

NDV

Nachrichtendienst des Deutschen Vereins
für öffentliche und private Fürsorge e. V.

**(Mehr) Wirkungsorientierung in der
kommunalen Sozialpolitik wagen?!**

**Der „Sorgfaltsmaßstab“ und „fachliche
Standards“ im Recht der Sozialen Arbeit**

**Das Viereinhalbjährigen-Vorstellungs-
verfahren in Hamburg – Eine
Bestandsaufnahme 20 Jahre nach
seiner Einführung**



12/2025



MITGLIEDER! WISSEN MEHR!

Wussten Sie schon?

In unserem **Mitgliederportal** können Sie bereits am 1. eines Monats den NDV digital lesen und herunterladen.

Schauen Sie rein:

www.deutscher-verein.de/mitgliederportal

Bleiben Sie informiert!

Mit unserem Informationsservice zu Neuerscheinungen unseres Verlages verpassen Sie keine Entwicklungen im Sozialrecht, der Sozialpolitik und der Sozialen Arbeit.

Jetzt anmelden:

www.deutscher-verein.de/buchshop/neuerscheinungen/

Literatur für die Soziale Arbeit



BUCHSHOP des Deutschen Vereins

Impressum

NDV

105. Jahrgang
12/2025

Herausgeberin

Dr. Verena Staats,
Vorsitzende des Deutschen Vereins

Schriftleitung

Ralf Mulot
Tel. (030) 6 29 80-3 13
E-Mail: mulot@deutscher-verein.de

Sachbearbeitung und Anzeigen

Tatjana Hally M.A.
Tel. (030) 6 29 80-3 16
E-Mail: hally@deutscher-verein.de

Mediengestaltung

Barbara Schmeißner
Tel. (030) 6 29 80-3 15
E-Mail: schmeissner@deutscher-verein.de

Abonnementverwaltung

Tel. (030) 6 29 80-5 02
E-Mail: abo@deutscher-verein.de

Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Michaelkirchstraße 17/18
10179 Berlin
Fax (030) 6 29 80-3 51
Internet: www.deutscher-verein.de

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE98 3702 0500 0003 2242 00
ISSN 0012-1185

Der Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. (NDV) erscheint in monatlicher Folge und ab 1. Juli 2025 nur noch in elektronischer Form (als Flip-Book und als barrierefreies PDF). Die Bereitstellung eines Exemplars der Zeitschrift an unsere Mitglieder ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Nichtmitglieder können den NDV im Dauerbezug für jährlich 36 Euro (inklusive Umsatzsteuer) beziehen.

Der Einzelheftpreis beträgt 3,30 Euro. Anmeldungen zur Mitgliedschaft nimmt die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins entgegen. Reklamationen wegen unregelmäßiger Zustellung bitten wir bei der Abonnementverwaltung vorzubringen. – Alle Rechte, auch das der Übersetzung, sind vorbehalten.

Gefördert vom:



**Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend**

INHALT

AKTUELLES

Informationen aus der Mitgliedschaft	547
--	-----

IM FOKUS

Olaf Lobermeier und Holger Wunderlich: (Mehr) Wirkungsorientierung in der kommunalen Sozialpolitik wagen?!	549
---	-----

Erik Hahn: Der „Sorgfaltsmaßstab“ und „fachliche Standards“ im Recht der Sozialen Arbeit	555
---	-----

Dirk Bange: Das Viereinhalbjährigen-Vorstellungsverfahren in Hamburg – Eine Bestandsaufnahme 20 Jahre nach seiner Einführung	560
---	-----

Hans Oliva, Sebastian Ehlen, Julia Klinger, Sandra Kirvel, Peter Löcherbach, Edwin Toepler und Christian Rexrodt: Umsetzung von Fallmanagement in der Deutschen Rentenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Netzwerkbildung	568
---	-----

Andrea Riecken, Anne Lohmann, Lara-Lee Terkowski: Wirkungskontrolle in der Bedarfsermittlung	576
--	-----

SONDERTHEMA

Gewalt in der Pflege – Who cares?	583
---	-----

Johanna Erlbeck: Das Netzwerk Gewaltfreie Pflege: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Schutz Pflegebedürftiger unter Leitung der Polizei Berlin	584
---	-----

AUS DEM DEUTSCHEN VEREIN

Fachausschuss „Sozialpolitik, soziale Sicherung, Sozialhilfe“	591
---	-----

*Wir wünschen allen Mitgliedern des Deutschen Vereins
und allen Leser*innen des Nachrichtendienstes
frohe Festtage und alles Gute für das Jahr 2026.*

Die Redaktion des NDV

Wussten Sie, ...

1

... dass laut einer Umfrage der Aktion Mensch 60 % der Menschen mit Behinderung in den letzten fünf Jahren in unterschiedlichen Alltagssituationen diskriminiert wurden?

2

... dass die Diskriminierung am häufigsten im öffentlichen Raum, am Arbeitsplatz oder im Gesundheitssystem stattfindet?

3

... dass 41 % der Befragten nicht wissen, wie sie sich gegen Diskriminierung wehren können?

Quelle: Aktion Mensch

Interview mit Christina Marx

Frau Marx, laut einer Umfrage der Aktion Mensch hat eine Mehrheit der Menschen mit Behinderung in den letzten fünf Jahren Diskriminierung erfahren. Wie äußert sich diese Diskriminierung?

Die Erfahrungen, die ihnen eine gleichberechtigte Teilhabe im Alltag verwehren, reichen von unfairer Behandlung und schlechteren Chancen über diskriminierende Sprache bis hin zu fehlender Barrierefreiheit. Im Internet sind es zusätzlich beleidigende oder herabwürdigende Nachrichten.

Wie können sich die betroffenen Menschen gegen Diskriminierung wehren?

Mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, den Antidiskriminierungs- und Ombudsstellen sowie Meldestel-

len gegen Diskriminierung bestehen in Deutschland bereits unterstützende Strukturen. Unsere Befragung zeigt jedoch, dass diese nicht ausreichend bekannt sind – umso wichtiger also, diese Informationslücke zu schließen.

Was können Politik und Gesellschaft tun? Benötigen wir neue rechtliche Regelungen?

Menschen mit Behinderung erleben Diskriminierung nicht nur auf persönlicher Ebene, sondern auch auf struktureller. Ein Teil der Lösung muss sein, dass bestehende Gesetze konsequenter angewendet werden. Für ein gleichberechtigtes und diskriminierungsfreies Miteinander sind jedoch alle gefragt: Staat, Gesellschaft und jede*r Einzelne.



Christina Marx
ist Sprecherin der Aktion Mensch
und Mitglied der Geschäftsleitung.

Foto: Aktion Mensch

Informationen aus der Mitgliedschaft

Kurzfilm Haushaltsnahe Dienstleistungen des SkF

Der Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e.V. (SkF) engagiert sich bereits seit einigen Jahren für das Thema „Haushaltsnahe Dienstleistungen“. Es geht hierbei um Chancen für Wohlfahrtsverbände, in diesem Bereich einen sozialen Betrieb aufzubauen, um die Unterstützung für private Haushalte mit Kindern, älteren Personen oder Pflegebedürftigen und um Chancen am Arbeitsmarkt für Frauen und Männer in bestimmten Lebenslagen. Der SkF Gesamtverein setzt sich auch für die Einführung von Gutscheinen ein, damit sich alle Haushalte solche Dienstleistungen sozialversichert leisten können und Schwarzarbeit in diesem Bereich zurückgedrängt wird.

Jetzt konnte der SkF zu diesem Thema mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen einen kleinen Film realisieren, den Sie auf YouTube unter <https://youtu.be/QSRfukFLldc> finden. Er stellt das Thema „Haushaltsnahe Dienstleistungen“ aus Sicht der Kund*innen und Mitarbeitenden dar.

Neuanfang mit „Housing First“

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) hat im Rahmen seines Projektes „Housing First“ die 100. Wohnung gefördert, die dazu beiträgt, Wohnungslosigkeit unmittelbar und nachhaltig zu beenden.

Zuerst ein sicheres Zuhause und dann der Rest, so lässt sich das Konzept „Housing First“ zusammenfassen. Im

Zuge seines Projektes fördert der LWL den Neubau, die Sanierung, den Erwerb und die Vermietung von Wohnraum für wohnungslose Menschen.

Housing First beendet Wohnungslosigkeit für Betroffene, indem man ihnen ermöglicht, ohne Vorbedingungen eine Wohnung zu mieten. „Ohne ein sicheres Zuhause bleibt jeder Appell an Eigenverantwortung leeres Gerede. Erst wenn Menschen ein festes Dach über dem Kopf haben, können sie ihr Leben wirklich in die Hand nehmen. Wohnen darf keine Sorge mehr sein, dann kann man Arbeit finden, sparen oder von den Drogen loskommen“, so LWL-Sozialdezernent Takis Mehmet Ali. Die Sicherheit des neuen Zuhauses solle es den Mieter*innen erleichtern, schwierige Herausforderungen zu bewältigen, Stabilität zu erreichen und ihre Lebenssituation zu verbessern. Studien haben gezeigt, dass der Housing First-Ansatz erfolgreich sein kann. Beim LWL sind von den 100 geförderten Wohnungen bereits 67 vermietet. Die übrigen befinden sich noch im Bau oder Umbau.

Beim LWL können private Investoren, Träger der Freien Wohlfahrtspflege oder Städte und Kreise unterschiedliche Zuwendungen beantragen, um Wohnraum zu schaffen und bereitzustellen. Der LWL hilft auch dabei, einen geeigneten Mieter oder eine geeignete Mieterin zu finden, und bietet den Vermieter*innen sowohl vor als auch nach dem Einzug Unterstützung an – außerdem Sicherheit in Form einer Risikoabdeckung bei Mietausfällen und Leerständen. Und falls mal etwas zu Bruch gehen sollte, kann der LWL auch die Instandsetzung finanzieren. In drei Fällen wurde die Risikoabdeckung bei Leerstand gezahlt, in einem Fall wurde die Risikoabdeckung wegen Mietausfall gezahlt. Und in einem Fall mussten Kosten der Instandsetzung erheblicher

Schäden durch den/die Mieter*in übernommen werden.

Mehr über Housing First im Internet: <http://www.lwl-inklusionsamt-soziale-teilhabe.de/de/housing-first/>

Siebtes Trendbarometer Sozial- und Gesundheitswirtschaft

Das siebte Trendbarometer der Sozialgestaltung im Auftrag der SozialBank zeigt eine Branche, die sich an wirtschaftliche Belastungen anpasst, ohne echte Entlastung zu erfahren. Strategische Unsicherheit und Bürokratie bremsen die Branche. Die Hoffnung auf politische Lösungen ist gering: 93 % der Befragten beurteilt die Maßnahmen der Bundesregierung zur Finanzierung einer verlässlichen Pflegeversicherung als (eher) unzureichend. 89 % kommen mit Blick auf die Sicherstellung einer stabilen Altersvorsorge zu diesem Urteil.

„Die Herausforderungen sind groß, aber lösbar, wenn wir Bürokratie abbauen und Reformen endlich entschlossen umsetzen“, sagt Susanne Leciejewski, Geschäftsführerin der Sozialgestaltung. „Dies gilt für die Krankenhausreform ebenso wie für die überfällige Pflegereform.“

41 % der Befragten sehen die strategische Unsicherheit durch gesetzliche Reformprozesse als eine der drei größten Herausforderungen – ein Plus von 20 Prozentpunkten. Darüber hinaus bleibt der Fachkräftemangel das drängendste Problem des Sozial- und Gesundheitssektors. Er wird von 90 % der Befragten genannt (+28 Prozentpunkte). Eine leichte Verbesserung gab es bei den Verhandlungen mit den Kostenträgern:

Noch 48 % der Befragten zählen sie zu den Top-Herausforderungen (-16 Prozentpunkte).

„Die Betreiber passen sich an, doch die anhaltende Unsicherheit durch unklare Reformprozesse bremst sie aus“, sagt Susanne Leciejewski. „Fachkräfte fehlen – das lässt sich nicht kurzfristig ändern. Aber die Planungsunsicherheit ist durch einen klaren gesetzlichen Rahmen vermeidbar.“

45 % der Befragten beurteilen ihre wirtschaftliche Lage als angespannt oder etwas angespannt, leicht weniger als im Frühjahr 2025 (48 %). 38 % sehen ihre Situation als gut – ein Plus von 11 Prozentpunkten. Als Hauptgründe für die Verbesserung nannten sie die hohe Nachfrage und Auslastung ihrer Einrichtungen. Auch sinkende Energiepreise haben zur Entlastung beigetragen. Dementsprechend ist der Anteil derjenigen gesunken, die für 2025 ein Jahresdefizit erwarten: von 44 % der Befragten im Frühjahr auf 24 % im Herbst.

Als Investitionsschwerpunkte im Jahr 2025 nannten die Befragten Personal (69 %), Digitalisierung (69 %) und Immobilien (55 %). Der Anteil derer, die die Digitalisierung als wesentliches Investitionsfeld anführen, ist um 9 Prozentpunkte auf 69 % gestiegen. Noch immer schätzen rund ein Drittel (30 %), ihre digitalen Systeme und Notfallpläne nicht als krisenfest ein.

„Digitalisierung ist ein zentraler Resilienzfaktor und verspricht Effizienzsteigerungen im Betrieb. Aber sie erfordert teils hohe Investitionen und neues Know-how bei den Anwenderinnen und Anwendern. Deshalb braucht es bessere Refinanzierungsgrundlagen für Digitalisierungsinvestitionen und eine Berücksichtigung digitaler Lösungen bereits in der Ausbildung von Fachkräften“, sagt Susanne Leciejewski.

Als wichtigste Bereiche zur Ausgaben-senkung, die keine Einbußen bei Leis-

tungsumfang und -qualität zur Folge haben, nennen die Befragten Bürokratieabbau und Digitalisierung. 100 % sehen die Reduzierung des Verwaltungsaufwands, drei Viertel (75 %) die Digitalisierung und Automatisierung von Prozessen hierfür als Möglichkeit. Auch damit öffentliche Fördermittel besser nutzbar werden, ist nach Meinung von 85 % der Befragten weniger Bürokratie erforderlich.

An der Umfrage der SozialGestaltung nahmen vom 4. September bis 22. Oktober 2025 40 ausgewählte Branchenexpert*innen aus sozialen Organisationen und Unternehmen mit ca. 1200 Einrichtungen aus der Sozial- und Gesundheitswirtschaft teil.

Das vollständige „Trendbarometer Sozial- und Gesundheitswirtschaft“ ist kostenlos zum Download verfügbar: www.sozialbank.de/trendbarometer

„Essener Erklärung zum Programm Bildungspartner NRW“

Das Land Nordrhein-Westfalen, die kommunalen Spitzenverbände und die Landschaftsverbände Westfalen-Lippe (LWL) und Landschaftsverbände Rheinland (LVR) haben im Rahmen des 11. Bildungspartnerkongresses die gemeinsame „Essener Erklärung“ unterzeichnet. Darin bekräftigen sie ihren Willen, das Programm „Bildungspartner NRW“ weiterzuentwickeln und die erfolgreiche Zusammenarbeit von Schulen mit außerschulischen Partnern nachhaltig zu stärken.

Mit der „Essener Erklärung“ setzen sich das NRW-Schul- und Bildungsministerium, das NRW-Kultur- und Wissenschaftsministerium, der Städtetag NRW, der Landkreistag NRW und der Städte- und Gemeindebund NRW sowie LWL und LVR weiterhin für eine Öffnung der Schule in ihr gesellschaftliches, kulturelles und natürliches Umfeld ein. Auf ak-

tivierende Lernangebote außerhalb des Klassenraumes komme es umso mehr an, je stärker sich die Bildungsprozesse von Kindern und Jugendlichen in digitale Welten verlagern. „Mit ihren erfahrungsbasierten Lernformaten bieten die außerschulischen Bildungspartner notwendige Ergänzungen und Vertiefungen für die historisch-politische, naturwissenschaftlich-technische und kulturelle Bildung, die Medienbildung und Leseförderung in der Schule“, so die Unterzeichnenden. Als Orte gelebter Demokratie leisteten die außerschulischen Lernorte nicht zuletzt einen wichtigen Beitrag zur Demokratiebildung: „Durch partizipative Lernangebote, in denen die Ideen, Fragen, Haltungen und Bedürfnisse junger Zielgruppen berücksichtigt werden, erweitern sie die demokratischen Teilhabemöglichkeiten von Schülerinnen und Schülern.“

Besonders dankten die Unterzeichnenden den 33 Fachverbänden und -instituten, die in Nordrhein-Westfalen das außerschulische Lernen von Kindern und Jugendlichen unterstützen und die Zukunft der Bildungspartnerschaften mitgestalten.

In dem bundesweit einzigartigen Netzwerk „Bildungspartner NRW“ arbeiten seit 20 Jahren Hunderte von Schulen mit außerschulischen Lernorten wie Archiven, Bibliotheken, Bühnen, Gedenkstätten, Medienzentren, Museen, Musikschulen, Einrichtungen der Natur- und Umweltbildung, Sportvereinen und Volkshochschulen in allen Regionen des Landes zusammen. Die Idee einer Bildungspartnerschaft hat sich bereits über 2.000-mal bewährt: Die Schule und ihr außerschulischer Bildungspartner verabreden in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung gemeinsame Ziele und Aktivitäten. Das außerschulische Lernen wird damit zu einem festen Bestandteil des Schullebens. Wer mitmacht, profitiert von den Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Geschäftsstelle Bildungspartner NRW, die im Düsseldorfer LVR-Zentrum für Medien und Bildung

Olaf Lobermeier und Holger Wunderlich

(Mehr) Wirkungsorientierung in der kommunalen Sozialpolitik wagen?!

*Die Gesellschaft, in der wir leben und in der wir Sozialpolitik (nicht nur in den Kommunen) gestalten müssen, ist aufgrund ihrer Komplexität und Dynamik durch zahlreiche Herausforderungen geprägt. Mit diesem Beitrag¹ wird dafür plädiert, diesen (sozialpolitischen) Herausforderungen mit wirkungsorientierten Planungs-, Gestaltungs- und Bewältigungsstrategien zu begegnen. Wirkungsorientierung wird dabei als übergreifendes Paradigma und als Richtschnur für eine sich an den Lebenswirklichkeiten der Bürger*innen orientierende kommunale Politik verstanden. Dabei wird berücksichtigt, dass in politischen Aushandlungsprozessen auch andere als wirkungsorientierte Argumente eine Rolle spielen (können).*

1. Warum sollte eine kommunale Sozialpolitik wirkungsorientiert vorgehen?

Kommunale Sozialpolitik muss sich heute verstärkt legitimieren, damit sie von den Bürger*innen akzeptiert wird (Weith et al. 2019, 184). Dabei gilt es, knappe Steuergelder möglichst effizient einzusetzen und darauf hinzuwirken, dass ihr Einsatz wirksame Resultate hervorbringt. Es geht verstärkt darum, dass ein Nachweis über „Leistungen und Wirkungen“ erbracht wird (Widmer 2012, 48–49).

Kommunale Sozialpolitik muss sich in diesem Sinne daran messen lassen, ob sie positive Veränderungen auf der individuellen Ebene (z.B. Beseitigung konkreter Engpassfaktoren in der Lebensführung) und/oder auf der strukturellen Ebene (z.B. Verbesserung der sozialen Infrastruktur) erreicht. Dabei sollten die Veränderungen auf individueller Ebene und Kontextebene nicht gegeneinander ausgespielt werden. Vielmehr gilt es, diese als gleichberechtigt zu betrachten und beide Ebenen gleichermaßen im Blick zu haben.



Prof. Dr. Olaf Lobermeier,
Professor für Sozialwissenschaftliche Methoden, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel
Homepage: <https://www.ostfalia.de/hochschule/fakultaeten/fakultaet-soziale-arbeit/fakultaetsteam/prof-dr-olaf-lobermeier>



Prof. Dr. Holger Wunderlich,
Professor für Sozialraumorientierung und Sozialarbeitsforschung, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel.
Homepage: www.holger-wunderlich.de

¹ Dieser Beitrag ist eine stark gekürzte und überarbeitete Fassung des folgenden Beitrags: Lobermeier, Olaf/Wunderlich, Holger (2025): Wirkungsorientierung in der kommunalen Sozialpolitik, in: Brettschneider, Antonio/Grohs, Stephan/Jehles, Nora (Hrsg.): Handbuch Kommunale Sozialpolitik, Wiesbaden, doi.org/10.1007/978-3-658-38616-0_86-1 (letzter Abruf: 21. August 2025).

Zentral für die kommunale Sozialpolitik wird dementsprechend der Bezug auf Wirkungsziele und damit die Ausrichtung auf Maßnahmen und Handlungsstrategien, die diese Wirkungsziele auch erreichen können. Konkret bedeutet dies, dass kommunale Sozialpolitik stärker als bisher Ziele und Subjekte als adressierte Akteur*innen der intendierten Veränderungen bestimmen muss. Des Weiteren müssen Umsetzungsstrategien entwickelt werden, die nicht beliebig sind, sondern deutlich herausstellen, welche Ressourcen und Verfahren notwendig sind, um entlang von theoriegeleiteten Veränderungsmodellen von einem Ist-Zustand zu einem angestrebten Soll-Zustand zu gelangen (Chen 2012, 20, siehe auch Strobl/Lobermeier 2021, 72).

„Ein wirkungsorientiertes Handeln ermöglicht das Treffen von Entscheidungen auf der Basis von Daten und Fakten anstatt auf der Basis von Vermutungen oder Annahmen.“

Eine wesentliche Aufgabe in der Planung und Steuerung wirkungsorientierter kommunaler Sozialpolitik ist in der Gestaltung von Diskursen zu sehen (Wunderlich 2022, 318–320). Auf eine Herausforderung in diesem Zusammenhang verweist Polutta (2022, 394–395), wenn er schreibt, dass wirkungsorientierte Steuerung „zugleich die Steuerung der Wirkungen in einer bestimmten Weise als auch die wechselseitige Steuerung im sozialpolitischen Feld“ ist (Polutta 2022, 394 f.). Diskurse sind somit erstens mit Blick auf die einzelnen Programme, Projekte und Maßnahmen wichtig und beziehen sich zweitens auch auf die Abstimmung dieser unter- bzw. aufeinander.

Ein wirkungsorientiertes Handeln ermöglicht das Treffen von Entscheidungen auf der Basis von Daten und Fakten anstatt auf der Basis von Vermutungen oder Annahmen. Zudem erhöht es die Transparenz bzw. dient der Rechenschaftspflicht in der kommunalen Sozialpolitik und kann mithin das Vertrauen der Öffentlichkeit in diese stärken.

