigte Ressourcen zu sichern, kann dies im Rahmen eines Beschlusses der örtlichen Politik geschehen. Zu institutionalisieren ist eine Stelle in der kommunalen Verwaltung, die die konkrete Federführung für die Teilhabeplanung übernimmt, aber die Querschnittsdimension der Planungsaufgabe kontinuierlich im Blick hat. Als hilfreich hat es sich auch erwiesen, für die Durchführung des Planungsprojektes externe Experten ‚als kritische Freunde‘ hinzuzuziehen, die einschlägige Planungsexpertise und neues Wissen in das örtliche Gemeinwesen bringen.

⁴ Vgl. www.teilhabeplanung.uni-siegen.de

Ist das Planungsprojekt legitimiert, dann ist es möglich, eines oder mehrere offizielle Planungsforen zu veranstalten, in denen die Ziele und das methodische Vorgehen vorgestellt und diskutiert werden können. Auch hierbei sind andere Planungsbereiche (Raum, Umwelt, Verkehr, Wohnen etc.) einzubeziehen. In methodischer, aber auch in normativ-strategischer Hinsicht hat sich ein lebenslauforientierter Ansatz zur Teilhabeplanung als gute Grundlage erwiesen (vgl. Rohrmann 2007). Demnach ist es die Aufgabe von Teilhabeplanung, Bedingungen dafür herzustellen, dass Menschen mit Behinderungen ihre Lebensläufe in Bezug auf die im Gemeinwesen ‚normalen‘ Institutionen und Orte entfalten können. Unter dieser Prämisse lässt sich ein Analyseschema entwickeln, an dem sich im nächsten Schritt erforderliche Sammlung von Daten- und Informationen orientieren kann.

Erforderlich ist die Entwicklung von örtlich angepassten Erhebungsinstrumenten zur Analyse der Ausgangssituation vor Ort, konkret um die Analyse der Ist-Situation der öffentlichen Infrastruktur und des Hilfesystems für Menschen mit Behinderungen. Die Analysen sollen mit sozialwissenschaftlichen Methoden durchgeführt werden und in zwei Richtungen gehen, Zum einen sollen die relevanten sozialstatistischen Daten zur Teilhabesituation behinderter Menschen in der Kommune erhoben bzw. aufgearbeitet werden. Zum anderen geht es aber auch darum, im Sinne eines „institutionellen Audits“ qualitative Informationen über die „Tiefenstruktur“ des örtlichen Unterstützungssystems für behinderte Menschen zu bekommen. Damit sollen die spezifischen Entwicklungspfade, institutionalisierte Grundannahmen und Routinen bewusst und damit veränderbar gemacht werden, die den örtlichen Umgang mit behinderten Menschen prägen.

Die Ergebnisse der Erhebungen zu den verschiedenen Lebensphasen und Lebensbereichen sind nun von den Planungsexperten in Form von ‚Kurzgutachten‘ aufzubereiten und in verschiedenen Foren und Arenen zur Diskussion zu stellen. Die Arenen im oben genannten Sinne haben dann die Aufgabe, einen Entwurf für eine örtliche Teilhabestrategie zu formulieren. Dieses besteht aus einem mittelfristig angelegten strategischen Grundkonzept sowie einem Aktionsplan mit Empfehlungen für konkrete Maßnahmen und Handlungsschritte. Dazu gehört auch eine Auswahl der Bereiche, die mit Priorität angegangen werden sollten.

Dieser Entwurf für einen Teilhabeplan ist dann zum Gegenstand der politischen Entscheidung in den kommunalpolitischen Gremien zu machen, um seine offizielle Anerkennung zu erreichen. Dies ist sicher umso leichter möglich, je größer das Mobilisierungspotential ist, das im vorausgegangenen Planungsprozess entfaltet werden kann.