2. Merkmale und Phasen wirkungsorientierter kommunaler Sozialpolitik

Ein Modell wirkungsorientierten sozialpolitischen Handelns kann in Anlehnung an den PDCA-Zyklus² in einem idealtypischen Schema dargestellt werden (vgl. Abbildung 1). Den ers-

ten Schritt stellt die Analyse von Problemen und Risiken sowie deren Ursachen dar (vgl. Kapitel 2.1). In einem nächsten Schritt erfolgt eine diskursive Entwicklung von Zielen, zunächst auf der mittleren Zielebene und in einem weiteren diskursiven Schritt auf der Handlungszielebene (vgl. Kapitel 2.2). Zentral ist der daran anschließende dritte Schritt, in dem ein Veränderungsmodell entwickelt wird (vgl. Kapitel 2.3). Die Umsetzung der Maßnahmen zur Zielerreichung erfolgt im Sinne eines kooperativen Handelns zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren (vgl. Kapitel 2.4). Abschließend gilt es die Umsetzung der verschiedenen Maßnahmen zu evaluieren und einem gemeinsamen Bewertungsprozess zu unterziehen (vgl. Kapitel 2.5). Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse und deren Bewertung beginnt der Prozess erneut.

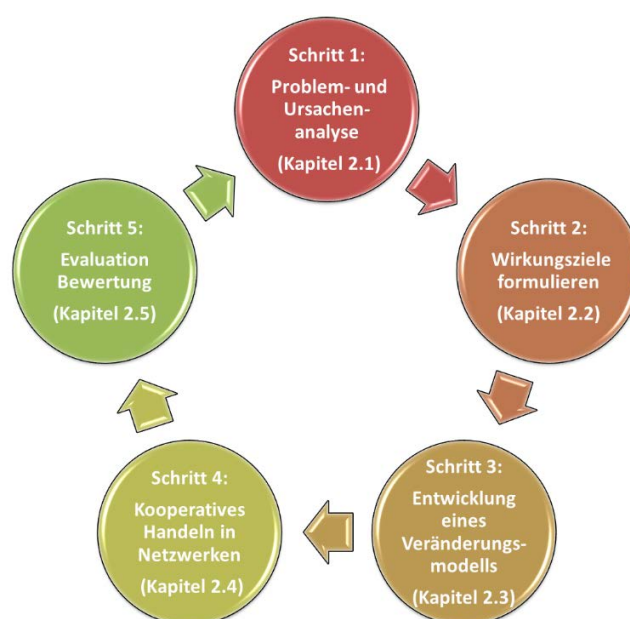


Abb. 1: Kreislauf wirkungsorientierter kommunaler Sozialpolitik

Quelle: Lobermeier/Wunderlich 2025, 9.

2.1 Problem- und Ursachenanalyse

Der Prozess des wirkungsorientierten Denkens und Handelns beginnt bei der Problemanalyse (Strobl/Lobermeier 2021, 61–62). In dieser Phase gilt es, insbesondere durch die Darstellung des Ist-Zustandes (vgl. Abbildung 2) durch die kommunale Sozialplanung, genau zu analysieren, welche Problemlagen in welcher quantitativen und qualitativen Ausprägung vorliegen. Dabei ist auch sozialpädagogisches Erfahrungswissen einzu-beziehen, denn die Soziale Arbeit ist ein Seismograf für verdeckte und verschwiegene soziale Probleme (Böhnisch 2018, 120–126). Das Zusammentragen unterschiedlichster Daten zu

² Der PDCA-Zyklus beschreibt die vier Schritte „Plan“, „Do“, „Check“ und „Act“.

einer Problemanalyse bildet den ersten Schritt der wirkungsorientierten Sozialpolitik. Sozialplanung kann hierbei sowohl Problem- als auch Problemlösungswissen generieren (Wunderlich 2022, 317).

Daran anschließend gilt es in einem zweiten Schritt die identifizierten sozialen Probleme und Risiken zu kontextualisieren. Gemeint ist damit sowohl eine sozialräumliche Kontextualisierung als auch die Berücksichtigung der konkreten strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen des politisch-administrativen Systems vor Ort. Ohne die Berücksichtigung der lokalspezifischen Ausgestaltungen und deren Besonderheiten wird eine wirkungsorientierte Sozialpolitik vor Ort nicht gelingen können.

Einher geht hiermit der dritte Schritt, in dem theoretisches Erklärungswissen mit erfahrungsbasierten Praxistheorien und Umgangswissen (vgl. Böhnisch 2018, 127–133) verknüpft werden sollte. Im Sinne einer Professionalisierung gilt es dabei verstärkt wissenschaftliche Erklärungstheorien zu nutzen und zu entwickeln, um die Entstehung der verschiedenen Problemlagen möglichst effektiv bearbeiten zu können. Eine Problemanalyse ohne die professionelle Beurteilung theoretischer Ursachenannahmen bleibt aber weitgehend blind für die Erfordernisse bei der Bearbeitung sozialer Problemlagen. Ursachenanalysen beziehen zwar traditionell soziologische, psychologische o.ä. Bezugswissenschaften ein, jedoch bedarf es daneben der verstärkten Berücksichtigung sozialpädagogischer Praxistheorien (der Sozialen Arbeit).

2.2 Wirkungsziele formulieren

Den Kern der hier skizzierten wirkungsorientierten Sozialpolitik bilden die sogenannten Wirkungsziele, wobei es zwischen Zielen auf der Leit-, Mittler- und Handlungszielebene zu differenzieren gilt. Nur eine konsequente Formulierung von Wirkungszielen auf allen drei Ebenen gewährleistet, dass ein kommunalpolitisches Handlungskonzept auf Wirkungen ausgerichtet wird und nicht auf der Maßnahmenebene stehen bleibt. Der alleinige Fokus auf Maßnahmen bzw. Leistungen führt ggf. zu einer Nicht-Berücksichtigung der tatsächlichen Problemlagen und Ursachen und zu „blindem Aktionismus“ (Strobl/Lobermeier 2021, 66).

Leitziele geben die konkrete Utopie einer Kommune vor. Sie sollten allgemeinverständlich sein und eine hohe Attraktivität aufweisen, damit möglichst viele lokale Akteure diese mittragen können. Es handelt sich dabei um „langfristig angestrebte,

übergeordnete Ziel- bzw. Wertvorstellungen“ (Giesel 2007, 77). Eine konkrete Utopie auf der Leitzielebene könnte beispielsweise lauten: „Alle Bürger*innen in der Stadt XY leben gleichberechtigt miteinander.“

Mittler- und Handlungsziele sind konkreter. Ein Mittlerziel zu dem oben genannten Leitziel könnte beispielsweise heißen: „Bürger*innen mit und ohne Migrationsgeschichte partizipieren gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben.“ Dabei soll das (zumindest teilweise) Erreichen dieses Mittlerziels dazu beitragen, sich dem Leitziel der konkreten Utopie zumindest anzunähern. Mittlerziele sind somit etwas konkreter als Leitziele, sollten jedoch so abstrakt sein, dass sie die Ableitung konkreter Handlungsziele ermöglichen. Insgesamt können mehrere Mittlerziele aus einem Leitziel abgeleitet werden. Die Spezifizierung der Mittlerziele erfolgt anhand mehrerer Handlungsziele, durch deren Erreichen man sich dem entsprechenden Mittlerziel annähert (Abbildung 2).

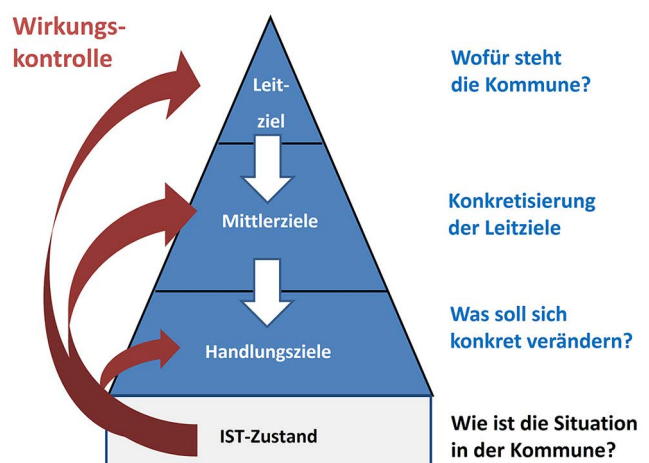


Abb. 2: Leit-, Mittler- und Handlungsziele

Quelle: Lobermeier/Wunderlich 2025, 11.

Während die Leit- und Mittlerziele auf der Gesamtplanungsebene erarbeitet werden, müssen die *Handlungsziele* in den entsprechenden Fachressorts (Jugendamt, Sozialamt, Bauverwaltungsamt, Stadtplanungsamt etc.) konkretisiert werden. Bezogen auf das oben formulierte Mittlerziel könnte ein Handlungsziel beispielsweise lauten: „15 Prozent der Bürger*innen *mit* und 15 Prozent der Bürger*innen *ohne* Migrationsgeschichte engagieren sich nach einem Jahr gemeinsam in Angeboten des Stadtteilzentrums.“³

Erst nach der Formulierung der Handlungsziele werden konkrete Maßnahmen oder Leistungskataloge entwickelt. Mögliche Maßnahmen zur Erreichung des angeführten Handlungs-

3 Ausgangspunkt ist die Problemanalyse, dass sich aktuell nur fünf Prozent der Bürger*innen *mit* und zehn Prozent der Bürger*innen *ohne* Migrationsgeschichte im Stadtteilzentrum engagieren.

ziels könnten beispielsweise Informations- und Aktivierungsveranstaltungen mit Blick auf das Stadtteilzentrum sein. In der Regel sind die Handlungsziele nach dem SMART-Prinzip (Beywl/Schepp-Winter 1999, 63) formuliert, wobei es hier wichtig ist zu formulieren, was bei den Adressat*innen hinterher anders sein soll als vorher.

Entsprechend gilt es, für Mittler- und insbesondere Handlungsziele, Wirkungsindikatoren zu formulieren, die das Erreichen der Ziele anzeigen. Diese sind dann nicht auf der *Output-Ebene* angesiedelt (Wie viele Bürger*innen mit und ohne Migrationsgeschichte haben die Angebote des Stadtteilzentrums besucht?), sondern auf der *Wirkungs-Ebene* (Bürger*innen mit und ohne Migrationsgeschichte planen und führen gemeinsame Veranstaltungen durch).

Anhand dieser Logik werden die eingesetzten Maßnahmen nicht zum Selbstzweck, sondern sind prinzipiell austauschbar. Wenn Handlungsziele nicht erreicht werden, muss zunächst einmal nicht das Ziel falsch sein, sondern ggf. waren die Maßnahmen zur Erreichung des Ziels nicht ausreichend oder nicht geeignet. So ist es möglich, dass die Angebote des Stadtteilzentrums (bspw. aufgrund fehlender Akzeptanz) nicht angenommen werden oder sich nur solche Bürger*innen engagieren, die sich auch vor den Informations- und Aktivierungsveranstaltungen bereits engagiert haben (folglich werden „nur“ nicht anvisierte Zielgruppen erreicht). Dann könnte es sinnvoll sein, die Maßnahme zu überdenken und beispielsweise die konkrete „Ansprache“ der Zielgruppe(n) über Integrationslotsen vorzunehmen.

2.3 Entwicklung eines wirkungszentrierten Veränderungsmodells

Voraussetzung für eine wirkungsorientierte Sozialpolitik ist das Vorliegen entsprechender Theorien auf der Konzeptebene, welche hier als wirkungszentrierte Veränderungsmodelle bezeichnet werden.

Auf der Basis der Identifikation von sozialen Problemen und Risiken sowie entsprechender Ursachenannahmen werden in diesem Schritt Wirkungsziele auf der Mittler- und Handlungszielebene formuliert, die in einem entsprechenden Veränderungsmodell (*change model*) verdichtet werden. Das Veränderungsmodell ist dabei die Umkehrung der Zielmatrix, indem hervorgehoben wird, welche Maßnahmen zur Erreichung der Handlungsziele herangezogen werden sollen (Chen 2012, 20). Diese Handlungsziele lassen sich auch als beeinflussbare Wirkfaktoren bezeichnen. Über das Erreichen der Handlungsziele lässt sich eine Annäherung an die Wirkungen auf der mittleren Zielebene erreichen.

Konkretisiert am Beispiel aus Kapitel 2.2 hieße das, dass der Besuch des Stadtteilzentrums nicht per se zum Erreichen des Handlungszieles führt. Erst wenn 15 % der Bürger*innen mit und 15 % der Bürger*innen ohne Migrationsgeschichte sich nach einem Jahr gemeinsam in Angeboten des Stadtteilzentrums engagieren, ist das Handlungsziel erreicht. Falls das formulierte Handlungsziel nicht erreicht wird, ist eine Modifizierung der Angebote des Stadtteilzentrums oder der Ansprache der Zielgruppe notwendig. Wird jedoch festgestellt, dass das Handlungsziel (beeinflussbarer Wirkungsfaktor) erreicht worden ist, sich also 15 % der Bürger*innen mit und ohne Migrationsgeschichte nachweislich gemeinsam engagieren, wurde sich so dem Mittlerziel „Bürger*innen mit und ohne Migrationsgeschichte partizipieren gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben“ zumindest angenähert.

Das Veränderungsmodell ist somit die Voraussetzung für wirkungsorientiertes Handeln. Nur durch das (zumindest teilweise) Erreichen der Mittlerziele über die Handlungsziele ist eine Annäherung an das Leitziel „Alle Bürger*innen in der Stadt XY leben gleichberechtigt miteinander“ zu erreichen.

2.4 Kooperatives Handeln in Netzwerken

Da die Bewältigung sozialer Probleme nicht allein durch die Kommunalpolitik und -verwaltung gelingen kann, gilt es auch, zivilgesellschaftliche örtliche Akteure aus Vereinen, Verbänden etc. einzubinden.

Wirkungsorientiertes Vorgehen in der Sozialpolitik bedeutet mit Blick auf das kooperative Handeln in Netzwerken *erstens*, dass sich alle sozialpolitisch relevanten Akteure über die sozialen Probleme und Risiken verständigen. Die gemeinsame Lesart der Ist-Situation (vgl. Kapitel 2.1) bildet die Basis für ein nachhaltiges Bearbeiten der identifizierten Ansatzpunkte. *Zweitens* ist eine Verständigung darüber essenziell, *wer* sich in welcher Art und Weise einbringt. Für die Bürger*innen ist es in der Regel nicht wichtig, *wer* ihnen Unterstützung anbietet. Bedeutsam ist für sie, *dass* es diese Unterstützung gibt. Mit Blick auf eine wirkungsorientierte Perspektive ist damit zugleich der Ansatzpunkt für die Erfolgskontrolle bzw. Evaluation definiert.

2.5 Evaluation

Wirkungsorientiertes Handeln im kommunalpolitischen Kontext beinhaltet das Erfordernis der Erfolgskontrolle. Für eine wirkungsorientierte Steuerung ist es also zwingend notwendig, Erkenntnisse darüber zu erhalten, ob die erhoffte Wirkung eingetreten ist. Wenn also das Ziel „15 Prozent der Bürger*innen mit und 15 Prozent der Bürger*innen ohne Migrationsgeschichte engagieren sich nach einem Jahr gemeinsam in An-

geboten des Stadtteilzentrums“ formuliert wurde, dann muss auch ein Instrumentarium zur Überprüfung des Erreichens dieses Ziels vorhanden sein.

„Da die Bewältigung sozialer Probleme nicht allein durch die Kommunalpolitik und -verwaltung gelingen kann, gilt es auch, zivilgesellschaftliche örtliche Akteure aus Vereinen, Verbänden etc. einzubinden.“

Entscheidend für eine Wirkungsevaluation sind vorab formulierte Wirkungsziele mit entsprechenden Zielindikatoren. Ein Zielindikator zu dem oben eingeführten Handlungsziel könnte beispielsweise sein, dass bei der Planung und Durchführung eines Stadtteilstes die sich engagierende Personengruppe hinsichtlich ihrer Zusammensetzung untersucht wird (Wie viel Prozent der Bürger*innen mit Migrationsgeschichte und wie viel Prozent der Bürger*innen ohne Migrationsgeschichte engagieren sich?). Indikatoren für Wirkungsziele sind die Basis dafür, dass eine Wirkungsevaluation überhaupt Aussagen über die Zielerreichung treffen kann. An deren Formulierung sollten auch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit beteiligt werden, weil diese über weitreichendes Umgangswissen (Böhnisch 2018, 127–129) verfügen, welches wiederum als Grundlage für valide Indikatoren angesehen werden kann.

Die Überprüfung von Wirksamkeit ist im sozialpolitischen Non-Profit-Sektor aber nicht nur methodisch eine große Herausforderung, sondern auch politisch. Während auf der fachlichen Ebene eine wirkungsorientierte Perspektive häufig erwartet wird, ist diese in politischen Aushandlungsprozessen häufig nicht (mehr) erwünscht, „da politische Argumente stärker als fachliche Argumentationen wiegen“ (Wunderlich 2022, 320). Die Überprüfung von Programmen, Projekten und Maßnahmen muss also (politisch) gewollt sein. In der Praxis hört Wirkungsorientierung daher nicht selten vor der Phase der Evaluation auf. Damit fehlt für die beteiligten Akteure (außerhalb des politischen Kontextes) aber häufig eine wichtige Motivation für mehr Effizienz und Effektivität (Stockmann 2006, 49).

Mittelfristig gesehen wird eine wirkungsorientierte kommunale Sozialpolitik nicht an den objektiven Maßstäben externer Evaluationen vorbeikommen. So ist es offensichtlich, dass die Überprüfung und Weiterentwicklung kommunaler Sozialpolitik langfristige und prozessbegleitende Wirkungsanalysen impliziert. Da externe Evaluationen in vielen kommunalen Politikfeldern kurzfristig jedoch aus finanziellen Gründen schwierig zu realisieren sind, sollte hier verstärkt über quali-

tätsentwickelnde Prozesse, wie sie zum Beispiel in internen Selbstevaluationen im Rahmen wirkungsorientierter Qualitätssicherungsverfahren zum Ausdruck kommen, nachgedacht werden. Diese produzieren zwar keine neutralen Wirkungsnachweise, bieten jedoch enormes Potenzial für die Implementation wirkungsorientierter Prozesse (Lobermeier 2021, 159). Mit Selbstevaluationen lassen sich zumindest Wirkungsvoraussetzungen sowie Anzeichen für Wirkungen erfassen.

3. Zusammenfassung und Fazit

Wenngleich eine (konsequente) Umsetzung einer wirkungsorientierten kommunalen Sozialpolitik, wie sie im vorliegenden Beitrag skizziert worden ist, in der Praxis noch nicht (oder nur sehr selten) zu beobachten ist, gewinnt Wirkungsorientierung als Leitbild für die Ausrichtung kommunaler Sozial- bzw. sozialer Kommunalpolitik immer mehr an Bedeutung. Der entscheidende Unterschied zu anderen Steuerungsansätzen wie bspw. der (engen Variante der) outputorientierten Steuerung des New Public Management liegt in der konsequenten Ausrichtung an den Engpassfaktoren der Bürger*innen.

„Wirkungsorientierung in der kommunalen Sozialpolitik ist damit nicht nur Gesellschaftspolitik, sondern ein zentrales Element eines demokratischen Gemeinwesens.“

Trotz vieler Herausforderungen, etwa derjenigen der Rationalität politischen Handelns häufig widersprechenden Festlegung auf überprüfbare Ziele (Wunderlich 2022, 320), die mit dem vorgestellten Modell verbunden sind, ergeben sich mannigfache Vorteile, die einer Verbesserung der Lebensbedingungen vor Ort durchaus dienlich sein können:

- ▶ Diskursive Auseinandersetzung über das, was in der Kommune „relevant“ ist,
- ▶ Zielsetzungen, die sich stärker an den Bedarfen und Lebenswirklichkeiten der Bürger*innen orientieren (Wie wollen wir eigentlich miteinander leben?),
- ▶ Kooperatives Handeln zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren,
- ▶ Korrektur nicht-erfolgreicher Maßnahmen als Basis für die Implementation einer fehlerfreundlichen Kultur (durch Flexibilität der Umsetzung von Maßnahmen),
- ▶ Orientierung am Soziale-Orte-Konzept: „Soziale Orte entwickeln sich nicht gegen oder ganz ohne öffentliche Strukturen, sondern mit ihnen“ (Herbst et al. 2022, 123).

Wichtig ist, dass in den Kommunen die Herausforderung der Wirkungsorientierung angenommen wird. Die Orientierung an sozialen Problemen und (von den Bürger*innen wahrgenommenen und/oder artikulierten) Risiken erscheint mit Blick auf das Wiedererstarken autoritär-nationalradikaler Strömungen (Heitmeyer 2018) bedeutsamer denn je. Den scheinbar einfachen Lösungen gilt es demokratisch orientierte umfassende und ernst gemeinte Partizipationsansätze und Diskursräume gegenüberzustellen, sodass die Bürger*innen die sozialen Verhältnisse vor Ort mitgestalten können. Wirkungsorientierung in der kommunalen Sozialpolitik ist damit nicht nur Gesellschaftspolitik, sondern ein zentrales Element eines demokratischen Gemeinwesens.

Literatur

Beywl, Wolfgang/Schepp-Winter, Ellen (1999): Zielfindung und Zielklärung – ein Leitfaden – (QS21), Bonn.

Böhnisch, Lothar (2018): Die Verteidigung des Sozialen. Ermutigungen für die Soziale Arbeit, Weinheim.

Chen, Huey T. (2012): Theory-driven evaluation: Conceptional framework, application and advancement, in: Strobl, Rainer/Lobermeier, Olaf/Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.): Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur, Wiesbaden, S. 17–40.

Giesel, Katharina D. (2007): Leitbilder in den Sozialwissenschaften. Begriffe, Theorien und Forschungskonzepte, Wiesbaden.

Heitmeyer, Wilhelm (2018): Autoritäre Versuchungen. Signaturen der Bedrohung 1, Berlin.

Herbst, Sarah/Simmank, Maïke/Vogel, Berthold (2022): Wie Regionalplanung auf wachsende räumliche Disparitäten reagieren muss, in: Fischer, Jörg/Hilse-Carstensen, Theresa/Huber, Stefan (Hrsg.): Handbuch Kommunale Planung und Steuerung. Planung, Gestaltung, Beteiligung, Weinheim/Basel, S. 116–128.

Lobermeier, Olaf (2021): Selbstevaluation in der Bewährungshilfe, in: Zeitschrift Bewährungshilfe. Soziales. Strafrecht. Kriminalpolitik 68(2), Godesberg, S. 148–160.

Lobermeier, Olaf/Wunderlich, Holger (2025): Wirkungsorientierung in der kommunalen Sozialpolitik, in: Bretschneider, Antonio/Grohs, Stephan/Jehles, Nora (Hrsg.): Handbuch Kommunale Sozialpolitik, Wiesbaden, doi.org/10.1007/978-3-658-38616-0_86-1 (letzter Abruf: 21. August 2025).

Polutta, Andreas (2022): Wirkungsorientierung in Steuerungsprozessen Sozialer Dienste, in: Fischer, Jörg/Hilse-Carstensen, Theresa/Huber, Stefan (Hrsg.): Handbuch Kommunale Planung und Steuerung. Planung, Gestaltung, Beteiligung, Weinheim/Basel, S. 387–399.

Stockmann, Reinhard (2006): Evaluation und Qualitätsentwicklung, Münster.

Strobl, Rainer/Lobermeier, Olaf (2012): Aufbau und Evaluation von Netzwerken für eine demokratische Kultur, in: Strobl, Rainer/Lobermeier, Olaf/Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.): Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur, Wiesbaden, S. 155–177.

Strobl, Rainer/Lobermeier, Olaf (2021): Wirkungen im Zentrum, in: Milbradt, Björn/Greuel, Frank/Reiter, Stefanie/Zimmermann, Eva (Hrsg.): Evaluation von Programmen und Projekten der Demokratieförderung, Vielfaltgestaltung und Extremismusprävention. Gegenstand, Entwicklungen und Herausforderungen, Weinheim/Basel, S. 59–87.

Weith, Thomas/Karic, Tobias/Diller, Christian (2019): Entwicklung und Nutzung von Evaluationsstandards in der Stadt- und Regionalentwicklung sowie Strukturpolitik, in: Hense, Jan Ulrich/Böttcher, Wolfgang/Kalman, Michael/Meyer, Wolfgang (Hrsg.): Evaluation: Standards in unterschiedlichen Handlungsfeldern. Einheitliche Qualitätsansprüche trotz heterogener Praxis? Münster/New York.

Widmer, Thomas (2012): Wirkungsevaluation zu Maßnahmen der Demokratieförderung, in: Strobl, Rainer/Lobermeier, Olaf/Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.): Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur, Wiesbaden, S. 41–68.

Wunderlich, Holger (2022): Integrative Sozialplanung aus kommunalpolitischer Perspektive, in: Fischer, Jörg/Hilse-Carstensen, Theresa/Huber, Stefan (Hrsg.): Handbuch Kommunale Planung und Steuerung. Planung, Gestaltung, Beteiligung, Weinheim/Basel, S. 313–327.

Erik Hahn

Der „Sorgfaltsmaßstab“ und „fachliche Standards“ im Recht der Sozialen Arbeit

Anleihen aus dem Medizinrecht als Beitrag zur Professionsbildung

In der Sozialen Arbeit ist die Vorgabe von Standards für das fachliche Handeln problematisch und umstritten. Dieser Beitrag schlägt die Entwicklung fachlicher Standards in Anlehnung an das Medizinrecht vor.

Soziale und medizinische Dienstleistungen weisen eine bedeutende Parallele auf: Ihre Adressat*innen und „Handlungsgegenstände“ sind Menschen mit all ihren Besonderheiten. Die Relevanz dieser menschlichen Individualität steht bei beiden der sicheren Beherrschbarkeit des Erfolgs entgegen – im Gegensatz zu anderen Leistungsarten, die an mehr oder weniger homogenen Objekten erbracht werden. So kann etwa selbst eine streng fachgerecht durchgeführte Therapie allein deshalb fehlschlagen, weil z.B. ein Standardmedikament wegen einer genetischen Prädisposition überraschenderweise nicht vertragen wird, eine Blutung aufgrund der individuellen Gefäßsituation doch nicht zu stoppen ist oder eine psychotherapeutische Intervention aufgrund der konkreten Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale nicht anschlägt. Als Gegenbeispiele sind etwa der barrierefreie Umbau einer Wohnung, die Gestaltung einer Wand oder die Beförderung einer Kindergartengruppe im Rahmen von Ausflügen zu nennen. Bei diesen wird mit dem Auftragnehmer die erfolgreiche Ausführung (z.B. eine neue Rampe statt Stufen bzw. die Ankunft am Ziel) und nicht nur das „bestmögliche Bemühen“ vereinbart. Schlagen diese Leistungen fehl, ist die Ursache stets in der individuell fehlerhaften, aber objektiv grundsätzlich voll beherrschbaren Ausführung zu suchen.

Im medizinischen Kontext spricht man dagegen von einem sogenannten „nicht voll beherrschbaren Risiko“ (Katzenmeier 2021). Hier steht die Individualität des menschlichen Körpers der sicheren Zusage des Behandlungserfolgs grundsätzlich entgegen (ebd.). Deshalb muss eine erfolgsorientierte Leistungsvereinbarung selbst bei größtem Engagement ausscheiden (ebd.). Ein solches Versprechen wäre zudem auch be-



Erik Hahn,

Prof. Dr. iur. habil. Dr. rer. medic., ist Professor für Sozialrecht und Gesundheitsrecht an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Hochschule Zittau/Görlitz sowie kooptierter Professor an der Technischen Universität Dresden. Kontakt: erik.hahn@hszg.de

rufsrechtswidrig, schließlich ist es Ärzt*innen nach § 11 Abs. 2 Satz 2 ihrer (Muster-)Berufsordnung ausdrücklich untersagt, „Heilerfolge [...] als gewiss zuzusichern“. Auch ohne Verkammerung (Oberlies 2022) und trotz des Fehlens einer vergleichbaren – rechtlich verbindlichen – Berufsordnung gilt Ähnliches auch für sozialarbeiterisches Handeln. Dieses bezieht sich zwar nicht auf den menschlichen Körper (im engeren Sinne), adressiert aber gleichwohl Individuen und deren soziale Interaktionen in verschiedenen Lebensphasen und Handlungsfeldern. Hier sind die Umstände – nicht zuletzt aufgrund der Einzigartigkeit der beteiligten Personen – ebenfalls hochgradig individualisiert, wenngleich aus einer distanzierten Perspektive zumindest Typisierungen möglich erscheinen.

Beispielhaft ist hier auf den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdungen nach § 8a Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) zu verweisen. Dieser verlangt zwar eine Gefährdungseinschät-

zung durch die beteiligten Fachkräfte und ggf. auch gefahrenabwehrrechtliche Interventionen, ein sicherer Ausschluss der Risikoverwirklichung kann jedoch nicht verlangt werden. Das gilt sogar für den Fall einer strafrechtlichen Garantenstellung i.S.v. § 13 Strafgesetzbuch (StGB), wie sie etwa unter bestimmten Voraussetzungen für Fachkräfte im Jugendamt angenommen wird (OLG Hamm 2020). Auch in anderen sozialarbeiterischen Handlungsfeldern wie der Hilfe zur Erziehung, der Suchtberatung und der Bewährungshilfe kann ebenfalls kein „Erfolg“ der Intervention „garantiert“ werden, sondern lediglich das aus fachlicher Sicht erforderliche Bemühen darum.

Dies wirft die Frage nach dem Maßstab dieses „Sich-Bemühen-Müssens“ auf. Welche Anzeichen hätten in welcher Weise gedeutet werden müssen und welche Handlungen der Fachkräfte waren objektiv geboten? In der Literatur wird dieser Aspekt im Kontext der Sozialen Arbeit bislang vor allem im Hinblick auf eine mögliche strafrechtliche Garantenstellung bei Kindeswohlgefährdung sowie im Umgang mit Begriffen wie „Fachlichkeitsgebot“, „fachliche Standards“ und „Qualitätsanforderungen“ diskutiert. Dabei bewegt sich die Debatte zwischen den beiden Polen einer deutlichen Skepsis gegenüber objektiven Standards für heterogene Dienstleistungen (Hansen 2010) und dem dazu diametralen Ruf nach „gesetzlich abgesicherten Standards [...] für die Praxis der Sozialen Arbeit“ (DBSH 2009; Pollak 2023). Dies legt eine vergleichende Analyse des medizinrechtlichen Begriffs des „Standards“ nahe, dessen angepasste Übertragung (Rixen 2007) auf die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Entwicklung der Profession – im Sinne der Gesamtheit der sozialarbeiterischen Fachgemeinschaft einschließlich ihrer disziplinären Selbstverständigung – leisten könnte.

1. Rechtliche Perspektive auf Sorgfaltsmaßstäbe

Die Beachtung der gebotenen Sorgfalt bildet im Rechtssystem den Anknüpfungspunkt für eine Vielzahl von Folgen. So formuliert etwa das zivile Haftungsrecht (Grundlage für Schadensersatzansprüche) in § 276 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), dass der/die Schuldner*in neben Vorsatz, der in der Sozialen Arbeit in der Regel keine Rolle spielt (Bringewat 2018), auch Fahrlässigkeit „zu vertreten“ (d.h. zu verantworten) hat. Fahrlässig handelt nach § 276 Abs. 2 BGB wiederum, „wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt“. Mit dem Begriff des „Verkehrs“ ist dabei der sogenannte „Rechtsverkehr“ gemeint. Auch im Bereich des Öffentlichen Rechts findet dieser Fahrlässigkeitsmaßstab Anwendung (Lorenz 2024). Für das Strafrecht – mit seinen zumindest in Extremfällen auch für die Soziale Arbeit relevanten (OLG Hamm 2020) Delikten wie die fahrlässige Tötung nach § 222 oder die fahrlässige Kör-

pervletzung nach § 229 StGB – fehlt zwar eine gesetzliche Definition des Fahrlässigkeitsbegriffs. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) handelt hier jedoch fahrlässig,

„wer eine objektive Pflichtwidrigkeit begeht, sofern er diese nach seinen subjektiven Kenntnissen und Fähigkeiten vermeiden konnte, und wenn gerade die Pflichtwidrigkeit objektiv und subjektiv vorhersehbar den Erfolg herbeigeführt hat. [...] Pflichtwidrig handelt [wiederum], wer objektiv gegen eine Sorgfaltspflicht verstößt, die dem Schutz des beeinträchtigten Rechtsguts dient. Dabei bestimmen sich Art und Maß der anzuwendenden Sorgfalt nach den Anforderungen, die bei objektiver Betrachtung der Gefahrenlage ex ante an einen besonnenen und gewissenhaften Menschen in der konkreten Lage und sozialen Rolle des Handelnden zu stellen sind“ (BGH 2021 I).

Hierbei fallen die „Sorgfaltsanforderungen umso höher [aus ...], je größer bei erkennbarer Gefährlichkeit einer Handlung [...] Schadenswahrscheinlichkeit und Schadensintensität sind“ (BGH 2008). Diese Definition verdeutlicht, dass bei der Bestimmung der konkret geschuldeten Sorgfalt zunächst von einem „Durchschnittsmaßstab“ (Bringewat 2018; BGH 1960) auszugehen ist.

Da die Erwartung an menschliches Verhalten aber an die konkreten Umstände gebunden ist, muss der zuvor ermittelte „Durchschnittsmaßstab“ in einem zweiten Schritt durch die Besonderheiten des jeweils betroffenen „Verkehrskreises“ konkretisiert werden (Bringewat 2018). Schließlich richten sich etwa andere Erwartungen an die berufsbezogene Sorgfalt von Berufskraftfahrer*innen, die einen Schulbus lenken, als an die von Chirurg*innen, Rettungsschwimmer*innen, Lehrpersonen auf Klassenfahrt oder eben an eine im Jugendamt tätige Fachkraft. Exemplarisch sei hier das ausdrückliche Abstellen der Rechtsprechung auf einen „umsichtigen und erfahrenen Arzt derselben Fachrichtung in gleicher Situation“ (BGH 2003) oder einen „durchschnittlich befähigten und motivierten Beamten“ (LG Hanau 1988) genannt. Hierbei handelt es sich um etablierte Standards bestimmter Verkehrskreise, zu denen auch die „Regeln der ärztlichen Kunst“ gezählt werden (Bringewat 2018). Gerechtfertigt wird dieser besondere Maßstab nicht nur mit der Verkehrserwartung, sondern auch damit, dass sich die Betroffenen freiwillig in eine bestimmte berufliche Rolle begeben haben (Spickhoff 2022). Das zivile Haftungsrecht spricht hier von einem „objektiv-typisierenden“ Sorgfaltsmaßstab bzw. vom Prinzip der sogenannten „Gruppenfahrlässigkeit“ (ebd.). Verfügt eine Person über darüber hinausgehende besondere Kenntnisse oder Fähigkeiten, so sind diese auch einzusetzen und erhöhen damit die individuellen Sorgfaltsanforderungen (Bringewat 2018).

Dieser Maßstab wird nochmals konkretisiert, wenn einschlägige Verhaltensnormen spezifische Anforderungen an bestimmte Personengruppen formulieren. Für die Soziale Arbeit sind dies etwa die Vorgaben des SGB VIII und dort z.B. konkret der § 8a. Zwar können „außergewöhnliche Umstände, die das Risiko erkennbar erhöhen, [ausnahmsweise auch] Sorgfaltspflichten begründen, die über das gewöhnliche Maß hinausgehen; die Anforderungen können dann strenger sein, als es sich aus den auf den Durchschnittsfall ausgerichteten Regeln ergibt“ (BGH 1990). Diesen kommt aber als Ausgangspunkt für die Bestimmung des Sorgfaltsmaßstabs zumindest eine individuelle Wirkung zu (Bringewat 2018; Heger 2023).

2. Der „Standardbegriff“ des Medizinrechts und seine Bedeutung

In § 630a Abs. 2 BGB ist seit dem Jahr 2013 der Begriff des „Standards“ als Maßstab für die Qualität einer medizinischen Leistung ausdrücklich verankert. Danach hat die Versorgung grundsätzlich „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen“. Nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers (Bundesregierung 2012) handelt es sich dabei um eine „Ergänzung“ des allgemeinen Sorgfaltsgebots nach § 276 Abs. 2 BGB bzw. aus vertragsrechtlicher Perspektive um eine Konkretisierung der Leistungspflichten (Spickhoff 2022). Die Rechtsprechung stellte allerdings bereits vor dieser Neuregelung bei der Bestimmung des jeweils anzuwendenden Sorgfaltsmaßstabs auf den sogenannten „Facharztstandard“ ab (BGH 1993). Die Orientierung am Standardbegriff – und die hier diskutierte Übertragung auf den Bereich der Sozialen Arbeit – setzt mithin keine explizite Normierung dieses Prinzips voraus.

„Ziel des Standardbegriffs ist nicht die ‚Standardisierung‘ im Sinne einer Vereinheitlichung, sondern die Formulierung eines Orientierungspunktes für das aus fachlicher Sicht gebotene Verhalten.“

Bestimmt wird der Standard im Medizinrecht durch die drei Elemente „wissenschaftliche Erkenntnis, ärztliche Erfahrung und professionelle Akzeptanz“ (Katzenmeier 2021). Ziel des Standardbegriffs ist nicht die „Standardisierung“ im Sinne einer Vereinheitlichung (Hahn 2022), sondern die Formulierung eines Orientierungspunktes für das aus fachlicher Sicht gebotene Verhalten (Katzenmeier 2021). Er wird – wie auch die Formulierung des Plurals „Standards“ in § 630a BGB verdeutlicht

– als Korridor verstanden, der eine Mehrzahl von Handlungsmöglichkeiten zulassen kann (ebd.). Rechtlich problematisch ist daher nicht die Auswahl zwischen diesen, sondern erst das gänzliche Verlassen des Korridors. Dabei beschreibt der Standard das aus fachlicher Sicht im Einzelfall normativ Gebotene und nicht das tatsächlich Geschehene oder gar das allgemein Praktizierte (ebd.). Hervorzuheben ist, dass der Standard grundsätzlich nicht durch den Gesetzgeber vorgegeben wird, sondern sich dynamisch innerhalb der Profession selbst entwickelt (ebd.). Auch Fachgesellschaften können diesen nicht abstrakt vorgeben, da ihnen die Rechtssetzungskompetenz fehlt.

Darüber hinaus wäre eine „Festlegung“ von Standards auch nicht sachdienlich, da sich diese – aus fachlicher Perspektive – mit dem Fortschritt der Disziplin permanent selbst weiterentwickeln. Leitlinien von Fachverbänden kommt daher hinsichtlich des jeweils geltenden Standards nur eine deskriptive Rolle zu (ebd.), die diese besser oder schlechter ausfüllen können. Sie können daher den Standard z.B. auch unzutreffend beschreiben oder aber zum Zeitpunkt ihrer Heranziehung bereits wieder veraltet sein. Zur Beantwortung der Frage, ob in einer konkreten Situation der Standard gewahrt wurde, muss dieser im Einzelfall – zumeist unter Einbeziehung von Sachverständigen aus dem jeweiligen Verkehrskreis (z.B. eine fachkundige Person aus der Chirurgie für die Bewertung der Qualität eines chirurgischen Eingriffs) – ermittelt werden.

„Zumindest für die etablierten Handlungsfelder der Sozialen Arbeit dürften aber Standards festzustellen sein, die den oben genannten Kriterien entsprechen.“

Da sich der Standard – auf der Grundlage des genannten Dreischritts, der regelmäßig mehrere Jahre in Anspruch nimmt (Hahn 2022) – zunächst herausbilden muss, existieren stets auch Tätigkeitsbereiche, in denen noch kein Standard existiert. Im Bereich der medizinischen Leistungen trifft das zurzeit etwa auf viele neue digitale Versorgungsformen (wie z.B. Videosprechstunden) zu (BGH 2021 II). In diesen Bereichen ist dann wieder auf die allgemeinen Grundsätze zu § 276 Abs. 2 BGB zurückzugreifen. In § 28 Abs. 3 SGB XI ist die Standardorientierung – dort „Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ – für einen weiteren Sozialleistungsbereich explizit normiert.

3. Standardbildung durch die Profession für die Profession der Sozialen Arbeit

Die dargelegten Grundsätze zur Genese und Relevanz medizinischer Standards lassen sich auf die Soziale Arbeit übertragen. Strukturell ist zu berücksichtigen, dass § 630a BGB zum Vertragsrecht zählt, da das Verhältnis zwischen den Behandlungenden und den Patient*innen in der Regel auf einem Behandlungsvertrag beruht. Das Konzept der Orientierung an fachlichen Standards kommt aber auch bei einer öffentlich-rechtlichen Leistungserbringung zur Anwendung (Greiner 2022). Bei dessen Übertragung zur Bewertung der Leistungsqualität im Bereich der Sozialen Arbeit wäre zunächst zu ermitteln, ob sich für den Umgang mit bestimmten Fragestellungen bereits ein Standard entwickelt hat. Dies lässt sich nicht für alle sozialarbeiterischen Tätigkeiten und erst recht nicht für alle dort wiederum denkbaren Szenarien gleichermaßen beantworten (Menne 2014). Zumindest für die etablierten Handlungsfelder der Sozialen Arbeit dürften aber Standards festzustellen sein, die den oben genannten Kriterien entsprechen.

„Ein Standard, der sich aus Erwartungen der Profession selbst heraus und nicht allein aus Vorgaben einer Anstellungskörperschaft ableitet, würde schließlich trägerübergreifend gelten und müsste daher überall Beachtung finden.“

Die Beantwortung dieser Frage wäre zudem zunächst eine Aufgabe der Profession der Sozialen Arbeit selbst. Dabei sollte – entsprechend dem Konzept des „Facharztstandards“ – die Erwartung an eine Fachkraft im jeweiligen Handlungsfeld als Maßstab dienen. Danach wäre zu fragen, welche Handlungsoptionen einer solchen in der betroffenen Situation aus fachlicher Perspektive zur Verfügung standen bzw. von dieser zu präferieren waren. Die auf diese Weise ermittelten Erwartungen würden daher von den Fachkräften der Sozialen Arbeit auch nicht die gelegentlich befürchtete Standardintervention (Hansen 2010), sondern vielmehr ein durch den Standard geleitetes Vorgehen verlangen. In einem zweiten Schritt wäre der zuvor ermittelte Standard dann als Referenz für die Bewertung des Vorgehens in einem konkreten Einzelfall heranzuziehen. Diese Vorgehensweise ließe sich – wie im medizinischen Bereich – regelmäßig nur durch die Hinzuziehung von Sachverständigen aus den einzelnen Handlungsfeldern realisie-

ren. Dabei müssten sich diese im Rahmen ihrer Begründung auch mit etwaigen Leitfäden, Richtlinien und Handlungsempfehlungen der Fachverbände auseinandersetzen, denen sie jedoch nicht zwangsläufig folgen müssen.

4. Fazit

Der hier vorgestellte Ansatz erweist sich mit Blick auf das Ziel der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in mehrfacher Hinsicht als attraktiv. Zum einen würde auf diese Weise eine Entwicklung von Standards durch die Profession für die Profession stattfinden. Das Recht könnte sich dann vorrangig auf die Kontrolle der Einhaltung dieser Standards beschränken, ohne selbst weitere detaillierte Vorgaben zu formulieren. Zum anderen eröffnet sich für die Soziale Arbeit die Möglichkeit, sich noch weiter von den an ihre Bezugswissenschaften gerichteten professionellen Erwartungen zu emanzipieren, ohne dabei das Risiko einer Zementierung des – etwa im Vergleich zur Ärzteschaft – noch immer jungen Berufsbildes (vgl. Hammerschmidt et al. 2016) einzugehen, das mit einer gesetzlichen Festlegung verbunden sein könnte.