Die Verabschiedung des Teilhabeplans durch die kommunale Politik bedeutet für den Prozess der örtlichen Teilhabeplanung eine Zäsur, aber nicht dessen Ende. Vielmehr geht es jetzt darum, das Veränderungspotential des Teilhabeplans zur Anwendung zu bringen und den Prozess zu verstetigen. Erforderlich ist dazu eine kontinuierliche Berichterstattung über den Stand der Umsetzung von Einzelmaßnahmen in Foren, Arenen und Parlamentsgremien. Dies könnte Teil der sozialplanerischen Routinen in der Kommune werden. Denkbar sind jedoch auch neue Formen der Institutionalisierung von Teilhabeplanung etwa durch sozialräumlich ausgerichtete ‚Teilhabezentren‘, die Planungs- und Steuerungsaufgaben im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe für verschiedene Personengruppen in neuer Weise verbinden (s.u.).

Reform der Pflegeversicherung und kommunale Infrastrukturplanung

Der Umsetzungsbericht des „Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vom 9. Mai 2009⁵ beschreibt im Eingangsteil mit wichtigen Argumenten zur demografischen und finanziellen Entwicklung die Notwendigkeit einer nachhaltigen Veränderung der Ausrichtung der Pflegeversicherung und stellt den Beitrag des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs an einer entsprechenden Veränderung vor.

Es heißt dort weiter: „Überlegungen zur Sicherstellung der infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen der Pflege sind zunehmend einbezogen in Konzepte eines aktiven Alterns, das immer stärker durch eine Vielfalt von Altersbildern gekennzeichnet ist. Diese Vielfalt prägt auch Pflegesituationen weit mehr als früher. Pflegebedürftigkeit ist dabei z. B. Teil eines selbstbestimmten, vom Wunsch nach Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben geprägten Alterns. Das Ziel, dabei solange wie möglich in der eigenen Wohnung zu bleiben, steht im Vordergrund. Erkennbar werden daher ambulante Lebens- und Leistungsformen bevorzugt. Ebenso deutlich ist aber, dass für viele Menschen aufgrund veränderter Lebensoptionen und privaten Unterstützungssituationen, insbesondere aufgrund veränderter familiärer Strukturen sowie verminderter Leistungsfähigkeit von Familien, qualitätsgesicherte stationäre Angebote notwendig bleiben“ (Umsetzungsbericht 2009: 14).

Wichtig ist mir dabei der Verweis auf die „infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen der Pflege“, auf den „Wunsch nach Teilhabe“ und auf die Verweise auf die Notwendigkeit ambulanter und „qualitätsgesicherter stationäre(r) Angebote. Ganz offensichtlich ist der Blick der Autoren sehr stark auf das Begutachtungs- und Leistungsgeschehen zwischen Pflegekassen, Leistungsberechtigten und Anbietern von Pflegeleistungen gerichtet. In diesem Dreieck soll die angestrebten Veränderungen realisiert werden. Hat man es auch hier mit einer sektoralen Einführung zu tun?

Es fällt auf, dass zumindest in den mir vorliegenden Papieren zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs keinerlei Bezüge zur Aufgabe der örtlichen Ausgestaltung einer bedarfsgerechten Planungsinfrastruktur hergestellt sind. Dies ist erstaunlich, angesichts der Tendenz, dass Kommunen in breitem Maße ihre Altenhilfeplanung ausbauen, dass es strategische Ansätze gibt wie „quartiersbezogene Altenhilfeplanung“ oder „demenzfreundliches Gemeinwesen“, die neue Impulse setzen⁶. Ich konnte im Umsetzungskonzept aber auch keine Verknüpfung finden zur Bedeutung der ‚Pflegestützpunkte‘, und auch nicht zu den z.T. doch sehr positiven Erfahrungen mit der kommunalen Pflegeplanung, in Rheinland-Pfalz als Prozess der kommunalen Pflegestrukturplanung oder in Nordrhein-Westfalen verankert im § 6 Landespflegegesetz. Beispielhaft vorgetragen seien hier die Bestimmungen zur kommunalen Pflegeplanung aus dem Landespflegegesetz NRW:

„§ 6 Kommunale Pflegeplanung

⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2009): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 20.05.2009, http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168762/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/Presse-2-2009/pm-25-05-09.html?__nnn=true, Abruf am 03.05.2010

⁶ Vgl. z.B. die Aktivitäten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, <http://www.kda.de/quartierskonzepte-1.html>, Abruf am 03.05.2010

(1) Die Pflegeplanung der Kreise und kreisfreien Städte dient 1. der Bestandsaufnahme über das vorhandene Angebot an Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen, 2. der Überprüfung, ob über den Pflegemarkt ein qualitativ und quantitativ ausreichendes sowie wirtschaftliches Hilfeangebot für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zur Verfügung gestellt wird und gemäß § 11 Abs. 2 SGB XI die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen gewahrt und deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet werden und 3. der Klärung der Frage, ob und ggf. welche Maßnahmen von den Kreisen und kreisfreien Städten zur Sicherung und Weiterentwicklung des Hilfeangebotes ergriffen werden müssen, 4. der Förderung der Beteiligung von bürgerschaftlichem Engagement im Zusammenhang von Pflege und Betreuung zur Sicherstellung der sozialen Teilhabe Pflegebedürftiger.

Darüber hinaus soll die kommunale Pflegeplanung Angebote der komplementären Hilfen, neue Wohn- und Pflegeformen sowie zielgruppenspezifische Angebotsformen aufzeigen und bei der Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur einbeziehen“.

Während in einigen Bundesländern (wie zum Beispiel in Hessen) Bemühungen zur kommunalen Pflegeplanung bereits Ende der 1990er Jahre wieder aufgegeben wurden, zumeist weil insbesondere von den Pflegekassen darin wenig Sinn gesehen wurde, waren andere Bundesländern wie NRW oder Rheinland-Pfalz wohl im Ergebnis zurecht beharrlicher und haben die darin liegenden Steuerungspotentiale für Kommunen gesichert⁷.

Ich meine, dass die Verknüpfung der aktuellen Reformansätze in der Pflege mit einer systematischen Infrastrukturentwicklung, die ihre Verankerung in den Kommunen hat, notwendig ist und im Rahmen eines sektorübergreifenden örtlichen Handlungskonzepts hergestellt werden sollte. Der Leitbegriff des ‚Inklusiven Gemeinwesens‘ kann hier den Rahmen für ein integriertes planerisches Vorgehen schaffen.

Sicherlich müssen in (groß-)städtischen Regionen andere Probleme gelöst und Strategien gefunden werden als im ländlichen Raum (vgl. Alisch/ May 2008). Insbesondere in infrastrukturell schwachen ländlichen Räumen erscheint alles andere als ein gemeinsamer Handlungsrahmen für Behinderung und Pflege wenig zukunftsweisend, da parallele Strukturen angesichts der bekannten demographischen Entwicklungen wohl nicht aufrechtzuerhalten sind.

Um meine Argumentation anschaulicher zu machen, möchte ich abschließend das Konzept eines ‚Teilhabezentrums‘ vorstellen, das von unserem Forschungszentrum gemeinsam mit dem Landkreis Ahrweiler im Rahmen eines Projektes der örtlichen Teilhabeplanung in der Eifelregion Adenau entwickelt wurde.

Zum Konzept der Teilhabeplanung und Teilhabezentrum in Adenau

Der Landkreis Ahrweiler sieht sich vor der Aufgabe, sowohl seiner Verantwortung für die Teilhaberechte behinderter Bürgerinnen und Bürger als auch seiner gestiegenen Verantwortung als Kostenträger insbesondere für Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53ff. SGB XII auf verlässliche und innovative Weise gerecht zu werden. Dies drückt sich in laufenden Aktivitäten der Teilhabeplanung des Landkreises aus, die sich auf den Teilhabeplan aus dem Jahre 2005 stützen, der mit Unterstützung der Universität Siegen erstellt wurde⁸. Konzeptionell wird dabei einem partizipativen Planungsverständnis gefolgt.