Darüber hinaus wäre auf diese Weise besser mit der Vielzahl von (z.T. widersprüchlichen) Handlungsleitfäden verschiedener Verbände und Träger für dasselbe Handlungsfeld umzugehen. Ein Standard, der sich aus Erwartungen der Profession selbst heraus und nicht allein aus Vorgaben einer Anstellungskörperschaft ableitet, würde schließlich trägerübergreifend gelten und müsste daher überall Beachtung finden. Dabei ist zu betonen, dass mit der „Profession“ in diesem Kontext die Disziplin der Sozialen Arbeit als solche und keine insoweit repräsentativ handelnde Institution gemeint ist. Der Standard müsste daher im Streitfall objektiv ermittelt werden. Ergänzende Vorgaben der Träger wären zwar weiterhin arbeitsrechtlich verbindlich, würden allein aber nicht zur Legitimation einer Sorgfaltswidrigkeit ausreichen. Darüber hinaus dürfte sich eine arbeitgeberseitige Anordnung, die mit einer zwangsläufigen Unterschreitung fachlicher Standards verbunden ist, regelmäßig außerhalb des Weisungsrechts nach § 106 Gewerbeordnung (GewO) bewegen (vgl. BAG 1991). Mittelbar würde sich eine solche professionsbezogene Erwartungshaltung – und vor allem deren Kontrollierbarkeit im Einzelfall – auf die Inhalte der Ausbildungscurricula und Fortbildungen zu den einzelnen Handlungsfeldern durchschlagen und auch insoweit zu einer weiteren Vereinheitlichung des Berufes der Sozialen Arbeit beitragen.

Quellen und Literatur

BAG – Bundesarbeitsgericht, Urt. v. 10.4.1991 – 5 AZR 128/90, <https://research.wolterskluwer-online.de/document/f1deb0b4-76fa-438a-87a1-58b11797ba1e> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

BGH – Bundesgerichtshof, Urt. v. 13.6.1960 – III ZR 54/59, https://www.prinz.law/urteile/bgh/III_ZR__54-59 (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

BGH – Bundesgerichtshof, Urt. v. 25.9.1990 – 5 StR 187/90, <https://research.wolterskluwer-online.de/document/987609f5-0748-409d-a189-eab07201928c> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

BGH – Bundesgerichtshof, Urt. v. 15.6.1993 – VI ZR 175/92, <https://research.wolterskluwer-online.de/document/7b8eb-f0a-a484-4973-a24c-88d8f2f30ae> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

BGH – Bundesgerichtshof, Urt. v. 14.3.2003 – 2 StR 239/02, <https://openjur.de/u/66397.html> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

BGH – Bundesgerichtshof, Urt. v. 13.11.2008 – 4 StR 252/08, <https://openjur.de/u/73472.html> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

BGH – Bundesgerichtshof, Beschl. v. 5.5.2021 – 4 StR 19/20, <https://openjur.de/u/2364953.html> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

BGH – Bundesgerichtshof, Urt. v. 9.12.2021 – I ZR 146/20, <https://openjur.de/u/2387498.html> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

Bringewat, Peter: Sorgfaltsgerechte Fachlichkeit in der Kinder- und Jugendhilfearbeit?, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 9&10/2018, S. 346–350.

Bundesregierung (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Bundestagsdrucksache 17/10488, <https://dserver.bundestag.de/btd/17/104/1710488.pdf> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2009): Grundlagen für die Soziale Arbeit, http://www.dbsh-hessen.de/uploads/tx_xpctypedownloadssimple/Grundlagen_Soziale_Arbeit_DBSH.pdf (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

Greiner, Hans-Peter (2022): § 839 BGB (Haftung bei Amtspflichtverletzung), in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.): Medizinrecht, München (abgerufen über beck-online.de am 28. Mai 2025).

Hahn, Erik: Grenzen der Werbung für (ausschließliche) Fernbehandlungsleistungen, in: Medizinrecht 8/2022, S. 645–653.

Hansen, Flemming (2010): Standards in der Sozialen Arbeit, Berlin.

Hammerschmidt, Peter/Weber, Sascha/Seidenstücker, Bernd (2016): Soziale Arbeit – die Geschichte, Leverkusen u.a.

Heger, Martin (2023): § 15 StGB (Vorsätzliches und fahrlässiges Handeln), in: Lackner, Karl/Kühl, Kristian/Heger, Martin (Hrsg.): Strafgesetzbuch, München (abgerufen über beck-online.de am 28. Mai 2025).

Katzenmeier, Christian (2021): X. Arztfehler und Haftpflicht, in: Laufs, Adolph/Katzenmeier, Christian/Lipp, Volker (Hrsg.): Arztrecht, München (abgerufen über beck-online.de am 28. Mai 2025).

LG – Landgericht Hanau, Urt. v. 18.7.1988 – 6 Js 4117/84, in: <https://www.juris.de/perma?d=NJRE000369490> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

Lorenz, Stephan (2024): § 276 BGB (Verantwortlichkeit des Schuldners), in: Hau, Wolfgang/Poseck, Roman (Hrsg.): BeckOK-BGB, München (abgerufen über beck-online.de am 28. Mai 2025).

OLG – Oberlandesgericht Hamm, Beschl. v. 22.10.2020 – 5 Ws 279/20, <https://openjur.de/u/2305555.html> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

Menne, Klaus (2014): Beratung oder Behandlung? Zur Bedeutung des Patientenrechtegesetzes für die Erziehungsberatung, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 11/2014, S. 414–421.

Oberlies, Dagmar (2022): Rechtlich fundierte Sozialarbeit – ein Beitrag zum Professionsverständnis, <https://doi.org/10.48718/4vtx-mb15> (letzter Abruf: 28. Mai 2025).

Pollak, Julia (2023): Ein Berufsgesetz für Soziale Arbeit? Skizzen zur Entstehungsgeschichte und weiterführende Überlegungen im Kontext von Akademisierung und Professionalisierung, <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/777/1456> (letzter Abruf: 15. Mai 2025).

Rixen, Stephan (2007): Soziale Arbeit – ein rechtliches Risiko? Fehler in der Sozialen Arbeit als juristisches Problem, in: Sozial Extra 9&10/2007, S. 37–40.

Spickhoff, Andreas (2022): § 276 BGB (Verantwortlichkeit des Schuldners) & § 630a BGB (Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag), in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.): Medizinrecht, München (abgerufen über beck-online.de am 28. Mai 2025).

Dirk Bange

Das Viereinhalbjährigen-Vorstellungsverfahren in Hamburg – Eine Bestandsaufnahme 20 Jahre nach seiner Einführung

Schon länger löst das Hamburger Verfahren zur Vorstellung Viereinhalbjähriger (VVV) bundesweit großes Interesse aus. Seit die neue Bundesregierung im Koalitionsvertrag angekündigt hat, dass verpflichtende Sprachstandserhebungen für alle Vierjährigen und bei einem festgestellten Sprachförderbedarf eine verbindliche Förderung eingeführt werden sollen, hat das Interesse weiter zugenommen. Im folgenden Beitrag wird zuerst der rechtliche Rahmen des Hamburger Verfahrens beschrieben. Anschließend folgt die Darstellung des praktischen Ablaufs und der Inhalte des VVV. Im dritten Teil werden Ergebnisse und Wirkungen vorgestellt und bewertet. Schließlich wird ein Ausblick auf die Weiterentwicklung des VVV gegeben und ein Fazit gezogen.

Um ein häufig bestehendes Missverständnis gleich zu Beginn aufzuklären: Es handelt sich beim VVV nicht um ein Testverfahren (Heckt/Hildenbrand 2024, 42), sondern um ein standardisiertes Verfahren zur Kompetenzerfassung mittels Beobachtungsbögen und Bildimpulsen zur Sprachstandserfassung.

1. Der rechtliche Rahmen des Viereinhalbjährigen-Vorstellungsverfahrens

Im Herbst 2004 wurde das VVV an einzelnen Schulen erfolgreich erprobt. Im Schuljahr 2005/06 wurde es mit der Einführung des Sprachförderkonzepts für die Hamburger Schulen gesetzlich verankert. Es gilt für alle Kinder im Vor-Vorschuljahr. Ziel ist es, diejenigen Kinder frühzeitig zu ermitteln, die einen ausgeprägten Sprachförderbedarf aufweisen und Sprachförderung benötigen. Die rechtliche Regelung im Hamburgischen Schulgesetz (HmbSG) in § 42 Abs. 1 lautet wie folgt:



Dr. Dirk Bange

ist Leiter des Amtes für Familie der Behörde für Schule, Familie und Berufsbildung in Hamburg.

„Alle Kinder sind von ihren Sorgeberechtigten nach öffentlicher Bekanntmachung zu Beginn des der Einschulung vorangehenden Jahres einer regional zuständigen Grundschule vorzustellen. Dabei ist der geistige, seelische, körperliche und sprachliche Entwicklungsstand zu überprüfen. Für die Überprüfung des Sprachstandes gilt § 34 Absätze 1 und 2 entsprechend. Hierauf sowie auf bestehende Fördermöglichkeiten und die Zurückstellungsmöglichkeit nach § 38 Absatz 3 sind die Sorgeberechtigten hinzuweisen.“

Kinder, bei denen im VVW ein ausgeprägter Sprachförderbedarf festgestellt wurde, müssen im Vorschuljahr verbindlich an der additiven Sprachförderung teilnehmen, um ihre sprachlichen Kompetenzen zu verbessern. Diese verpflichtende Teilnahme an der Sprachförderung ist im Schuljahr 2007/08 in § 28a Abs. 2 HmbSG gesetzlich normiert worden. Diese Regelung hat bundesweit für Nachfragen und Nachahmer gesorgt. So hat Hessen im Schuljahr 2021/22 eine ähnliche Regelung eingeführt. Die Formulierung im HmbSG lautet wie folgt:

„Kinder, deren Sprachkenntnisse nicht ausreichen werden, um erfolgreich am Unterricht teilzunehmen, sind verpflichtet, in dem Schuljahr vor Beginn ihrer Schulpflicht eine Vorschulklasse zu besuchen und an zusätzlichen schulischen Sprachfördermaßnahmen teilzunehmen.“

Dieser Absatz musste ins HmbSG aufgenommen werden, da eine Kita-Pflicht mit dem Grundgesetz (GG) nach vorherrschender Rechtsauffassung nicht vereinbar ist. Sie würde gegen das Elternrecht aus Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG verstoßen. Dort ist geregelt, dass die Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern und die ihnen zuvörderst obliegende Pflicht ist. Dieses Elternrecht beinhaltet die Sorge für die gesamte seelische und geistige Entwicklung sowie die Bildung und Ausbildung des Kindes. Sie dürfen allein entscheiden, wem sie Einfluss auf die Erziehung ihres Kindes zugestehen wollen und wem nicht. Diesem Recht kommt bei der Abwägung mit anderen Verfassungsgütern ein besonderes Gewicht zu. Eingeschränkt werden kann es nur bei Kindeswohlgefährdungen. Gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG wacht die staatliche Gemeinschaft über das Erziehungsrecht der Eltern. Dieses sogenannte Wächteramt erlaubt staatliche Eingriffe in das Elternrecht. Sie haben sich immer am Kindeswohl zu orientieren, und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist strikt zu beachten.

Eine Kita-Pflicht würde in das elterliche Erziehungsrecht eingreifen, da Eltern nicht länger selbst entscheiden könnten, wie sie ihr Kind vor Erreichen der Schulpflicht erziehen wollen. Sie wären vielmehr gezwungen, ihr Kind auch gegen ihren Willen in eine Kindertagesbetreuungseinrichtung zu geben. Für einen solchen Eingriff in das Elternrecht müsste das GG entsprechend geändert werden. In Betracht kommt hierfür nur die Ausübung des staatlichen Wächteramtes zum Wohle des Kindes. Eine Kita-Pflicht könnte zur sprachlichen und allgemeinen Entwicklung von Kindern beitragen und ihnen dadurch den Übergang in die Schule erleichtern. Dies gilt jedoch speziell für Kinder, die erhebliche Förderbedarfe in bestimmten Bereichen haben, von einer allgemeinen Kindergartenpflicht wären aber alle Kinder und ihre Eltern betroffen (Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags 2010, 4 ff.).

„Eine Kita-Pflicht würde in das elterliche Erziehungsrecht eingreifen, da Eltern nicht länger selbst entscheiden könnten, wie sie ihr Kind vor Erreichen der Schulpflicht erziehen wollen.“

§ 28a Abs. 3 HmbSG in Hamburg regelt darüber hinaus, dass auf Antrag der Eltern statt des Besuchs einer Vorschulklasse auch eine geeignete Einrichtung der Kindertagesbetreuung besucht werden kann. Die Sorgeberechtigten müssen dafür nachweisen, dass das Kind mindestens sechs Stunden täglich die Kita besucht und es dort ein Sprachförderkonzept gibt. Das Kind muss innerhalb der Betreuungszeit alltagsintegrierte Sprachförderung im Umfang von fünf Zeitstunden pro Woche erhalten. Wird das Kind täglich nur fünf Stunden in der Kita betreut, erhält es zusätzlich additive Sprachförderung im Rahmen des Hamburger Sprachförderkonzepts in der Schule im Umfang von vier Unterrichtsstunden pro Woche.

Anders als bei Kompetenzen in der deutschen Sprache führt eine geringe Ausprägung mathematischer, sozialer oder motorischer Kompetenzen nicht zu einer vorgezogenen Schulpflicht. Im Gespräch mit den Eltern und als Rückmeldung an die Kita im Anschluss an die Vorstellung des Kindes in der Schule empfehlen die Lehrer*innen hingegen beispielsweise, das Kind in einem Sportverein anzumelden, bestimmte mathematische Kompetenzen im (Kita-)Alltag spielerisch zu üben oder die Feinmotorik zu stärken.

2. Ablauf, Inhalte und Rahmenbedingungen des VVW

Im Herbst eines jeden Jahres werden alle etwa viereinhalbjährigen Hamburger Kinder eines Jahrgangs gemäß einer Stichtagsregelung mit ihren Eltern vor Beginn des Vorschuljahres per Anschreiben zu einem „Vorstellungstermin“ in die zuständige wohnortnahe Grundschule eingeladen. Wenn Eltern mit ihren Kindern nicht erscheinen, wird ihnen ein Erinnerungsschreiben geschickt. Ist auch dies nicht erfolgreich, wird ein Hausbesuch durchgeführt und gegebenenfalls der Allgemeine Soziale Dienst eingeschaltet. So wird sichergestellt, dass alle Kinder am VVW teilnehmen, unabhängig davon, ob sie eine Kita besuchen oder nicht.

Um ein ökonomisches, aber auch kindgemäß gut umsetzbares Vorgehen zu gestalten, wurde zur Feststellung des Sprachstandes im Rahmen des VVW und für die darauffolgende Sprachförderung ein mehrstufiger Weg der standardisierten

Standardisierte Sprachstandsverfahren mit Bildimpulsen

Der Bildimpuls 4 ½ besteht aus einer Bildfolge von vier Bildern. Die Kinder werden aufgefordert, zu erzählen, was auf den Bildern passiert. Hierbei geht es um die grundlegende Fähigkeit, die auf den Bildern dargestellten Handlungen zu versprachlichen. Es wird ein alltagsnahes Setting geschaffen, in dem produktive Sprachkompetenzen systematisch beobachtet und dokumentiert werden. Die Erzählungen der Kinder werden mittels eines standardisierten Schemas in einem übersichtlichen Protokollblatt ausgewertet, mit Blick auf verschiedene Dimensionen kindlicher Sprachkompetenz (Aufgabenbewältigung, Grammatische Grundstrukturen, Hörverstehen und Sprechweise). Standardisierte Testverfahren messen in der Regel rezeptive Sprachkompetenzen (Sprachverstehen) und eignen sich weniger für die Erhebung produktiver Sprachkompetenzen (Sprechen). Während der Erzählung sowie im Anschluss daran werten die Lehrkräfte die Äußerungen der Kinder anhand des Protokollblattes aus, sodass ein standardisiertes Ergebnis direkt vorliegt. Das Verfahren hat zudem den Vorteil, dass es vergleichsweise einfach und pragmatisch durchführbar ist. Im Gegensatz zu einem Test, der viele Kinder und Eltern einschüchtert, können Kinder hier frei sprechen und „zeigen, was sie können“.

Das Verfahren HAVASE (Hamburger Verfahren zur Analyse sprachlicher Entwicklungen, früher HAVAS 5) folgt einem ähnlichen Prinzip: Auch hier erzählen die Kinder die Handlungen, die in einer Bildfolge dargestellt werden. Allerdings wird die Erzählung der Kinder nicht direkt ausgewertet, sondern aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Lehrkräfte werten das Transkript aus. HAVASE ist im Auswertungsschema deutlich ausführlicher angelegt als der Bildimpuls 4 ½, der beim VVV eingesetzt wird, folgt aber derselben Logik und inhaltlichen Struktur.

Ausgewertet werden neben der Aufgabenbewältigung auch der Wortschatz, die Form und die Stellung des Verbs im Satz, die Verbindung von Sätzen sowie weitere Analysekatoren. HAVASE ermöglicht eine differenzierte Sprachstandsanalyse und ist damit eine gute Grundlage für die weitere Förderplanung im Vorschuljahr.

Es gibt HAVASE für mehrere Zeitpunkte für Kinder im Alter von 4 bis 8 Jahren, sodass auch eine Dokumentation der Sprachentwicklung mit dem Verfahren möglich ist. Die Analysekriterien bleiben gleich, während sich die Komplexität der Geschichten in den Bildfolgen erhöht. Zusätzlich ist HAVASE in weiteren Sprachen erhältlich und kann beispielsweise dazu dienen, die Sprachenbalance mehrsprachiger Kinder zu betrachten.

HAVASE: <https://ifbq.hamburg.de/individualdiagnostik/havase>



Beobachtung entwickelt. Das Verfahren gliedert sich in folgende Schritte:

1.1 Elterngespräch in der Kita

Vor dem Gespräch in der Schule wird in den Kitas vor den Herbstferien eine standardisierte Einschätzung der Fertigkeiten der Kinder hinsichtlich verschiedener Kompetenzen vorgenommen. Anhand einheitlicher und alltäglich beobachtbarer Kriterien schätzen die zuständigen pädagogischen Fachkräfte, die die Kinder gut kennen, deren Kompetenzen für relevante Entwicklungsbereiche ein. Neben der Sprache als Schlüsselkompetenz für erfolgreiches Lernen werden personale Kompetenzen, motivationale Einstellungen, soziale und lernmethodische Kompetenzen sowie Kompetenzen in den Bereichen Körper und Bewegung, Musik und Künste, Mathe-

matik und Naturwissenschaften im dafür entwickelten Protokollbogen A erfasst. Im Bereich Sprache wird der Fokus auf Verstehen, Sprechen, grammatische Fähigkeiten, Artikulation und Basiskompetenzen zum Schriftspracherwerb gelegt. Beim VVV geht es also nicht nur um den Sprachstand, sondern die Kompetenzen des Kindes werden ganzheitlich in den Blick genommen. Die Erkenntnisse aus dem Protokollbogen A werden komprimiert in den Protokollbogen B übertragen. Dort werden weitere Angaben zum Kind wie u.a. die Dauer des Kitabesuchs, die in der Familie gesprochene Sprache oder gegebenenfalls laufende Therapien aufgeführt. Die in der Kita zuständige Fachkraft führt mit den Eltern (Personensorgeberechtigten) ein Gespräch über die Ergebnisse der Beobachtungen des Kindes und holt sich die Zustimmung dafür ein, dass der Protokollbogen B und gegebenenfalls vorliegende medizinische oder ärztliche Gutachten an die Schule verschickt werden dürfen.

1.2 Vorstellung viereinhalbjähriger Kinder in der Schule

Der zweite Teil dieses Screenings erfolgt dann nach den Herbstferien im Vorstellungstermin in der Schule. Auf Basis der Voreinschätzung aus der Kita findet die Vorstellung des Kindes, gemeinsam mit den Eltern, in der Schule statt. Das von Lehrer*innen geführte Gespräch dauert in der Regel 30 bis 60 Minuten. Grundlage ist der Protokollbogen B. Die Lehrpersonen füllen darin die für sie vorgesehenen Felder aus. Bei der Vorstellung des Kindes wird seine Entwicklung in verschiedenen Bereichen wie Sprache, Motorik und Sozialverhalten beobachtet (s.o.). Bei einem vermuteten Sprachförderbedarf erfolgt eine genauere pädagogische Diagnostik, um Kinder mit ausgeprägtem Sprachförderbedarf zu identifizieren. Dafür wird das Beobachtungsverfahren „Bildimpuls für 4 ½-Jährige“ verwendet, um zwischen „einfachem“ und „ausgeprägtem“ Sprachförderbedarf zu unterscheiden. Er besteht aus einer Reihe von vier Bildern, zu denen die Kinder eine kleine Geschichte erzählen sollen. Diese werden standardisiert ausgewertet. Dabei geht es um die grundlegende Fähigkeit, die auf den Bildern dargestellten Szenen zu versprachlichen, und es werden verschiedene Dimensionen kindlicher Sprachkompe-

tenzen wie die Aufgabenbewältigung, grammatische Grundstrukturen, Hörverstehen und Sprechweise dokumentiert und ausgewertet. Den Schulen stehen verschiedene Varianten der Bildimpulse zur Verfügung. Das Verfahren hat zwei Vorteile: Es ist einfach durchzuführen und es ist kein Test. Testungen schüchtern Kinder und Eltern häufig ein und verhindern, dass die Kinder frei sprechen. Die Einschätzung des Sprachstands ergibt sich aus dem Gesamteindruck des Kindes unter Berücksichtigung der Informationen aus der Kita und der Ergebnisse zum Bildimpuls. Bei ausgeprägtem Sprachförderbedarf nehmen die Kinder im darauffolgenden Vorschuljahr verbindlich an additiver Sprachförderung teil (s.o.). Bei einfachem Sprachförderbedarf erfolgt alltagsintegrierte Sprachbildung im Vorschuljahr in der Kita oder einer Vorschulklasse an einer Grundschule. Nach dem Gespräch sollte der Protokollbogen B an die Kita zurückgeschickt werden, damit dort gegebenenfalls auch Fördermaßnahmen ergriffen werden können.

Wenn die Eltern beim Kitagespräch der Übermittlung des Protokollbogens B an die Schule nicht zugestimmt haben, wird in der Schule der sogenannte C-Bogen verwendet, der ausschließlich von der Lehrkraft ausgefüllt wird.

Buchstart

Buchstart 4 ½ ist ein Hamburger Projekt zur vorschulischen (Vor-)Lese-Förderung, unter der Schirmherrschaft der Hamburger Ehrenbürgerin Kirsten Boie, initiiert und umgesetzt vom Verein Seiteneinsteiger e.V. Die Finanzierung erfolgt durch die Behörde für Schule, Familie und Berufsbildung, die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration sowie verschiedene Hamburger Stiftungen. Buchstart 4 ½ umfasst verschiedene Angebote für Kinder, Eltern und pädagogische Fachkräfte in Kitas und Schulen.

Buchstart 4½ Kinder lieben Bücher



Alle Kinder bekommen bei ihrem Vorstellungstermin in der Schule das „Hamburger Geschichten-Buch“ geschenkt. Es begleitet sie über zwei Jahre bis in die 1. Klasse. Dazu gehören ein Infoblatt für Eltern in verschiedenen Herkunftssprachen sowie ein Gutschein für die Hamburger Bücherhallen.

Auf der Homepage von Seiteneinsteiger e.V. gibt es vielfältiges Arbeitsmaterial für Kitas und Schulen, z.B. jährlich im April vorbereitete Materialien für „Geschichtenfindertage“ in Kitas und Vorschulklassen zur Leseförderung.

Für Fachkräfte in Kitas und Schulen wird zur Arbeit mit dem Hamburger Geschichten Buch und fünf weiteren Büchern die 12-stündige Fortbildung „Literacy im Vorschulalter“ angeboten.

Seit Herbst 2023 gibt es eine Qualifizierung als E-Learning, offen und kostenfrei für pädagogische Fachkräfte (Auswahl aus drei Live- und fünf Selbstlernmodulen).

Informationen zu Buchstart 4 ½: <https://buchstart-hamburg.de/buchstart-viereinhalb/>

Informationen zum E-Learning von Buchstart: <https://buchstart-online.de/>

1.3 Förderdiagnostik zu Beginn des Vorschuljahres

Für die Kinder mit festgestelltem „ausgeprägten Sprachförderbedarf“ wird zu Beginn des Vorschuljahres auf Basis des Diagnoseverfahrens HAVASE 4 – 8 (Bildimpuls „Katze und Vogel“) ein individueller Förderplan für die additive Sprachförderung erstellt. Mit ihm können pädagogische Fachkräfte in Kitas und Grundschulen sprachliche Kompetenzen ein- und mehrsprachiger Kinder erfassen und individuelle Förderbedarfe ermitteln: In einer Einzelsituation erzählen die Kinder je nach Alter zu mehreren Bildern eine kleine Geschichte. Das Erzählte wird aufgenommen und später durch die pädagogische Fachkraft nach bestimmten Kriterien ausgewertet (Neßlinger/Heckt 2023, 34 ff.). Die Entwicklung der Kinder wird zu Beginn des Vorschuljahres und über die gesamte Schulzeit hinweg beobachtet. Gleichzeitig kommt der regelmäßig überprüfte, individuelle Sprachförderplan zur Anwendung. Auch bei einem Schulwechsel kann jede Lehrkraft so genau sehen, wo das Kind noch Unterstützung braucht. Kinder, die im VV einen einfachen Sprachförderbedarf hatten oder die sprachlich auffallen, können ebenfalls mit HAVASE überprüft und dann nach Einschätzung der Lehrkräfte in die Förderung aufgenommen werden.

1.4 Sprachförderung

In der Regel findet die additive Sprachförderung in zusätzlicher Lernzeit in einer Vorschulklasse einer Grundschule statt, es ist jedoch auch möglich, dass sie alltagsintegriert in zusätzlicher Lernzeit in einer Kita erfolgen kann (s.o.). Wichtig ist sicherzustellen, dass jedes Kind, das Förderung braucht, diese zusätzliche Unterstützung beim Erlernen der deutschen Sprache im Vorschuljahr auch erhält.

Die beschriebenen Protokollbögen wurden in der begleitenden „AG Frühe Bildung“ unter Federführung des Instituts für Bildungsmonitoring und Qualitätsentwicklung (IfBQ) von Kita- und Schulexpert*innen gemeinsam entwickelt. Für die Kitas sind sie ein Baustein der Entwicklungsdokumentationen, die sie regelhaft durchführen. Für die Schulen ist es wichtig, dass sie rechtzeitig knappe Informationen in einem einheitlichen Format aus den Kitas erhalten. Inhaltlich entsprechen die im Rahmen des VV dokumentierten Kompetenzdimensionen den Grundlagen der „Hamburger Bildungsleitlinien für die pädagogische Arbeit in Kitas“ und dem „Bildungsprogramm für Vorschulklassen“.

Das VV wurde insofern gemeinsam von den seinerzeit beiden zuständigen Behörden mit den Kita-Verbänden entwickelt. Die für Kindertagesbetreuung zuständige Behörde und die Kita-Verbände legten von Beginn an Wert auf einen „kompetenzorientierten Blick“ auf die Kinder. Da mathematische

Kompetenzen in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus bildungspolitischer Debatten gerückt sind, wurden seit 2020 vom IfBQ mit Unterstützung durch fachliche Expertise aus Wissenschaft und Praxis sowie den Kita-Verbänden neue Items zur differenzierten Erfassung mathematischer Vorläuferkompetenzen entwickelt und erprobt. Ergänzend wurden mit den „Hinweisen zur Durchführung“ für alle Items detaillierte Angaben zu den Alltagsbeobachtungen erstellt. Zum Sommer 2023 wurden auch die Items zur Einschätzung überfachlicher Kompetenzen aktualisiert. Darüber hinaus wurde in konstruktiven Diskussionsprozessen ein einheitlicher Zeitplan für die Durchführung in Kita und Schulen abgestimmt. Schließlich wurden gemeinsame Auftaktveranstaltungen für Kitas und Schulen zur Information für diejenigen Kolleginnen und Kollegen vereinbart, die VV erstmalig durchführen. Diese über die Jahre gewachsene vertrauensvolle Zusammenarbeit von Fachkräften der mehr als 1.200 Kitas und gut 200 Grundschulen, welche die kooperative Erarbeitung und Weiterentwicklung des Verfahrens von Schul- und Kita-Bereich widerspiegelt, ist eine Besonderheit, die mittlerweile ein zentraler Baustein des VV ist.

Seit dem Schuljahr 2020/21 erhalten alle Kinder bei ihrem Termin in der Schule „Das Hamburger Geschichten-Buch. Auf dem Weg von der Kita in die Schule“ geschenkt. Es wurde im Rahmen des Projekts „Buchstart 4 ½“ speziell für die viereinhalbjährigen Kinder entwickelt.

3. Die Ergebnisse des Viereinhalbjährigen-Vorstellungsverfahrens

Das VV wird von Beginn an durch das IfBQ wissenschaftlich begleitet. Jeder Durchlauf wird systematisch (anonymisiert) ausgewertet. Die Ergebnisse werden jährlich in öffentlich zugänglichen Berichten dargestellt.

Im Schuljahr 2023/24 wurden gut 19.100 Kinder vorgestellt. Ausgewertet werden konnten 17.654 Protokollbögen aus 218 Schulen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 92,3 % der Gesamtgruppe der vorgestellten Kinder. Im Durchschnitt betrachtet wurden 80 Kinder pro Schule vorgestellt, in jeder der ca. 1.200 Kitas 15 Gespräche mit den Eltern durchgeführt, und im Mittel kooperierte eine Kita mit fünf Schulen und eine Schule mit 14 Kitas (Heckt/Hildenbrand 2024, 45).

Die Hintergründe der vorgestellten Kinder sind zur Einordnung der Ergebnisse des VV bedeutsam. In den letzten fünf Jahren stieg z.B. der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund von 53,3 % im Schuljahr 2019/20 auf 57,9 % (2024) sowie der Anteil der Kinder, deren Familiensprache nicht ausschließlich Deutsch ist, von 48,5 % auf 52,8 %. Dabei unterscheiden sich die Anteile der Kinder mit Migrationshintergrund in den Schul-

regionen erheblich. In den sozial belasteten Hamburger Regionen Wilhelmsburg und Billstedt/Horn waren sie bei 81,4 % und 81,0 % am höchsten, während sie in den Walddörfern und in Eimsbüttel bei 34,7 % bzw. 37,0 % am niedrigsten waren. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den überwiegend in den Familien gesprochen Sprachen (Heckt/Hildenbrand 2024, 8 ff.).

„Bei den Kindern, die nicht in der Kita waren oder weniger als ein Jahr die Kita besucht haben, wiesen 65,8 % bzw. 59,9 % einen ausgeprägten Sprachförderbedarf auf.“

Im Schuljahr 2023/24 hatten 3.861 der vorgestellten Kinder einen ausgeprägten Sprachförderbedarf. Das waren 21,6 % und gegenüber dem Schuljahr 2019/20 ein Anstieg um 5 % von 16,6 %. Der Anteil der Kinder mit einfachem Sprachförderbedarf ging in der Zeit von 12,5 % auf 10,1 % zurück. Jungen haben einen um 4 % höheren ausgeprägten Sprachförderbedarf als Mädchen (23,3 % vs. 19,3 %). Der Anstieg des ausgeprägten Sprachförderbedarfs lässt sich vor allem bei Kindern mit Migrationshintergrund feststellen. Bei ihnen liegt er bei 35,9 % und ist von 29,3 % im Schuljahr 2019/20 gestiegen (ebd., 20 ff.).

Der Besuch einer Kindertagesbetreuungseinrichtung wirkt sich sehr positiv aus: Bei den Kindern, die nicht in der Kita waren oder weniger als ein Jahr die Kita besucht haben, wiesen 65,8 % bzw. 59,9 % einen ausgeprägten Sprachförderbedarf auf. Bei einem Besuch zwischen einem und zwei Jahren verringert sich der Wert auf 35,3 % und bei einem Besuch von zwei bis drei Jahren auf 19,8 %. Kinder, die länger als drei Jahre eine Kita besucht haben, hatten nur noch zu 8,3 Prozent einen Sprachförderbedarf (ebd., 26).

Bei der Dauer des Kitabesuchs zeigen sich im Übrigen große Unterschiede je nach überwiegenden Familiensprachen und sozialer Lage. Kinder mit nicht-deutscher Familiensprache besuchen deutlich kürzer oder seltener eine Kita (24,4 % unter einem Jahr, 7,5 % kein Kitabesuch) als Kinder mit ausschließlich deutscher Familiensprache (2,4 % unter einem Jahr, 0,6 % kein Kitabesuch). In günstigen bzw. wenig belasteten sozialen Lagen besuchen Kinder deutlich länger die Kitas als in belasteten sozialen Lagen (ebd., 37). Dies ist bundesweit zu beobachten und wird mitverantwortlich dafür gemacht, dass in Deutschland die Bildungschancen ungleich verteilt sind (z.B. Sachverständigenrat für Integration und Migration 2025, 2 ff.).

Im Übrigen kamen Kitas und Schulen bei 87,8 % der Kinder zu einer übereinstimmenden Einschätzung des Sprachförderbe-

darfs. Zuvor lag die Zahl der Nicht-Übereinstimmungen stets unter 10 %. Dabei ist zweierlei zu beobachten:

- Die Fachkräfte in Kitas schätzen die Kompetenzen der Kinder optimistischer ein als die schulischen Fachkräfte.
- Am häufigsten ergeben sich Diskrepanzen, wenn die Kinder nur kurz eine Kita besucht haben und in sozial belasteten Gebieten leben.

Neben den sprachlichen Kompetenzen werden auch Förderbedarfe in anderen Bereichen erfasst (s.o.). Die Zahl der Kinder, die hierbei Förderbedarfe erkennen lassen, liegt je nach Kompetenzbereich bei 1,5 % bis 3,4 % (Selbstkompetenzen: 2,1 %, soziale Kompetenzen 2,8 %, lernmethodische Kompetenzen 3,1 %, motorische Kompetenzen 1,5 % und mathematische Kompetenzen 3,4 %) (ebd., 33).

4. Weiterentwicklung des VV

Die Dokumentation der Ergebnisse des VV ist aufwändig. Ein von den Kitas und den Schulen gemeinsam nutzbarer digitaler Protokollbogen soll in Zukunft eine erhebliche Zeitersparnis für die vielen beteiligten Fachkräfte ermöglichen. Die Digitalisierung der Daten wird auch die Qualität der Ergebnisse des Monitorings weiter verbessern.

„Insbesondere die Kitas wünschen sich häufig eine engere Zusammenarbeit mit den Schulen, auch um eine bessere Förderplanung in den Kitas abzustimmen.“

Der Austausch und die Kooperation zwischen Kitas und Grundschulen sind oft personenabhängig. Von daher wäre es ein Gewinn, die Kooperation am Übergang zu stärken, sodass die Fachkräfte aus Kitas und Schulen in Zukunft möglichst in multiprofessionellen Teams noch viel enger als bisher zusammenarbeiten. Denkbar wäre dies z.B. in „Bildungshäusern für 0- bis 10-Jährige“ oder in „Familienbildungszentren“. Dabei ist allerdings zu beachten, dass jeweils Kitas mit vielen Schulen und Schulen mit vielen Kitas kooperieren (s.o.). Insbesondere die Kitas wünschen sich häufig eine engere Zusammenarbeit mit den Schulen, auch um eine bessere Förderplanung in den Kitas abzustimmen. Dies könnte beispielsweise dadurch erreicht werden, dass auch für die Schulen die Kooperation mit den Kitas verbindlich gestellt würde. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die Durchführung gemeinsamer Fortbildungsangebote für pädagogische Fachkräfte in Kitas und Schulen durch das Landesinstitut für Qualifizierung und

Qualitätsentwicklung in Schulen und das Sozialpädagogische Fortbildungszentrum.

Mehrsprachige Kompetenzen sollen zukünftig bei den Vorstellungsgesprächen stärker als positive Ausgangslage wahrgenommen, wertgeschätzt und einbezogen werden, anstatt sie – wie derzeit noch oft – als ein Hindernis für die Durchführung der Gespräche oder für die Bildungsverläufe dieser Kinder zu betrachten.

Eltern kritisieren, dass ihre Kinder beim VVV in den Schulen einer ihnen fremden Person begegnen und sie sich deshalb zurückhaltend oder anders als normalerweise verhalten. Auch wird die Gesprächssituation von Eltern oder Kindern als „künstlich“ erlebt. Dieses strukturell nicht aufzulösende Problem kann nur über eine noch engere Zusammenarbeit von Kita und Schule und eine konsequent kindorientierte Haltung aller beteiligten Erwachsenen gelöst werden, um Kindern eine angenehme, unbefangene Kennenlern-Situation in den Schulen zu gestalten (kein Test). So können z.B. schulische Fachkräfte in Kitas hospitieren und so die Kinder bereits vor dem Vorstellungsgespräch kennenlernen, teilweise können Lehrkräfte aus Schulen auch Vorstellungstermine in Kitas durchführen.

5. Gelingensbedingungen im Überblick

Rahmenbedingungen für Kita-Schule-Kooperation gestalten

Für eine gute Zusammenarbeit der pädagogischen Fachkräfte in allen Kitas und Grundschulen beim VVV waren die Klärung des rechtlichen Rahmens sowie die Abstimmung unter den zuständigen Behörden sowie mit den Vertretungen der Kitas Voraussetzung. Auf dieser Basis konnten mit fachlicher Unterstützung des IfBQ die genutzten Instrumente und ein gemeinsamer Zeitplan entwickelt werden. Auch wurde ein Modus der Information bzw. Rückmeldungen auf kollegialer Ebene zu relevanten Ergebnissen für die Förderung der Kinder in der Kita entwickelt. Zudem wurde die Möglichkeit eröffnet, in einigen Fällen Vorstellungstermine und Sprachförderung auch in Kitas durchzuführen.

Einheitliche Umsetzung des Verfahrens sicherstellen

Über die Jahre wurden gemeinsame Standards der Durchführung über die gemeinsamen Instrumente und ein abgestimmter Terminplan etabliert. Die konkrete Umsetzung des Verfahrens kann sich je nach den Bedingungen vor Ort in Teilen

unterscheiden, aber wesentliche gemeinsame Standards werden flächendeckend eingehalten.

„Das VVV trägt erheblich dazu bei, dass Sprachförderbedarfe frühzeitig ermittelt werden und eine gezielte Sprachförderung diagnosebasiert bereits im Vorschuljahr erfolgen kann.“

Verbindlichkeit herstellen

Durch klar vereinbarte Abläufe und Zuständigkeiten sowie einheitliche Dokumentationsverfahren und einen gemeinsamen Zeitplan für alle Beteiligten wird es möglich, das komplexe Verfahren möglichst schlank und ressourcensparsam umzusetzen.

Fachkräfte für Diagnostik und Förderung qualifizieren

Die Umsetzung dieses gestuften Verfahrens setzt auf entsprechende Professionalität der Fachkräfte, die es durchführen. Darum ist die regelhafte Fortbildung in allen Bereichen – sowohl in der Diagnostik mit standardisierten Beobachtungsbögen oder Bildimpulsen als auch in der passgenauen individuellen Förderung – zentral für eine erfolgreiche Umsetzung.

Bedingungen für die Förderung organisieren

Das Verfahren zielt darauf ab, diejenigen Kinder zu ermitteln, die Förderung brauchen, und die Förderung so zu gestalten, dass die Kinder bestmöglich davon profitieren. Voraussetzung sind die dafür über das Hamburger Sprachförderkonzept bereitgestellten Ressourcen für Förderung in zusätzlicher Lernzeit sowie die Kooperation von Fachkräften in Kitas und Schulen.

Die Eltern bei der Durchführung einbeziehen

Um Eltern und Kinder darin zu bestärken, dass die Vorstellung eine Chance ist, die Schule kennenzulernen und dort gut beraten und unterstützt zu werden, ist eine kindgemäße Durchführung sehr bedeutsam. So können Eltern als wertvolle Partner*innen für eine frühe Förderung ihrer Kinder durch einfühlsame Beratungen gewonnen werden. Dabei haben sich auch Übersetzungen der Bögen und von Informationen für die Eltern in verschiedene Sprachen als hilfreich erwiesen.

Akzeptanz schaffen

Um die Umsetzung unter breiter Beteiligung sicherzustellen, ist es wichtig, dass für die Beteiligten ein Nutzen durch das Verfahren erfahrbar wird. Dies wird durch klare Rahmenbedingungen, schlanke Abläufe, nutzendenfreundliche Instrumente und Unterstützung bei der Umsetzung, eine passgenaue, intensive Kommunikation und ggf. Fortbildungsangebote erreicht. Es gilt, Synergien zu nutzen.

6. Fazit

Das VV trägt erheblich dazu bei, dass Sprachförderbedarfe frühzeitig ermittelt werden und eine gezielte Sprachförderung diagnosebasiert bereits im Vorschuljahr erfolgen kann. Außerdem können Kinder eine positive „erste Erfahrung“ mit Schule machen, indem sie dort „zeigen können, was sie können“ und von den pädagogischen Fachkräften positiv bestärkt werden. Hinzu kommt, dass den Eltern in Kitas und Schulen Möglichkeiten zur Unterstützung ihrer Kinder bereits deutlich vor der Einschulung eröffnet werden und die Schulen frühzeitig differenzierte Informationen bezüglich der Kompetenzen und Förderbedarfe der zukünftigen (Vor-)Schulkinder aus den Kitas erhalten.

Nicht zuletzt liegen durch das VV differenzierte Daten zu Lernausgangslagen bzw. Förderbedarfen viereinhalbjähriger Kinder für viele Jahre vor und ermöglichen einen gezielten Mitteleinsatz.

Abschließend noch einmal die positiven Ergebnisse des VV zusammengefasst: Mit jedem Kita-Jahr sinkt die Zahl der Kinder mit Sprachförderbedarf deutlich. Selbst wenn zu Hause kein Deutsch gesprochen wird, weisen nach mehr als drei Kita-Jahren nur noch 50 % der Kinder einen ausgeprägten Sprachförderbedarf auf. Ein deutliches Argument für einen frühen Kita-Besuch und für eine möglichst frühe verpflichtende Diagnostik.

Literatur

Heckt, Meike/Hein, Julia (2025): Vorschulische Sprachstandsermittlung für alle Hamburger Kinder. Gestuftes Verfahren ermöglicht frühe Sprachförderung, in: Schulverwaltung Bayern, Heft 6.

Heckt, Meike/Hildenbrand, Claudia (2024): 20 Jahre: Vorstellungen viereinhalbjähriger Kinder, in: Hamburg macht Schule, Heft 3, S. 42–46.

Heckt, Meike/Hildenbrand, Claudia (2024a): Vorstellungen Viereinhalbjähriger Kinder – Ergebnisse, Schuljahr 2023/2024. Institut für Bildungsmonitoring und Qualitätsentwicklung. Behörde für Schule, Familien und Berufsbildung, Hamburg.

Neßlinger, Patricia/Heckt, Meike (2023): HAVAS+VASE=HAVASE: Sprachentwicklung mit Bildimpulsen mehrsprachig erfassen, in: Hamburg macht Schule, Heft 2, S. 34–37.

Sachverständigenrat für Integration und Migration (2025): Ungleiche Bildungschancen – Fakten zur Benachteiligung von jungen Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Bildungssystem, SRG gGmbH Berlin.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags (2010): Einführung einer Kindergartenpflicht und Vorverlagerung der Schulpflicht. WD 3-3000 – 465/10, Berlin.

Hans Oliva, Sebastian Ehlen, Julia Klinger, Sandra Kirvel, Peter Löcherbach, Edwin Toepler und Christian Rexrodt

Umsetzung von Fallmanagement in der Deutschen Rentenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Netzwerkbildung

Im Rahmen dieses Artikels wird auf der Grundlage des Modellprojekts KiT die Netzwerkbildung in der Deutschen Rentenversicherung beschrieben und vor dem Hintergrund des SGB IX auf die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern hingewiesen.