⁷ Beispielhaft diskutiert wird etwa die "Zukunftsinitiative 2020 - Leben und Wohnen im Alter" des Kreises Siegen-Wittgenstein

⁸ Vgl. <http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/abgeschlossene/teilhabeplanung/index.html?lang=de>, Abruf am 03.05.2010

Demzufolge sind alle relevanten und interessierten Gruppen aus dem Bereich der politisch Verantwortlichen, der Träger von Diensten und Einrichtungen und deren Fachleute, allen voran aber die behinderten Menschen und ihre Selbstvertretungsorganisationen selbst in alle Planungsaktivitäten einzubeziehen.

In diesem Zusammenhang fand am 08.11.2008 eine ‚Zukunftswerkstatt‘ statt, in der mit Vertreterinnen der Behindertenselbsthilfe, der Bürgerschaft, politisch Verantwortlichen, Fachleuten der Behindertenhilfe – und Pflege sowie Vertretern des Kreises über die Situation und die Probleme von Menschen mit Behinderungen im Raum Adenau beraten wurde. Es handelt sich dabei um eine sehr ländlich strukturierte Region in der Eifel, in sich aufgrund der spezifischen geographischen Bedingungen besondere Herausforderungen im Bereich der Sozialen Dienste stellen. Zwar haben die Menschen in dieser ländlichen Region es auf bemerkenswerte Weise gelernt, sich wechselseitig zu unterstützen und bestimmte Ansprüche zurückzunehmen. Gleichwohl besteht gerade im Hinblick auf den Personenkreis wesentlich behinderter, chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen ein dringlicher sozialpolitischer Handlungsbedarf, da gemeindenahere Angebote vielfach fehlen oder auch wegzubrechen drohen. Erfreulicherweise waren im Rahmen der ‚Zukunftswerkstatt‘ auch verschiedene Träger bereit, ihre Vorstellungen für eine tragfähige Entwicklung der sozialen Infrastruktur im Sozialraum Adenau in den Beratungsprozess einzubringen.

Im Ergebnis der vom ZPE der Universität Siegen moderierten Zukunftswerkstatt wurde folgendes Planungskonzept für den Raum Adenau entwickelt:

Ziele des Planungsmodells

1. Die durch die individuellen Beeinträchtigungen und die spezifischen Bedingungen der Eifelregion um Adenau gegebenen strukturellen Beeinträchtigungen der Teilhabe behinderter und pflegebedürftiger Bürgerinnen und ihrer Angehörigen sollen weitmöglichst ausgeglichen werden.
2. Dies soll durch eine Aktivitäten auf mehreren Ebenen geschehen:
 - a) durch systematische **Herstellung von Barrierefreiheit** im Bereich der öffentlichen Infrastruktur;
 - b) durch die **Herstellung von Zugänglichkeit** von ‚Regeleinrichtungen‘ im Raum Adenau für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderung;
 - c) durch bessere **Vernetzung vorhandener Dienste** aus dem Bereich der Behindertenhilfe, Altenhilfe und Pflege, der Arbeitsförderung und der Jugendhilfe
 - d) **durch Schaffung neuer Unterstützungsangebote**, die zeitgemäßen fachlichen Standards entsprechen und die mit den bestehenden Angebot eng verknüpft sind;
3. **Die positiven Erfahrungen der Steuerung** des Leistungsgeschehens in der Eingliederungshilfe durch die vom Kreis geführten Teilhabekonferenzen sollen durch Dezentralisierung für Adenau mehr als bisher nutzbar gemacht werden.