1. Ausgangssituation und Rahmenbedingungen

Leistungen zur Teilhabe in Deutschland besitzen im internationalen Vergleich sowohl qualitativ als auch quantitativ ein hohes Niveau. Menschen mit (komplexen) Teilhabebedarfen haben die Chance, im Anschluss an die Inanspruchnahme solcher Leistungen wieder regelhaft und nachhaltig am Arbeitsleben und an der Gesellschaft teilzuhaben. Probleme entstehen im deutschen Rehabilitationssystem insbesondere da, wo die herkömmlichen zur Verfügung gestellten Teilhabeleistungen nicht mehr ausreichen, um die individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe der leistungsberechtigten Personen zu decken (Egen/Beyer 2022; Egen et al. 2024). Dies gilt vor allem für Menschen, die zusätzlich zu ihren gesundheitsinduzierten Beeinträchtigungen weitere, teilweise komplexe (u. a. soziale, finanzielle und familiäre) Problemlagen in anderen Teilhabe- und Lebensbereichen aufweisen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2018). Darauf zugeschnittene Rehabilitationsstrategien zeichnen sich daher einerseits durch eine sinnvolle Verknüpfung verschiedener Einzelleistungen und andererseits – bedingt durch das stark gegliederte Versorgungssystem in Deutschland – eine sehr enge und gut abgestimmte fallbezogene Zusammenarbeit verschiedener Rehabilitationsträger, Leistungserbringer, anderer professioneller Akteure und schließlich der Versicherten und Angehörigen

selbst aus. Um die notwendige Koordination solcher Strategien sicherzustellen, werden von den Rehabilitationsträgern Beratungsstrukturen bereitgestellt. Dabei konzentriert sich die Beratung seitens der Rehabilitationsträger derzeit in erster Linie auf die jeweils eigenen Leistungen zur Teilhabe (im Falle der Gesetzlichen Rentenversicherung [DRV]): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und erreicht vor allem die Fälle an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Rechtskreisen bzw. Rehabilitationsträgern nur unzureichend. Die Kooperation mit anderen Akteuren ist regional sehr unterschiedlich und erscheint oftmals einseitig von einem rechtskreisspezifischen Orientierungsrahmen geprägt. Die daraus resultierenden Probleme führen häufig dazu, dass notwendige, passgenaue Leistungen nicht oder nicht zeitnah erbracht werden können. Die Versorgungsunterbrechungen an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren sowie Rehabilitations- und Leistungsträgern vermindern die Effektivität der Rehabilitation. Das vorhandene, sehr gut entwickelte Rehabilitationssystem in Deutschland kann damit nicht immer effektiv und effizient genutzt werden (Drescher 2020).

Vor diesem Hintergrund wurde – ausgehend von der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU/CSU und SPD (CDU, CSU, SPD 2013) – die Reform der Eingliederungshilfe mit dem Ziel realisiert, ein modernes Teilhaberecht zu schaffen, das dem Grundsatz der Personenzentrierung verpflichtet ist. Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von

**Hans Oliva,**

Seniorberater der FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS GmbH), Köln

**Dr. Sebastian Ehlen,**

Projektleiter der FOGS GmbH

**Julia Klinger,**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der FOGS GmbH

**Sandra Kirvel,**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der FOGS GmbH

**Prof. Dr. Peter Löcherbach,**

Katholische Hochschule Mainz

**Prof. Dr. Christian Rexrodt,**

Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

**Prof. Dr. Edwin Toepler,**

Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Menschen mit Behinderungen“ vom 23. Dezember 2016 wurde dieses Versprechen eingelöst, indem einerseits die rechtskreisübergreifende Koordination der Leistungen der Rehabilitationsträger verbindlich ausgestaltet (SGB IX Teil 1) und andererseits die Eingliederungshilfe grundlegend reformiert wurde (SGB IX Teil 2). Übergreifend ist mit Blick auf das BTHG/SGB IX insbesondere die Abkehr von einrichtungsbezogenen zu personenzentrierten Leistungen sowie die Ausweitung der Rechte auf Beratung und die Mitwirkung der leistungsberechtigten Personen an den dort rechtlich normierten Planungsverfahren hervorzuheben. Dabei drückt sich der Grundgedanke der Personenzentrierung vor allem in der partizipativen, also gemeinsamen Erarbeitung einer Teilhabeplanung (§ 19 SGB IX) bzw. Gesamtplanung (§ 117 SGB IX) aus. Personen mit komplexen Teilhabebedarfen erhalten so die Möglichkeit, ihre Lebensplanung und -gestaltung durch die Unterstützung einer personenbezogenen Beratung und Koordinierung individuell und nach ihren persönlichen Wünschen und Erfordernissen vorzunehmen.

„Die Kooperation mit anderen Akteuren ist regional sehr unterschiedlich und erscheint oftmals einseitig von einem rechtskreisspezifischen Orientierungsrahmen geprägt.“

Hieran anknüpfend stand im Mittelpunkt des im Rahmen von „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Modellprojekts „Koordination individueller Teilhabe – Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand“ (KiT) die umfassende Erprobung und Verstetigung einer einzelfallorientierten Koordination der Rehabilitation über Leistungs- und Leistungsträgergrenzen hinaus. Die Zusammenarbeit zwischen den Rentenversicherungsträgern, weiteren Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern sowie den Versicherten sollte dabei „wie aus einer Hand“ erfolgen. Durch die Umsetzung eines – auf den Personenkreis mit besonderem gesundheitlichen Unterstützungsbedarf – abgestimmten Fallmanagements (FM) sollte

- ▶ die Erwerbsfähigkeit der Versicherten erhalten oder wiederhergestellt sowie
- ▶ einer drohenden oder vorliegenden (Teil-)Erwerbsminderung entgegengewirkt und damit
- ▶ die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe verbessert werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020).

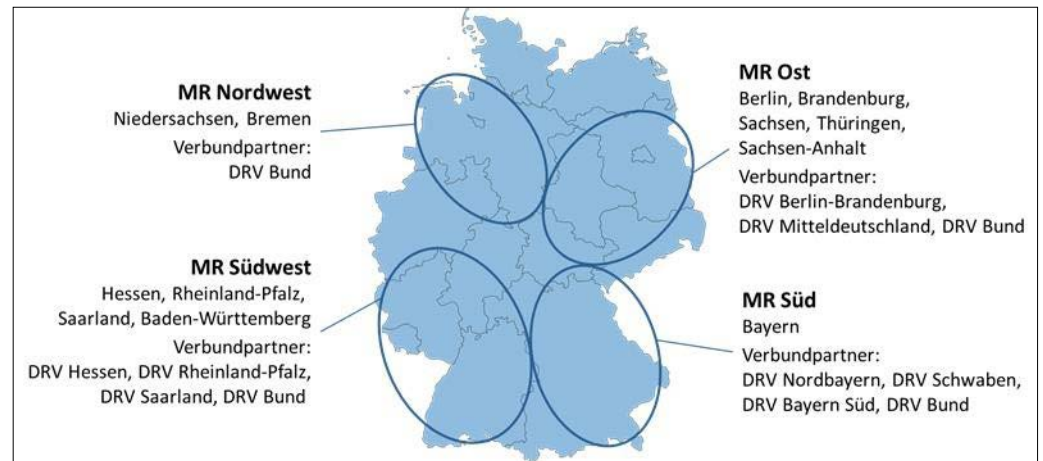


Abb. 1: Verbundpartner nach Modellregionen

Im Rahmen des Modellprojekts KiT wurde vor allem die Erreichung folgender übergreifender Projektziele angestrebt:

- Projektziel 1: Versicherte mit einem komplexen gesundheitlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf erhalten ein auf den individuellen Bedarf abgestimmtes Fallmanagement, welches alle notwendigen Leistungen zur Teilhabe koordiniert.
- Projektziel 2: Die beteiligten Akteure setzen das FM vergleichbar um und berücksichtigen die regionalen Besonderheiten (z.B. Arbeitsmarkt, Netzwerkpartner).
- Projektziel 3: In den am Projekt beteiligten Modellregionen (MR) arbeiten die Rentenversicherungsträger mit weiteren Rehabilitationsträgern und Netzwerkpartnern ohne hemmende Barrieren zusammen.¹

An der Implementierung, praktischen Erprobung und Verstetigung von Fallmanagement waren die in Abbildung 1 dargestellten neun Rentenversicherungsträger als Verbundpartner in vier Modellregionen beteiligt.

Darüber hinaus brachten die DRV Baden-Württemberg, die DRV Braunschweig-Hannover, die DRV Nord, die DRV Oldenburg-Bremen, die DRV Rheinland und die DRV Westfalen als Kooperationspartner ihre teils vorhandenen Erfahrungen aus ihrer Umsetzung von Fallmanagement in das Modellprojekt ein.

Auftragsgemäß wurden unterschiedliche Zielgruppen in den vier Modellregionen einbezogen: Die Modellregion Süd fokussierte auf Versicherte mit „kardiologischen und anderen Erkrankungen“. Die Modellregion Südwest war auf Versicherte mit „psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen“ ausgerichtet. In der Modellregion Ost wurden Versicherte „mit längerer Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfähigkeit“ (> 12 Monate) aufgenommen und in der Modellregion Nordwest Versicherte „mit komplexem Unterstützungsbedarf“. Als Einschlusskriterium, gültig für Versicherte aller Modellregionen, wurde von Beginn an die freiwillige Teilnahme am Fallmanagement vereinbart.

Zeitlich gliederte sich das fünfjährige Modellprojekt (1. Juli 2020 bis 30. Juni 2025) in drei Phasen:

- In Phase 1 erfolgten die notwendigen Vorbereitungen zur Umsetzung des Fallmanagements.
- In Phase 2 wurde das Fallmanagement gemäß der Zielsetzung „Leistung wie aus einer Hand“ in den vier Modellregionen auf Einzelfall-, Organisations- und Netzwerkebene erprobt.
- Die dritte Phase des Projekts umfasste vorrangig die datengestützte Bewertung und Reflexion der gewählten Vorgehensweisen und Arbeitsschritte sowie die Einleitung erster Maßnahmen zur Verstetigung des Fallmanagements.

¹ Die nachfolgende Darstellung der Projektbeteiligten, des Verlaufs und der Ergebnisse des KiT-Modellprojekts fußt auf dem Abschlussbericht „Koordination individueller Teilhabe (KiT) – Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand“, erstellt durch Dr. Sebastian Ehlen, Julia Klinger, Sandra Kirvel, Hans Oliva und Prof. Dr. Peter Löcherbach, Prof. Dr. Christian Rexrodt und Prof. Dr. Edwin Toepler am 30. Juni 2025.

2. Methodisches Vorgehen

Zur Überprüfung und Bewertung der Projektziele von KiT wurden unterschiedliche qualitative und quantitative Methoden empirischer Sozialforschung eingesetzt und die Ergebnisse trianguliert (Mayring 2017). Im Mittelpunkt der Evaluation standen die Begleitung und Bewertung des Implementationsprozesses und der organisationalen Einbindung von Fallmanagement bei den am Modellprojekt beteiligten Rentenversicherungsträgern (formativ) als auch die Überprüfung möglicher Wirkungen bzw. Zielvariablen auf Versichertenebene (summativ) (DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e.V. 2016) wie Return to Work, Zufriedenheit, Gesundheitszustand und Erreichung von Teilhabezielen.

Im Rahmen der Evaluation wurden vor allem folgende Erhebungen durchgeführt:

- ▶ Erhebung von fallbezogenen Daten mittels der drei in KiT eingesetzten Fallmanagementinstrumente (Bedarfsermittlung, Reha-/Teilhabeplan und Abschlussdokumentation),
- ▶ Fragebogenerhebungen mit Versicherten zu Beginn (t1), zum Ende (t2) und ca. sechs Monate nach Ende (t3) des Fallmanagements,
- ▶ Interviews mit Versicherten nach Abschluss des Fallmanagements,
- ▶ Onlinebefragungen mit Fallmanagement(FM)-Fachkräften zu zwei Zeitpunkten (t1, t2),
- ▶ Leitfadengestützte Experteninterviews mit FM-Fachkräften und Führungskräften der Rentenversicherungsträger,
- ▶ Aufwandserfassung der Tätigkeiten im Fallmanagement zu zwei Zeitpunkten im Querschnitt (zweimal vier Wochen),
- ▶ Aufwandserfassung von einzelfallbezogenen Tätigkeiten im Fallmanagement (Längsschnitt über 12 Monate).

Nachfolgend soll insbesondere auf ausgewählte Evaluationsergebnisse zur fallbezogenen und fallübergreifenden Netzwerkbildung der an KiT beteiligten Rentenversicherungsträger rekurriert werden.

3. Fallmanagement als anwendungsspezifische Ausgestaltung von Case Management in der Deutschen Rentenversicherung

Aufgaben im Fallmanagement sind neben der personenzentrierten Beratung und Entscheidungsfindung (über die verschiedenen Möglichkeiten in der Rehabilitation) vorrangig die Steuerung der kooperativen Leistungerschließung und -erbringung bei komplexen Fallkonstellationen in der Lebenssi-

tuation von Versicherten, die passgenaue Hilfen und Leistungen benötigen. Neben der Arbeit mit den versicherten Personen kommt dabei vor allem den Vernetzungsaktivitäten ein herausragender Stellenwert zu. Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen und das Eingebundensein in diese Strukturen sind essenziell.

„Das Fallmanagement ist deshalb damit befasst, mögliche Barrieren auszuräumen und notwendige Versorgungsprozesse in Gang zu setzen.“

Die praktische Durchführung des Fallmanagements im KiT-Modellprojekt orientierte sich an einem Regelkreis, der folgende Phasen umfasste: (1) Fallidentifikation (Screening und Intake), (2) Bedarfsermittlung inkl. Wiederholung der Bedarfsermittlung bei veränderten Rahmenbedingungen (Re-Assessment), (3) Reha-/Teilhabeplanung, (4) Fallbeobachtung und Steuerung der Leistungen sowie (5) Abschluss und Evaluation.

3.1 Fallidentifikation/-klärung (Screening und Intake)

Die richtige Auswahl der Versicherten hat eine große Bedeutung für die Effektivität und Effizienz des Fallmanagements. Aus diesem Grund bestimmten die am Modellprojekt beteiligten Rentenversicherungsträger in der Anfangsphase des Projekts die oben kurz skizzierten Zielgruppen. Grundsätzlich gilt, dass Fallmanagement vor allem für solche Fallkonstellationen angezeigt ist, die aufgrund persönlicher oder Umweltfaktoren (Kontextfaktoren) den standardmäßigen Rehabilitationsverlauf erschweren oder verhindern. Dies können beispielsweise bestimmte Erkrankungen, aber auch persönliche, familiäre oder wirtschaftliche Beeinträchtigungen sein. Die Aufnahme ins Fallmanagement konnte im Rahmen von KiT über interne (Sachbearbeitung oder Rehafachberatung) oder externe (Rehabilitationkliniken oder andere Organisationen wie z.B. Jobcenter) Zugangswege erfolgen. Zunächst erfolgte ein instrumentengestütztes Screening, mit dem eingeschätzt wurde, bei welchen Personen – unter Berücksichtigung individueller Hemmnisse/Barrieren und Ressourcen – Hinweise auf einen weiteren Unterstützungs- bzw. Fallmanagementbedarf vorlagen. Wurden durch einen der Zuweiser auf Basis des Screenings Hinweise auf einen bestehenden Fallmanagementbedarf identifiziert, erfolgte im Rahmen vom Intake die Aufnahme ins Fallmanagement. Die Entscheidung, über die Aufnahme wurde im persönlichen Gespräch zwischen FM-Fachkraft und Versicherten gemeinsam getroffen. Dabei beruhte das Angebot und die Inanspruchnahme von Fallmanagement auf dem

beiderseitigen Einverständnis und wurde in KiT mit den Versicherten regelhaft schriftlich vereinbart.

3.2 Falleinschätzung: Situationsaufnahme sowie Bedarfsermittlung und -feststellung

War die Entscheidung für den Einstieg in das Fallmanagement getroffen, wurde mit der Bedarfsermittlung (Assessment) begonnen. Hierbei ging es darum, die vorliegenden individuellen Bedarfslagen und die damit verbundenen Herausforderungen detailliert zu erfassen, zu systematisieren und auszuwerten. Die Bedarfsermittlung im Fallmanagement wurde mithilfe eines auf die Anforderungen des Fallmanagements zugeschnittenen Instruments durchgeführt. Gespräche mit Versicherten sowie ggf. An- und Zugehörigen oder der Kontakt zu Dritten und Befundanalysen waren i. d. R. ebenfalls Bestandteil dieser umfassenden und ganzheitlichen Bedarfsermittlung. Der bestehende Reha- und Teilhabebedarf wurde unter Berücksichtigung der relevanten Lebens- bzw. Teilhabebereiche (basierend auf der Systematik der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF]) erhoben und eingeschätzt.

3.3 Reha-/Teilhabeplanung: Ziele, Maßnahmen, Zeiten, Verantwortung

In der Phase der Reha- bzw. Teilhabeplanung wurden ebenfalls instrumentengestützt entsprechend der erfassten Bedarfe Ziele, Maßnahmen und Zeitkontingente festgelegt bzw. abgestimmt. Dabei wurden für die verschiedenen Lebens- bzw. Teilhabebereiche Zielkorridore hinterlegt. Sie dienten als Basis für die Handlungsziele, die individuell mit den Versicherten formuliert und vereinbart wurden. Entlang der vereinbarten Ziele wurden anschließend mögliche Maßnahmen („Was soll geschehen?“, „Wer soll einbezogen werden?“) erarbeitet und die Zuständigkeiten („Wer übernimmt was?“) und die Zeiträume („Bis wann wird es erledigt?“) festgelegt.

3.4 Fallbeobachtung und Steuerung der Leistungen

War die Planung der Ziele und der entsprechenden Maßnahmen abgeschlossen, ging es unmittelbar an deren Umsetzung, die von der FM-Fachkraft begleitet wurde. Dabei wurde vor allem darauf geachtet, dass der im Reha-/Teilhabeplan dokumentierte Zeitrahmen eingehalten, die definierten Ziele erreicht und der vereinbarte Informationsfluss sichergestellt wird. Die FM-Fachkraft übernahm während der Maßnahmenumsetzung eine Monitoring-Funktion (Fallbeobachtung). Dabei ging es einerseits darum, darauf zu achten, ob die Versicherten bei Aufgaben und Veränderungsschritten vorankommen; andererseits galt es auch mit den Akteuren im Netzwerk zu kooperieren, um einen Überblick darüber zu behalten, ob sich diese an die getroffenen Vereinbarungen halten bzw. ob es ggf. relevante Abweichungen gibt. Die Fallbeobachtung und Leistungssteuerung des weiteren Verlaufs ist entscheidend für eine effektive und effiziente Umsetzung des Fallmanagements.

cherten bei Aufgaben und Veränderungsschritten vorankommen; andererseits galt es auch mit den Akteuren im Netzwerk zu kooperieren, um einen Überblick darüber zu behalten, ob sich diese an die getroffenen Vereinbarungen halten bzw. ob es ggf. relevante Abweichungen gibt. Die Fallbeobachtung und Leistungssteuerung des weiteren Verlaufs ist entscheidend für eine effektive und effiziente Umsetzung des Fallmanagements.

3.5 Abschluss und Evaluation

Grundsätzlich galten die FM-Fälle im KiT-Projekt als abgeschlossen, wenn die vereinbarten Ziele erreicht wurden und/oder sich die individuelle Situation und Entwicklung der Versicherten als stabil darstellten. Diese Bedingungen trafen i. d. R. zu, wenn ein Arrangement der Maßnahmen und Hilfen erfolgt war. Das Fallmanagement endete ebenfalls, wenn die Versicherten das Fallmanagement von sich aus abbrachen oder die Zusammenarbeit mit den Versicherten für die FM-Fachkraft (z.B. aufgrund andauernd fehlender Mitwirkung) untragbar wurde.

Die Evaluation erfolgte regelhaft durch Überprüfung nach Aktenlage, die um ein Abschlussgespräch ergänzt wurde. Hier fand auch eine gemeinsame Fallbewertung durch FM-Fachkraft und Teilnehmenden statt. Ergänzt wurde die Evaluation durch eine Bewertung der abgelaufenen Kooperation.

Im Zusammenhang mit persönlichen sowie umwelt-/umfeldbezogenen Faktoren kommt den dargestellten Vorgehensweisen als Reaktion auf die verschiedenen Fallkonstellationen hohe Relevanz zu. FM-Fachkräften kommt hier sowohl eine advokatorische Aufgabe als auch eine steuernde Funktion zu. Generell hängt der Steuerungsaufwand im Einzelfall sowohl von den regionalen Gegebenheiten (u.a. Arbeitsmarkt, Angebotsstrukturen, Anzahl und fachliche Ausrichtung der Leistungsanbieter) als auch dem Vorhandensein von ggf. bestehenden Beratungspfaden sowie der Autorisierung der FM-Fachkraft im Versorgungsnetz ab.

4. Ergebnisse des Modellprojekts zu fallbezogener und fallübergreifender Netzwerkbildung und Weiterentwicklungsbedarfe

Wie oben ausgeführt, bestand ein wesentliches Ziel des Projektes darin, dass die an KiT beteiligten Rentenversicherungsträger – ausgehend von den komplexen Unterstützungsbedarfen der Versicherten – *fallbezogene und fallübergreifende*

Netzwerke aufbauen sollten. Die Netzwerkbildung sollte sich im Sinne dieses Zieles sowohl auf die Zusammenarbeit mit langjährigen Netzwerkpartnern als auch auf den Aufbau neuer Kooperationsbeziehungen mit für das Fallmanagement relevanten Akteuren beziehen. Grundsätzlich nehmen dabei die Netzwerkpartner in den einzelnen Phasen des Fallmanagements unterschiedliche Funktionen wahr: In der Phase der Fallidentifikation ist es oftmals so, dass über zuweisende externe Netzwerkpartner ein Screening in Bezug auf Versicherte mit potenziellem Fallmanagementbedarf erfolgt. Im Verfahrensschritt Bedarfsermittlung und -feststellung wird u.a. das fallbezogene Netzwerk dazu genutzt, um ein professionsübergreifendes Assessment zu ermöglichen. Bei der Reha-/Teilhabeplanung und den aus den Teilhabebedarfen abgeleiteten Zielen und Umsetzungsschritten steht anschließend die Nutzung der Ressourcen in Form von Dienstleistungen der Netzwerkpartner im Vordergrund. Im Monitoring geht es dann insbesondere um die Überwachung der Maßnahmen im Netzwerk (Löcherbach 2020).