Elemente des Planungsmodells

Im Mittelpunkt des Planungsmodells soll ein neu zu schaffendes „Teilhabezentrum“ in der Stadt Adenau stehen, das künftig sozusagen als ‚Kristallisationspunkt‘ für die Belange behinderter und pflegebedürftiger Menschen im Raum Adenau dienen soll. Im

„Teilhabezentrums“ sollen durch koordinierte Aktivitäten verschiedener Stellen folgende Aufgaben geleistet werden:

- Beratung, Information, Clearing von Leistungsberechtigten und ihren Angehörigen
- Beratung von Gemeinden und anderen Akteuren im Gemeinwesen zur Herstellung von Barrierefreiheit und Sicherstellung von Zugänglichkeit von Angeboten
- Selbsthilfeförderung und Aktivierung von sozialräumlichen Ressourcen,
- Vernetzung von Dienstleistungsangeboten, Selbsthilfegruppen und Organisationen
- Lobbyarbeit zugunsten behinderter und pflegebedürftiger Menschen im politischen Raum
- Beratung und Koordination bei pflegerischer Hilfen und Unterstützung bei der Selbstorganisation von Hilfen im Rahmen des Persönlichen Budgets

In den Räumlichkeiten des „Teilhabezentrums“ sollen folgende Stellen bzw. Angebote angesiedelt sein. Für die Einbeziehung weiterer Angebote besteht eine prinzipielle Offenheit:

- Eine „Außenstelle“ der Teilhabekonferenz der Kreisverwaltung vertreten durch eine/n „Teilhabeplaner/in“ des Landkreises. Diese Stelle steht zugleich als Ansprechpartner für Beratungsanfragen der Leistungsberechtigten und ihrer Angehörigen, der Gemeinden und anderer Akteure im Gemeinwesen zur Verfügung
- Die Beratungs- und Koordinationsstelle (BeKo) als ‚Pflegestützpunkt‘ nach SGB XI
- Beratungsangebote der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation nach § 22 SGB IX.
- Beratungsangebote des Integrationsfachdienstes nach § 35 SGB IX
- Offene Beratungsangebote von Trägern der Behindertenhilfe
- Offene Beratungsangebote der Selbsthilfe

Darüberhinaus soll das „Teilhabezentrum“ interessierten Gruppen und Einzelpersonen räumliche Möglichkeiten für Gruppentreffen und kleinere Veranstaltungen bieten.

Arbeitsstruktur, Kosten und Finanzierung

Die Leitung des „Teilhabezentrums“ soll durch den ins Zentrum abgeordneten „Teilhabeplaner“ des Landkreises in enger Abstimmung mit dem Leiter der Beratungs- und Koordinationsstelle für Leistungen der Pflege (BeKo) erfolgen. Der Teilhabeplaner initiiert und leitet eine Netzwerkkonferenz, in der alle im Raum Adenau tätigen Einrichtungen und Dienste sowie andere interessierte Akteure auf der Grundlage einer Interessensbekundung mitwirken können. Der ‚Adenauer Netzwerkkonferenz‘ soll von Seiten des Kreises ein jährliches Teilhabebudget in angemessener Höhe zur Verfügung gestellt werden, mit dem Maßnahmen und Projekte zur Teilhabeförderung finanziert werden können. Die Vergabeentscheidungen erfolgen auf der Grundlage von Vorschlägen der Netzwerkkonferenz und einer Stellungnahme der zuständigen Verbandsgemeinde durch den Kreis Ahrweiler. Das Teilhabezentrum berichtet jährlich in den Gremien der Verbandsgemeinden zur Entwicklung der Teilhabe behinderter und pflegebedürftiger Menschen im Raum Adenau.

Aufgaben der Träger von Einrichtungen und Diensten

Träger von Diensten der Behindertenhilfe und Pflege sollen aufgefordert werden, sich durch geeignete Angebote am Aufbau eines qualitativ hochwertigen, innovativen und bedarfsgerechten Unterstützungssystems im Raum Adenau zu beteiligen. Die Steuerung des Bedarfs an konkreten Dienstleistungsangeboten ergibt sich aus der Teilhabeplanung des Landkreises sowie aus den Ergebnissen der einzelfallbezogenen Teilhabekonferenzen.

Bei der Entwicklung von Angeboten sollten interessierte Träger generell und über Lebensphasen und Hilfebereiche hinweg den Vorrang ambulanter Hilfeformen beachten. Im Bereich der wohnbezogenen Hilfen kommt daher der Unterstützung in der eigenen Wohnung die oberste Priorität zu. In Wohngemeinschaften oder von Trägern initiierten Wohngruppen soll eine Obergrenze von fünf zusammenlebenden Personen nicht überschritten werden. Eine enge Kooperation mit den vor Ort Tätigen Pflegediensten und –einrichtungen und ein Bezug auf die in persönlichen Netzwerken vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten wird vorausgesetzt.