Mit Blick auf die in KiT erreichte fallbezogene und fallübergreifende Netzwerkbildung können folgende knapp zusammengefasste Evaluationsergebnisse besonders hervorgehoben werden:

- ▶ Der größte Teil der am Modellprojekt beteiligten FM-Fachkräfte sieht die fachliche Notwendigkeit, den Kontakt zu neuen Netzwerkpartnern aufzubauen, um den teils komplexen Bedarfslagen der Versicherten gerecht zu werden. Im Verlauf des Projektvorhabens hat sich deshalb die überwiegende Zahl der FM-Fachkräfte für ihr regionales/kommunales Zuständigkeitsgebiet – anknüpfend an bestehende Kontakte – einen vertieften Überblick vor allem zu weiteren fallbezogenen Kooperationspartnern verschafft und dazu u.a. Netzwerklisten erstellt. Auch die in den vier Modellregionen vereinzelt durchgeführten Netzwerktreffen haben zu einer besseren Kenntnis der vor Ort/in der Region tätigen (potenziellen) Netzwerkpartner beigetragen.
- ▶ Wie Befunde der Evaluation zeigen, verfügten die FM-Fachkräfte in der Anfangsphase des KiT-Projekts trägerübergreifend erwartungsgemäß meist über langjährige Kooperationsbeziehungen zu Rehabilitationskliniken, Berufsförderungswerken, freien Bildungsträgern, Beruflichen Trainingszentren, Inklusions- bzw. Integrationsämtern sowie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Im Verlauf des Modellprojekts konnte mit Blick auf die konkrete Umsetzung des Fallmanagements für Versicherte mit komplexen Hilfe- und Teilhabebedarfen vor allem die fallbezogene Zusammenarbeit – allerdings zwischen den FM-Fachkräften der Rentenversicherungsträger unterschiedlich ausgeprägt – mit Jobcentern, Sucht- und Schuldnerberatungsstellen sowie anderen Angeboten der psychosozialen Versorgung entweder neu aufgebaut oder vertieft werden. Gleichwohl herrschte bei einem Teil der FM-Fachkräfte noch eine stark auf herkömmliche LTA-Leistungen fokussierte Sichtweise bei der fallbezogenen Zusammenarbeit mit anderen Akteuren vor.
- ▶ Im Rahmen fallbezogener Netzwerkarbeit wies nahezu die Hälfte der befragten FM-Fachkräfte bei bis zu einem Drittel ihrer Fälle darauf hin, auch enger mit Arbeitgebern zu kooperieren. Rd. ein Drittel gab an, bei ein bis zwei Drittel ihrer Fälle mit Arbeitgebern zusammenzuarbeiten. Aus Sicht fast aller befragten FM-Fachkräfte wurde die fallbezogene Kooperation mit den Arbeitgebern als zielführend und positiv beurteilt. Als förderliche Faktoren für diese Einschätzung wurden in erster Linie persönliche Gespräche mit den Arbeitgebern und die von den Rentenversicherungsträgern bereitgestellten Leistungen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung der Versicherten genannt.
- ▶ Umfänglichere fallbezogene Kooperationsbeziehungen zu anderen Rehabilitationsträgern – wie durch das SGB IX im Rahmen der Teilhabeplanung gewünscht – bestehen auf Basis der Befragungsergebnisse der FM-Fachkräfte in erster Linie zur Bundesagentur für Arbeit. In Bezug auf die Träger der Eingliederungshilfe, die Gesetzlichen Krankenkassen und die Unfallkassen konnte im Rahmen von KiT nur eine eher geringe bzw. punktuelle Zusammenarbeit beobachtet werden, die allerdings im Projektverlauf geringfügig ausgebaut wurde. Als wesentliche Hemmnisse für die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern verwiesen die FM-Fachkräfte vor allem auf ungelöste Fragen des Datenschutzes, auf Probleme des EDV-gestützten Datenaustausches sowie auf unklare Zuständigkeiten (auf persönlicher bzw. organisationaler Ebene) zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern. Vor diesem Hintergrund war es wenig überraschend, dass im Rahmen von KiT nur in einer geringen Zahl von Fällen eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit im Sinne des SGB IX zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern stattgefunden hat.
- ▶ Trägerübergreifend kann auf Basis der Evaluationsergebnisse zudem konstatiert werden, dass es den Rentenversicherungsträgern bisher nur sehr punktuell gelungen ist, sich auf regionaler bzw. kommunaler Ebene an fallunabhängigen Netzwerken (wie Gesundheitskonferenzen, Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften oder vergleichbaren Gremien) zu beteiligen bzw. diese für eine Weiterentwicklung einer leistungsanbieter- und leistungsträgerübergreifenden Kooperation zu nutzen.
- ▶ Ein großes Verdienst des KiT-Modellprojekts besteht gleichwohl darin, dass bei den am Projekt beteiligten Rentenversicherungsträgern ein (stärkeres) Bewusstsein dafür ent-

standen ist, dass die fallbezogene und fallübergreifende Netzwerkarbeit über die bereits bestehenden Kontakte zu langjährigen Kooperationspartnern ausgedehnt werden muss und eigene Initiativen erfordert. Die in den vier Modellregionen dazu durchgeführten Netzwerktreffen wurden in dieser Hinsicht als erste wichtige Schritte wahrgenommen.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Evaluationsbefunde ergeben sich für die Deutschen Rentenversicherungsträger bezogen auf die fallbezogene und fallunabhängige Netzwerkbildung folgende Weiterentwicklungsbedarfe:

- ▶ Auf Seiten der Rentenversicherungsträger muss der grundsätzliche Wille vorhanden sein, gemeinsam mit anderen Organisationen Netzwerkstrukturen zu entwickeln. Zugleich muss die Bereitschaft bestehen, Strukturen, Prozesse und Aufgaben der eigenen Organisation mit Blick auf die Netzwerkbildung generell und die Erwartungen der Netzwerkpartner zu hinterfragen sowie zielführend anzupassen. Ziel sollte es dabei sein, die Netzwerkbildung als Handlungsansatz in der Organisationskultur der Rentenversicherungsträger zu verankern und zum integralen Bestandteil des Arbeitsalltags der Führungskräfte und der FM-Fachkräfte zu machen.
- ▶ Führungskräfte (Top down) und operativ tätige FM-Fachkräfte (Bottom up) sollten über das Know-how und ausreichende zeitliche Ressourcen für die Schaffung und Weiterentwicklung von Netzwerken verfügen. Dabei sollte eindeutig festgelegt werden, dass die FM-Fachkräfte vorrangig für die fallbezogene und die Führungskräfte für die fallunabhängige Netzwerkbildung zuständig sind. Insbesondere Führungskräfte sollten für sich Zeitkontingente für die Netzwerkbildung einplanen und den Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu relevanten Netzwerkpartnern in Dienstbesprechungen regelmäßig mit den FM-Fachkräften besprechen.
- ▶ Wie die Evaluationsergebnisse zeigen, arbeiten die Reha-fachberatenden bzw. FM-Fachkräfte der Rentenversicherungsträger auch jetzt schon mit einer Vielzahl unterschiedlicher Organisationen, Institutionen und Personen fallbezogen zusammen. Zur Intensivierung der fallbezogenen Netzwerkbildung sollten deshalb organisatorische und personelle Maßnahmen in Angriff genommen werden, um neue Kooperationspartner zu gewinnen. Dabei könnte sich die Gewinnung relevanter Netzwerkpartner für das Fallmanagement beispielhaft an folgenden Fragestellungen orientieren:
 - ▶ Welche Akteure sollten aufgrund gesetzlicher und politischer Vorgaben in die fallbezogene Zusammenarbeit einbezogen werden?
 - ▶ Welche Akteure sind – gemessen an den (komplexen) Unterstützungsbedarfen der Versicherten – für das fallbezogene Netzwerk (zwingend) erforderlich?
 - ▶ Welche Akteure bringen ein besonderes Leistungsspektrum mit, das für eine fallbezogene Zusammenarbeit besonders wichtig ist?
 - ▶ Welche Akteure haben bereits Interesse signalisiert, fallbezogen mit dem Fallmanagement zu kooperieren?
 - ▶ Mit welchen Akteuren bestehen bereits aus den vergangenen Jahren positive Kooperationserfahrungen?

Parallel dazu sollte recherchiert werden, ob in den regionalen Zuständigkeitsbereichen der Rentenversicherungsträger bereits fallbezogene Netzwerke bestehen, die mit Blick auf die Umsetzung von Fallmanagement von den FM-Fachkräften genutzt werden können. Dabei handelt es sich um unterschiedliche Formate von Fall- oder Hilfeplankonferenzen sowie Informations-, Austausch- und Fachgremien wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften – PSAG, Kommunale Gesundheitskonferenzen, in denen je nach Zielgruppe und Region/Kommune unterschiedliche Akteure – u. a. (teil-)stationäre und ambulante Leistungserbringer, Beschäftigte kommunaler Ämter, Vertretungen Betroffener und Selbsthilfe – repräsentiert sind.

- ▶ Die fallunabhängige Vernetzung mit Leistungserbringern betrifft in erster Linie häufig auftretende Teilhabe- und Unterstützungsbedarfe sowie häufig nachgefragte Leistungsgruppen. Bei der Auswahl und Zusammensetzung dieser Netzwerkvariante ist neben der fachlichen Kompetenz auch darauf zu achten, dass die Partner personelle Ressourcen für die Qualitätssicherung und die erfahrungs-basierte Weiterentwicklung des Netzwerkes einbringen können. Bei Leistungserbringern, mit denen im Rahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation enger zusammengearbeitet wird, kann die bestehende Leistungsvereinbarung um Leistungen, die ggf. spezifisch für das Fallmanagement erbracht werden, erweitert werden.
- ▶ Je nach Zielgruppe des Fallmanagements können von den Rentenversicherungsträgern aufgrund von Erfahrungen der wissenschaftlichen Begleitung aus anderen Untersuchungen und Projekten beispielhaft u.a. folgende Gremien, Arbeitsgemeinschaften oder Arbeitskreise generell für eine fallunabhängige Netzwerkarbeit genutzt werden, die sich meist sowohl an Rehabilitations- bzw. Leistungsträger als auch an Leistungserbringer richten:

- sogenannte Regionale Planungskonferenzen/Regional-konferenzen (ggf. für unterschiedliche Zielgruppen zu-ständig),
 - Kommunale Gesundheitskonferenzen und/oder Arbeits-gruppen (ggf. für unterschiedliche Zielgruppen zustän-dig),
 - Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften/Gemeindepsy-chiatrische Verbünde (insbesondere für die Zielgruppe psychisch und/oder suchtkranker Menschen i.d.R. zu-ständig),
 - Arbeitsgemeinschaften/Arbeitskreise zu unterschiedli-chen Zielgruppen wie suchtkranke, wohnungslose und arbeitslose Menschen.
- Eine erfolgreiche Netzwerkarbeit mit anderen Rehabilitati-ons- bzw. Leistungsträgern setzt voraus, dass die beteilig-ten Träger im Sinne des Gesamtinteresses der sozialen Si-cherung und des gesetzlichen Auftrages zur Sicherstellung der Teilhabe zusammenarbeiten. Nach § 39 SGB IX können unter den Rehabilitationsträgern im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB IX Absprachen zu einer trägerübergreifenden Zusam-menarbeit geschlossen werden. Um deren operative Um-setzung zu gewährleisten, sollten diese auf regionaler/kom-munaler Ebene durch entsprechende (schriftliche) Verein-barungen konkretisiert werden.

Insgesamt hat das Modellprojekt KiT gezeigt, dass auch für die Rentenversicherungsträger das Fallmanagement und die damit verbundene fallbezogene und fallübergreifende Netz-werkbildung einen zielführenden und erfolgreichen Hand-lungsansatz darstellt. Dieser lässt sich jedoch nicht von heute auf morgen in der Praxis umsetzen, sondern erfordert bei den umsetzenden Rentenversicherungsträgern vor allem eine da-rauf ausgerichtete Anpassung personeller und organisations-interner Strukturen und Prozesse sowie der Führungs- und Or-ganisationskultur.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020): Re-habilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm rehapro Erster Förderaufruf.

CDU, CSU, SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, <https://archiv.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (letzter Abruf: 6. Oktober 2025).

DeGEval – Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2016): Standards für Evaluation: – Langfassung –, <https://www.degeval.org/degeval-standards/> (letzter Abruf: 6. Oktober 2025).

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA): Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung (Sozialmedizin und Re-habilitation).

Drescher, Susanne (2020): Die Arbeit der Reha-Träger an unterschiedlichen Schnittstellenkonstellationen, in: Dis-kussionsforum Reha- und Teilhaberecht, Fachbeitrag D8-2020, https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2020/D8-2020_Schnittstellen_in_der_Reha.pdf (letzter Abruf: 6. Oktober 2025).

Egen, Christoph/Beyer, Joachim (2022): Rehabilitative Ver-sorgungslücken in Deutschland: Eine kritische Bestandsauf-nahme für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Renten-versicherung, *das Krankenhaus*, 114(9), S. 761–770.

Egen, Christoph/Busche, Thilo/Bethge, Matthias/Bassler, Mar-kus/Gutenbrunner, Christoph (2024): Ist das Konstrukt der Rehabilitationsfähigkeit in seiner Anwendung durch DRV und GKV ausgrenzend? Ein Diskussionsbeitrag, *Rehabilitation*, 63(2), S. 74–77, <https://doi.org/10.1055/a-2263-2627>.

Löcherbach, Peter (2020): Case Management als Netzwerk-management, in: Löcherbach, Peter/Wendt, Wolf Rainer: Care- und Case-Management. Transprofessionelle Strukturen und Netzwerke in der gesundheitlichen Versorgung, Stuttgart.

Mayring, Philipp (2017): Evidenztriangulation in der Gesund-heitsforschung, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozial-psychologie (KZfSS)*, 69(S2), 415–434, <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0464-z>.

Andrea Riecken, Anne Lohmann, Lara-Lee Terkowski

Wirkungskontrolle in der Bedarfsermittlung

Wie verbessern die Selbsteinschätzungsbögen des WIM-EGH (Wirkungsmessung in der Eingliederungshilfe) die Beteiligung von Menschen mit Behinderung?

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) stärkt die Beteiligungsrechte von Menschen mit Behinderung am verbindlichen Gesamt-/Teilhabeplanverfahren, die in eine Wirkungskontrolle münden. Eingliederungshilfeträger müssen ihnen deshalb mehr Selbstbestimmung, Mitsprache und aktive – sowie auch digitale – Beteiligung ermöglichen und sie bei der Erfüllung ihrer Mitwirkungspflicht unterstützen. Die Selbsteinschätzungsbögen des WIM-EGH für Menschen mit Behinderung zur Vorbereitung auf die Bedarfsermittlung setzen diese Vorgaben um und stützen datenbasiert den wirkungsorientierten und partizipativen Dialog.

1. Ausgangslage und Rückschlüsse

1.1 Beteiligungsprozesse als Black-Box

Das wissenschaftlich abgesicherte Wissen zu Beteiligungsprozessen im Gesamt-/Teilhabeplanverfahren ist gering (Witzmann et al. 2023; Ramausek-Haß et al. 2025). Auch sind Fragen nach der Qualität der Wirkungskontrolle im Zusammenhang mit Beteiligungsrechten ungeklärt, da alle Bedarfsermittlungsinstrumente aktuell nicht die methodischen Voraussetzungen für die Wirkungsmessung im Einzelfall erfüllen (Riecken et al. 2024). Haberl und Mennemann (2024) zeigen zudem, dass „trotz der vollständigen Ausfüllung des Bedarfsermittlungsinstruments, das an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert ist, die persönliche Sicht des Leistungsberechtigten so gut wie gar nicht vorkommt“ (S. 139). Dieses Ergebnis lässt auf Passungsprobleme zwischen der ICF-Klassifikation, ihrer Umsetzung in Bedarfsermittlungsinstrumenten und der persönlichen Sicht von Menschen mit Behinderung schließen. Demzufolge besteht ein wesentlicher Schritt zur Beteiligung von Menschen mit Behinderung bei der Bedarfsermittlung und Wirkungskontrolle darin, diese Passung zu verbessern.



Prof. Dr. Andrea Riecken

ist Professorin für Soziale Arbeit, insbesondere im Kontext von Abhängigkeiten und Psychiatrie an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück.



Prof. Dr. Anne Lohmann

ist Professorin für Methoden empirischer Sozialforschung an der FH Münster, Fachbereich Sozialwesen.



Lara-Lee Terkowski,

Sozialarbeiterin M.A., ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Soziale Arbeit an der Hochschule Osnabrück.

Daraus lässt sich ein Anspruch auf eine ICF-geleitete Form der Beteiligung ableiten, zumal Fachkräfte gesetzlich verpflichtet sind, orientiert am biopsychosozialen Modell der ICF zu sprechen, zu denken und zu dokumentieren (§ 117 i.V.m. § 118 SGB IX). Ferner darf sich die Beteiligung von Menschen mit Be-

hinderung nicht auf Gesprächssituationen beschränken. Denn im Rahmen der Digitalisierung von Verwaltungen müssen für eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe Möglichkeiten der digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung im Gesamt-/Teilhabeplanverfahren geschaffen werden. Die damit einhergehenden Herausforderungen werden im Folgenden skizziert und mit der Entwicklung der Selbsteinschätzungsbögen des WIM-EGH verbunden:

(1) Die neuen Beteiligungsrechte nach dem SGB IX setzen voraus, dass Menschen mit Behinderung auskunftsbefähigt werden, in einer personenzentrierten Bedarfsermittlung, die in eine Wirkungskontrolle mündet (§§ 19, 20, 121 SGB IX), ihre Wünsche, subjektiven Bedürfnisse und Teilhabeprobleme vollumfänglich mitteilen zu können. Deshalb stehen Leistungsträger – insbesondere in der Eingliederungshilfe – in der Verantwortung, die gesamte Teilhabesituation zu ermitteln. Ein selektives Vorgehen, bei dem bspw. nur das vom Menschen mit Behinderung „Gesagte“ als bedarfsrelevant anerkannt und nicht darüber hinaus nachgefragt wird, ist unzulässig, denn nach § 104 SGB IX ist den Besonderheiten des Einzelfalls im gesamten Verfahren Rechnung zu tragen. Das Erschließen einer individuellen Lebenslage erfordert die Gesamtbetrachtung der persönlichen Verhältnisse und des Umfelds. Gemäß dem Gesamt-/Teilhabeplan ist das Erfassen der gesamten Teilhabesituation zudem verpflichtend, weil Leistungen auch über die Leistungen der Eingliederungshilfe hinausgehen können. Auch die Frage nach aktivierbaren und verfügbaren Selbsthilferessourcen (§ 121 Abs. 4 Nr. 3 SGB IX) erfordert die Gesamtbetrachtung aller Kontextfaktoren der ICF.

„Das Erschließen einer individuellen Lebenslage erfordert die Gesamtbetrachtung der persönlichen Verhältnisse und des Umfelds.“

(2) Für die Bewertung der Umsetzung von Beteiligungsrechten sind Qualitätskriterien erforderlich, die sowohl für die Bedarfsermittlung als auch für die Wirkungskontrolle gelten müssen. Aus fachlicher und rechtlicher Perspektive liegt eine hohe Beteiligungsqualität vor, wenn das Verfahren a) personenzentriert ist, b) die Selbstbestimmung fördert und c) die subjektiven Bedürfnisse, Wünsche und Teilhabeprobleme präzise und umfassend, also auf die gesamte Teilhabesituation hin ausgerichtet auf der Grundlage der ICF ermittelt werden. Insbesondere die Wirkungskontrolle verlangt die Berücksichtigung der gesamten Teilhabesituation und des Gesamtbedarfs. Dahinter liegt das Verständnis, dass die gesamte Teilhabesituation mehr enthält als die vereinbarten Teilhabeziele, dass sich

Leistungen immer am Gesamtbedarf bemessen müssen und dass sich Wirkung auch neben den vereinbarten Teilhabezielen als nicht intendierte Wirkung in anderen Bereichen entfalten kann.

(3) Ein beteiligungsorientiertes Vorgehen in der Bedarfsermittlung und Wirkungskontrolle setzt die konsistente Anwendung der ICF-Klassifikation und ihres Modells voraus (Riecken/Lohmann 2024). Aufgrund ungleicher Wissensvoraussetzungen ist die praktische Umsetzung allerdings erschwert. Die wenigsten Menschen mit Behinderung kennen aufgrund der Komplexität der ICF die Lebensbereiche und Umweltfaktoren so gut, als dass sie dazu selbstständig und vollständig Auskunft geben könnten. Diesen Wissensmangel können auch Personen des Vertrauens, die in der Regel fachfremd sind, nicht ausgleichen. Damit ein solches Wissensgefälle zwischen Fachkräften und Menschen mit Behinderung nicht dazu führt, dass ein unvollständiges Bild von Aktivitäten- und Teilhabeproblemen entsteht, müssen Menschen mit Behinderung in die Lage versetzt werden, die ICF für sich zu erschließen. Das gibt ihnen nicht nur die Möglichkeit, in ihrer Kommunikation anschlussfähig an die Erfordernisse der Bedarfsermittlung und der Wirkungskontrolle zu werden, sondern es empowert sie, ihre Rolle als leistungsbeantragende oder -berechtigte Person aktiv wahrzunehmen.

1.2 Basisbeteiligung über Selbsteinschätzungsbögen

Die Analyse der Beteiligungsmöglichkeiten, die überörtliche Träger in den letzten Jahren entwickelt haben, zeigt ein heterogenes Bild und verdeutlicht die unübersichtliche Situation in Deutschland. Die Materialien reichen von Orientierungslinien zur Veranschaulichung des Prozessablaufs über die Bedarfsermittlung vorgelagerte Vorbereitungsbögen für Menschen mit Behinderung bis hin zu Erklärvideos. Diese grundsätzlich positiv zu bewertenden Ansätze sind vor allem mit Blick auf die Vorbereitungsbögen aus drei Gründen nicht ausreichend: 1. Die Verwertbarkeit der Informationen über den Start der Bedarfsermittlung hinaus ist wegen fehlender, sporadischer oder unsystematischer Bezüge zu den ICF-Merkmalen der Lebensbereiche und der Umweltfaktoren nicht gegeben. 2. Bereits im Vorfeld der Bedarfsermittlung erfolgt eine selektive und rechtlich nicht begründbare Einengung auf wenige Themenfelder wie bspw. Arbeit, Wohnen und Freizeit. 3. Da die persönliche Sicht über viele offene, mehrdeutige und inhaltsvariiierende Fragen in Freitextfeldern verschriftlicht werden muss, entsteht eine hohe Mitteilungshürde bei gleichzeitig geringem Präzisionsgrad.