Im Bereich der unterstützten Beschäftigung soll primär auf integrative Maßnahmen in Integrationsbetrieben und Unterstützter Beschäftigung beispielsweise im Rahmen des Budgets für Arbeit gesetzt werden. Dabei ist die Kooperation mit örtlichen Arbeitsmarktakteuren anzustreben. Für Integrationsbetriebe bieten sich Tätigkeitsfelder an, die sich auf die Verbesserung einer nahräumigen Infrastruktur im Sozialraum Adenau beziehen.

Grundsätzlich besteht die Erwartung, dass die Träger an der sozialräumlichen Vernetzung und Koordination der Angebote und an der ‚Adenauer Netzwerkkonferenz‘ aktiv mitwirken.

Diese Prinzipien für die Leistungserbringung wurden im Rahmen eines Präambeltextes formuliert, der allen Vereinbarungen nach §75 SGB XII mit Anbietern von Einrichtungen und Diensten zugrunde gelegt werden soll.

Das Konzept des Teilhabezentrums Adenau befindet sich derzeit in der anfänglichen Umsetzung. In Kürze wird es seine Arbeit aufnehmen. Jetzt schon zeigt es sich, dass die Implementation neuer Strukturen sozialer Unterstützung auch im örtlichen Rahmen nicht ohne politische Beharrlichkeit und Überzeugungsarbeit vonstatten geht. Sicher ist dennoch, dass es zu einer Verbesserung der sozialen Infrastruktur für behinderte und pflegebedürftige Personen vor Ort kommen wird. Ohne die planerisch-gestaltende Initiative des Landkreises wäre dies nicht erreicht worden, der ‚Markt‘ hätte dies nie und nimmer aus sich selbst heraus hervorgebracht. Dies ist gleichzeitig mein Fazit.

Literatur:

Bradl, Christian (1991): Anfänge der Anstaltsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung („Idiotenanstaltswesen“). Ein Beitrag zur Sozial- und Ideengeschichte des Behindertenbetreuungswesens am Beispiel des Rheinlands im 19. Jahrhundert., Frankfurt

Bundesregierung (2009), Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen für die 16. Legislaturperiode, online verfügbar unter, http://www.bmas.de/coremedia/generator/3524/property=pdf/a125__behindertenbericht.pdf, zuletzt geprüft am 10.08.2009.

Deutscher Verein für öffentlich und private Fürsorge e.V. (2007): Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe, Berlin

Heinrich Kunze, Gerhard Kronenberger, Ulrich Krüger, Evelin Schönhut-Keil (Hg.). Der Reiz des Unentdeckten. Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in Hessen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008

Rohrmann, Albrecht (2007): Offene Hilfen und Individualisierung. Heidelberg

Schädler, Johannes /Rohrmann Albrecht u.a. (2008): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand (Abschlussbericht der ZPE-Forschungsgruppe an der Universität Siegen zum IH-NRW-Projekt im Auftrag des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen, Siegen/Düsseldorf

Schädler, Johannes/Rohrmann, Albrecht (2009): Zuständigkeitsregelungen und Reformperspektiven für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), Heft 6/2009,

Schädler, Johannes (2009): ‚Inklusives Gemeinwesen‘ – Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen, in: Sozial Extra, Heft 9/2009, S. 22- 27

Scharpf, Kurt (1973): Planung als politischer Prozess, Frankfurt

Schütte, Wolfgang (2004):Die Zukunft der Eingliederungshilfe zwischen SGB IX und ‚Bundesbehindertengeld – eine rechtspolitische Zwischenbilanz, in: NDV, 8/2004: 1 – 9

Dr. Johannes Schädler, Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen E-Mail: schaedler@zpe.uni-siegen.de