„Die Analyse der Beteiligungsmöglichkeiten (...) zeigt ein heterogenes Bild und verdeutlicht die unübersichtliche Situation in Deutschland.“

Um die Vorbereitung auf die Bedarfsermittlung und Wirkungskontrolle beteiligungsorientierter, rechtskonformer, digitaler und datenbasierter zu gestalten, erhalten Menschen mit Behinderung über die Selbsteinschätzungsbögen des WIM-EGH Leitfäden an die Hand (nach Wunsch in Papier- oder digitaler Form), die sie befähigen, ihre Anliegen gegenüber dem Leistungsträger selbstständig, klar, systematisch, vollständig, teilhabeorientiert und bezogen auf Teilhabevoraussetzungen sowie ICF-Merkmale der Lebensbereiche und Umweltfaktoren zu äußern. Sie werden dadurch in ihrer Kommunikation direkt anschlussfähig an die Bedarfsermittlungserfordernisse nach § 118 SGB IX. Dies gilt sowohl für das Bedarfsermittlungsgespräch als auch für den wirkungsorientierten und partizipativen Dialog bei der klärenden Fortschreibung im Rahmen des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens. Auch bieten die Selbsteinschätzungsbögen des WIM-EGH in Abgrenzung zu den Vorbereitungsbögen der überörtlichen Träger einen neuen methodischen Zugriff, da die Quantifizierung und Datengenerierung von Informationen bereits mit der Vorbereitung beginnt (Riecken/Lohmann 2024, 349). Ferner erweitern die Bögen den Kanon von ICF-orientierten Screening-Instrumenten – die zu meist in der medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden (Buchholz et al. 2016) – durch ihre Ausrichtung an den Erfordernissen und Fragestellungen der Eingliederungshilfe.

2. Methodisches Vorgehen

Die unter Abschnitt 3 vorzustellenden Selbsteinschätzungsbögen A1 Teilhabe, A2 Lebensbereiche und A3 Umwelt sind wesentlicher Bestandteil eines größeren Projektvorhabens und Modells des Fachdienst Soziales des Landkreises Osnabrück, das die Entwicklung eines Instruments für die Bedarfsermittlung und Wirkungskontrolle im Gesamt-/Teilhabeplanverfahren (WIM-EGH) zum Ziel hat. Der WIM-EGH wurde für die Personengruppe „Erwachsene mit seelischer Behinderung“ entwickelt. Die Selbsteinschätzungsbögen gehören neben den Bögen A4 Gesundheit und A5 Person zu den Vorerhebungsbögen, deren Informationen direkt in die Haupterhebungsbögen (B Bedarf, C Teilhabeziele, D Leistungen zur Teilhabe, E Gesamt-/Teilhabeplan, F Bericht, G Qualität) hineintransferiert und weiterverarbeitet werden. Dieses Vorgehen gewährleistet von Beginn an eine qualitätsvolle Ermittlung der Gesamtsituation bei gleichzeitiger Gewährleistung einer hohen Beteiligung von Menschen mit Behinderung. Unabhängig vom WIM-EGH oder von den bestehenden Systemen in den Bundeslän-

dern können die Selbsteinschätzungsbögen A1, A2 und A3 als Vorbereitungsmaterialien für die Bedarfsermittlung sowie den wirkungsorientierten und partizipativen Dialog von Fachkräften, Menschen mit Behinderung und allen Interessierten (z.B. Personen des Vertrauens, An-/Zugehörigen, Beratungsstellen) genutzt werden. Unter folgendem Link können die Materialien kostenlos heruntergeladen werden: <http://www.riegelos.de/fragebogen>.

Für die Entwicklung der Selbsteinschätzungsbögen wurden Forschungsdiskurse analysiert, Bedarfsermittlungsinstrumente und Vorbereitungsmaterialien der Bundesländer in einer Ist-Stand-Analyse ausgewertet, Gespräche mit Fachkräften beim Landkreis Osnabrück geführt, Leistungserbringer und Menschen mit Behinderung bei der Entwicklung von Testversionen eingebunden, Rückmeldungen zum WIM-EGH auf Fachtagungen eingeholt (Leistungsträger, Leistungserbringer, Betroffenenverbände) und eine Beurteilung der Selbsteinschätzungsbögen durch die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) Lebenshilfe Osnabrück e.V. initiiert. Außerdem wurde mit Leistungserbringern in Niedersachsen über ihre Erfahrungswerte mit dem Berichtswesen gesprochen. Ferner bestand ein Austausch mit Politik, Verwaltung und Interessenverbänden (z.B. Sozialausschuss, Behindertenbeirat) im Landkreis Osnabrück. Auch wurden die Entwicklungen des WIM-EGH in Form von Publikationen, Tagungen und Fachgesprächen einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt.

„Die Selbsteinschätzungsbögen sichern die Transparenz des Verfahrens und stärken die Position von Menschen mit Behinderung.“

Allen Selbsteinschätzungsbögen liegt ein methodischer und fachlicher Konstruktionsplan zugrunde. Beispielsweise wurden für die Bögen A2 und A3 die Merkmale der Komponenten Aktivitäten (384 Merkmale) und Umweltfaktoren (254 Merkmale) ohne Inhaltsverluste verdichtet, wodurch eine Mengenreduktion von ungefähr 80 % erreicht werden konnte. Daraufhin wurden die Inhalte in kurze und allgemeinverständliche Sätze transformiert, wodurch den in der Fachliteratur beschriebenen Anwendungsproblemen begegnet werden konnte (Lütt-ringhaus/Donath 2019, Schuntermann 2022). Über die den Lebensbereichen oder den Umweltfaktoren zugeordneten Sätze lernen Menschen mit Behinderung beide Komponenten kennen und können sich deren Inhalte selbstständig oder mit Personen, die sie unterstützen möchten, erschließen. Da die Bögen durch das digitalisierte System des WIM-EGH direkt abgebildet werden, realisieren sich damit wesentliche Voraussetzungen für die Wirkungskontrolle. Durch den wiederholten

Einsatz der Bögen bei der Fortschreibung werden Verlaufsanalysen möglich.

Jeder Bogen wird mit einer kleinen Einführung eingeleitet. Dort wird erklärt, wie der Bogen auszufüllen ist. Darüber hinaus werden Zweck und Aufbau des Bogens erläutert und explizit der Hinweis gegeben, dass der Bogen auch mit Unterstützung ausgefüllt werden kann. Unterstützen können bspw. Personen des Vertrauens, Zu-/Angehörige, befreundete und benachbarte Personen, Personensorgeberechtigte, Ansprechpersonen in EUTBs, in Sozialpsychiatrischen Diensten oder in anderen Beratungsstellen. Auch erhalten Menschen mit Behinderung ausreichend Vorbereitungszeit, und das Ausfüllen der Bögen kann im vertrauten Umfeld erfolgen. Dadurch besteht die Möglichkeit, die Bögen in Etappen und mit Unterbrechungen auszufüllen. Es besteht keine Verpflichtung zum Ausfüllen der Bögen, da dieser Prozess im Gespräch mit dem Leistungsträger nachgeholt werden kann.

Die Selbsteinschätzungsbögen sichern die Transparenz des Verfahrens und stärken die Position von Menschen mit Behinderung, weil ihre Einschätzungen vollständig erhalten bleiben und nicht von den fallführenden Fachkräften überschrieben werden können. Sollte es im Verlauf der Bedarfsermittlung zu abweichenden Einschätzungen kommen, stehen Selbst- und Fremdeinschätzungen nebeneinander. Das macht unterschiedliche Bewertungen für alle Seiten transparent, nachvollziehbar und führt selbsterklärend in eine reflexive Beschäftigung mit Selbst- und Fremdeinschätzungen auf beiden Seiten. Das digitale System des WIM-EGH verschaltet zudem alle Bögen (A-G) miteinander. Dieser Bauplan garan-

tiert, dass die Informationen aus den Selbsteinschätzungsbögen von den Fachkräften sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei den Teilhabeziel- und Leistungsvereinbarungen und bei der Erstellung des Gesamt-/Teilhabeplans durchgängig berücksichtigt werden. Die Voraussetzung für dieses Vorgehen liefert ein eigens entwickeltes Kodierungssystem.

Es ist beabsichtigt, dass der Einstieg in die Bedarfsermittlung im Landkreis Osnabrück über die Selbsteinschätzungsbögen erfolgt. Deshalb werden die entsprechenden Unterlagen mit dem Antrag (Bogen A1 Teilhabe) und der Einladung zum Gespräch (Bögen A2 Lebensbereiche und A3 Umwelt) per Post oder als Link vom Eingliederungshilfeträger versendet. Der Zugang zur digitalen Version ist auch über mobile Endgeräte möglich. Bei der Fortschreibung werden die Bögen erneut eingesetzt, so entsteht ein Wiedererkennungswert und eine Grundlage für die Wirkungskontrolle. Menschen mit Behinderung gewinnen dadurch an Sicherheit, weil sie Inhalte und Ablauf kennen. Dadurch, dass alle Fachkräfte mit den Bögen arbeiten, entsteht trotz unterschiedlicher Wissensstände und fachlicher Meinungen ein einheitliches Vorgehen.

3. Entwicklungsergebnisse

3.1 A1 Teilhabe

Der Selbsteinschätzungsbogen A1 eröffnet Menschen mit Behinderung eine erste Beschäftigung mit der erlebten Teilhabesituation (siehe Abb. 1). Diese Selbstvergewisserung hilft ihnen bei ihrem Erstantrag auf Eingliederungshilfe, und Eingliederungshilfe.

Selbstständigkeit

In diesem Bereich geht es um ...

- ... Ihre Gesunderhaltung:**
Achten Sie auf Ihre Gesundheit durch Körperpflege, Medikamenteneinnahme, maßvollen Suchtmittelgebrauch, ausgewogene Ernährung und Bewegung? Können Sie Ihre Gefühle gut steuern?
- ... Ihre Selbstversorgung:**
Gelingt es Ihnen, im Alltag mit Geld umzugehen, die Wohnung sauber und begehbar zu halten, Einkäufe zu erledigen, Mahlzeiten vorzubereiten und regelmäßig zu trinken? Können Sie für Personen oder Tiere im Haushalt sorgen?
- ... Ihre selbständige Lebensführung und Selbstorganisation:**
Wie gut schaffen Sie es, sich fortzubewegen, Ihren Tag zu planen, sich selbst zu organisieren, Verpflichtungen nachzukommen, Ihre Hobbys auszuüben, Verantwortung zu übernehmen und Stress zu bewältigen? Können Sie Ihre Fähigkeiten für Ihre Lebensführung gut nutzen (Alltag, Arbeit, Schule, Studium)?

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Situation?

☐ Ich bin zufrieden.

☒ Ich bin unzufrieden, weil ...

Ich bin unzufrieden, weil ...

← Zurück Weiter →

Abb. 1: Beispiel Bereich „Selbstständigkeit“ im Selbsteinschätzungsbogen A1 Teilhabe

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Hinweis: Bitte treffen Sie bei jeder Aussage eine Einschätzung

Durch die Eingliederungshilfe möchte ichmeine Fähigkeit verbessern	...meine Fähigkeit erhalten	Unwichtig / betrifft mich nicht
... stärker Aufgaben übernehmen (Einzel- und Mehrfachaufgaben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
... mehr Alltagsroutinen aufbauen (Tagesplan)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... lernen, Dinge, die ich mir vorgenommen habe, auch umzusetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
... verantwortlicher handeln lernen (in Situation, bei Anforderungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
... lernen, Aufgaben trotz Stress und Druck zu erfüllen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
... in Krisensituationen handlungsfähiger werden	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	1	3

Was ich noch ergänzen möchte:

← Zurück → Weiter

Abb. 2: Beispiel Lebensbereich 2 im Selbsteinschätzungsbogen A2 Lebensbereiche

rungshilfeträger können über die Angaben leichter identifizieren, wo sie mit Leistungen ansetzen müssen, d.h. sie können eine Zuordnung zu Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX vornehmen. Der Bogen beleuchtet zunächst die Hinderungsgründe, die einer erfolgreichen Teilhabe im Weg stehen, über die Bereiche Materielle Situation, Umgebung, Soziale Kontakte, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Leistungen. Jeder dieser Bereiche wird über drei Ankermerkmale verständlich erklärt, sodass sich Menschen mit Behinderung ein Bild davon machen können und verstehen, worum es inhaltlich geht. Die Zufriedenheitsfrage „Sind Sie zufrieden mit Ihrer Situation?“ ist immer mit einem der sechs Bereiche verbunden, dadurch ist sie hinreichend präzisiert und für Menschen mit Behinderung leicht zu beantworten. Es gibt die Antwortoptionen „Ich bin zufrieden“ und „Ich bin unzufrieden, weil ...“. Im Freitextfeld können Menschen mit Behinderung ihre Unzufriedenheit in Bezug auf den jeweiligen Bereich beschreiben. Die genannten Teilhabeprobleme werden von der Fachkraft im Bedarfsermittlungsgespräch direkt aufgegriffen und weiterverarbeitet, bspw. indem Menschen mit Behinderung gefragt werden, wo die Probleme auftreten.

3.2 A2 Lebensbereiche

Der Selbsteinschätzungsbogen A2 bietet Menschen mit Behinderung mit der Eingangsformulierung „Durch die Eingliederungshilfe möchte ich ...“ über die Ich-Formulierung eine eigenverantwortliche, selbstbestimmte, identitätsbildende und auf die aktive Mitwirkung ausgerichtete Vorbereitung auf die Bedarfsermittlung (siehe Abb. 2). Sie können zwischen den Antwortkategorien „meine Fähigkeit verbessern“, „meine Fähigkeit erhalten“ und „Unwichtig/betrifft mich nicht“ wählen. Die Antwortalternative „meine Fähigkeit erhalten“ entlastet Menschen mit Behinderung, weil das Stabilisieren einer Fä-

higkeit als fähigkeitsbezogenes Teilziel eines Teilhabeziels anerkannt wird (§ 4 SGB IX). Die fähigkeitsorientierte Fragestellung des Bogens A2 leitet Menschen mit Behinderung zu einer Selbstvergewisserung über ihre Wünsche. Dieses geleitete Vorgehen löst offen formulierte Wunsch- oder Wunderfragen ab (Was wünschen Sie sich? Stellen Sie sich vor, Sie wachen morgen auf ...), weil diese zur Ermittlung von Teilhabezielen in der Bedarfsermittlung ungeeignet sind. Sie können in schädlicher Weise falsche Erwartungen, Überforderungsgefühle oder ein Invalidierungserleben auslösen.

3.3 A3 Umwelt

Über den Selbsteinschätzungsbogen A3 befassen sich Menschen mit Behinderung auf der Grundlage der ICF mit Umweltfaktoren (siehe Abb. 3). Durch die Eingangsformulierung „Mit meinen Lebensbedingungen bin ich zufrieden, denn ...“ beschäftigen sich Menschen mit Behinderung aktiv und selbstbestimmt mit ihren umweltbedingten Ressourcen. Sie können zwischen den Antwortkategorien „Ja, stimmt“, „Nein, stimmt nicht“ und „Kann ich nicht sagen/betrifft mich nicht“ wählen. Die ressourcenorientierte Fragestellung sensibilisiert Menschen mit Behinderung dafür, dass Umweltfaktoren in der Bedarfsermittlung als umweltbezogenes Teilziel eines Teilhabeziels relevant werden können. Das ist bspw. dann der Fall, wenn vorhandene Ressourcen zur Erreichung eines Teilhabeziels aktiviert oder zum Erhalt von Teilhabe stabilisiert werden sollen. Umgekehrt sind Ressourcen aufzubauen, wenn sie fehlen, oder aber Hemmnisse abzubauen, die sich aufgrund fehlender Ressourcen der Umwelt ergeben. Der Bogen A3 verhilft Menschen mit Behinderung deshalb zu einer guten Selbsteinschätzung bezüglich erhaltener oder fehlender Unterstützung sowie günstigen oder ungünstigen Bedingungen in ihrer Lebenswelt.

Einstellungen

Hinweis: Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob sie vollständig auf Sie zutrifft.

Mit meinen Lebensbedingungen bin ich zufrieden, denn ...	Ja, stimmt	Nein, stimmt nicht	Kann ich nicht sagen / Betrifft mich nicht
... die Menschen in meinem privaten Lebensumfeld begegnen mir positiv (Familie, Verwandte, Freunde, Nachbarn, Bekannte, Gemeindemitglieder)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich werde im Lebensbereich Schule, Ausbildung, Studium oder Arbeit wertgeschätzt und gemocht (Mitschüler/innen, Lehrer/innen, Kollegen/innen, Vorgesetzte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
... ich werde von allen Fachleuten freundlich und mit Respekt behandelt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ich erfahre gesellschaftliche Akzeptanz (Offenheit, Wertschätzung, Toleranz)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
... die Gesellschaft gibt mir die Möglichkeit, überall mitzumachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
... ich lebe in einer inklusiven Gesellschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	2	1	3

Was ich noch ergänzen möchte:

← Zurück → Weiter

Abb. 3: Beispiel Kategorie 4 im Selbsteinschätzungsbogen A3 Umwelt

4. Diskussion

Selbsteinschätzungsbögen haben eine Schlüsselstellung für die Vorbereitung auf die Gespräche beim Eingliederungshilfeträger im Rahmen der Bedarfsermittlung und der Wirkungskontrolle. Deshalb müssen Menschen mit Behinderung über solche Bögen einen an den Merkmalen der ICF orientierten Zugang zu Lebensbereichen und Umweltfaktoren erhalten. Über eine Transformation und Verdichtung der Merkmale der ICF war es möglich, die ICF in eine allgemeinverständliche und anwendungsfreundliche Form zu bringen, sodass Menschen mit Behinderung sie nutzen können. Die Selbsteinschätzungsbögen erweitern somit die bisherigen Entwicklungen in den Bundesländern und der Forschung. Im Ergebnis erlangen Menschen mit Behinderung durch die Nutzung der Bögen des WIM-EGH mehr Wissen, Beteiligung, Befähigung und Selbstbestimmung.

Auch verbessert sich ihre digitale Teilhabe, indem das Ausfüllen der Selbsteinschätzungsbögen des WIM-EGH und die Aufbereitung der Informationen für den gesamten Prozess auf neue Formen der Digitalisierung in der Eingliederungshilfe setzen. Diese schließen an die digitalisierte Lebenswelt von Menschen mit Behinderung an bzw. tragen zu deren Entwicklung bei (Bosse/Haage 2022). Digitale Teilhabe beinhaltet bspw., dass Menschen mit Behinderung die Möglichkeit erhalten, Formulare, Anträge und Vorbereitungsmaterialien wie die Selbsteinschätzungsbögen digital zu erhalten und über niederschwellige digitale Endgeräte zu bearbeiten. Das Instrument WIM-EGH leistet diese digitale Umsetzung und leitet Menschen mit Behinderung über Erklärungen durch das webbasierte System. Zudem sichert es die digitale Weiterführung der Informationen für den wirkungsorientierten Dialog.

Eine konsequente Ausrichtung der Bedarfsermittlung und Wirkungskontrolle an der ICF erfordert von Fachkräften des Eingliederungshilfeträgers spezifische Beratungskompetenzen, die es ihnen ermöglichen, Menschen mit Behinderung, die unterschiedliche gesundheitliche und soziale Voraussetzungen mitbringen, im gesamten Prozess einbinden und unterstützen zu können. Das erfordert nicht nur ICF-Kenntnisse, sondern auch Wissen über menschliche Entwicklungsprozesse, psychiatrische Diagnosen und Formen von Teilhabebeeinträchtigungen. Neben der Entwicklung und Implementierung eines Beratungs- und Unterstützungskonzeptes beim Eingliederungshilfeträger, das das personenzentrierte Teilhaberecht einlöst, bedarf es deshalb auch Angebote zur Qualifizierung und Weiterbildung für Fachkräfte, damit sie ihre Fachkompetenz stetig erweitern können. Deutlich werden diese neuen Anforderungen für Eingliederungshilfeträger in den gesetzlichen Ausführungen zur Fachkraft (§ 97 SGB IX), wo explizit auf die Durchführung der §§ 106 und 117 SGB IX (Beratung und Unterstützung, Gesamtplanverfahren) verwiesen wird.

„Im Ergebnis erlangen Menschen mit Behinderung durch die Nutzung der Bögen des WIM-EGH mehr Wissen, Beteiligung, Befähigung und Selbstbestimmung.“

Die Selbsteinschätzungsbögen des WIM-EGH sind die Basis für eine strukturierte und systematische Bedarfsermittlung und Wirkungskontrolle. Gesprächsgrundlage ist der Auftrag, der durch das Verfahren der Eingliederungshilfe vorgegeben wird.

Fachkräfte beim Eingliederungshilfeträger befinden sich deshalb nicht, wie in einer Beratungsstelle, in einer psychosozialen Beratungssituation, wenngleich das Gespräch lebensweltbezogen und sozialraumorientiert geführt werden soll (§ 118 SGB IX). Bedarfsermittlung und Wirkungskontrolle erfordern andere Vorgehensweisen bei der Gesprächsgestaltung und Dokumentation. Zusätzlich zu offenen Fragen und Freitexten müssen Informationen in einem soliden Umfang quantifiziert werden, sodass Entwicklungen bei Fortschreibungen auslesbar und interpretierbar werden. Die Selbsteinschätzungsbögen des WIM-EGH sind ein Vorreiter dieser Vorgehensweise in der Eingliederungshilfe. Sie liefern Daten für Gesamtbetrachtungen und Zielvereinbarungen zu einem Erhebungszeitpunkt sowie für Verlaufsanalysen bei Fortschreibungen und sind zugleich in einem hohen Ausmaß beteiligungsorientiert.

5. Schlussfolgerung

Die Entwicklungsergebnisse zeigen, dass die Verbesserung von Beteiligungsrechten von der Konstruktion der Selbsteinschätzungsbögen abhängen. Sind entsprechende Voraussetzungen erfüllt, dann sind sie eine Verständigungsgrundlage, mit der Menschen mit Behinderung sich Personen des Vertrauens suchen und ansprechen oder sich an Beratungsstellen wie bspw. die EUTB wenden können. Selbsteinschätzungsbögen sind sowohl ein Gewinn für das Umfeld von Menschen mit Behinderung wie auch für sie selbst. Durch die digitale Informationsverarbeitung der Selbsteinschätzungsbögen erhält zudem die Kommunikation zwischen leistungsberechtigter Person, Leistungsträger und Leistungserbringer neue Impulse. Die Erprobung der Selbsteinschätzungsbögen im Projektverlauf wird noch genauer zeigen, welchen Nutzen Menschen mit Behinderung, ihr Umfeld, Beratungsstellen, Leistungserbringer und andere Interessierte daraus ziehen.

Anhand der bisherigen Ergebnisse wird aber auch deutlich, dass

- 1) die Frage, wie Menschen mit Behinderung im Prozess der Bedarfsermittlung und im wirkungsorientierten Dialog stärker eingebunden, gefördert und beteiligt werden können, mehr Berücksichtigung bei Eingliederungshilfeträgern finden sollte,
- 2) bundesweit einheitlichere Vorgehensweisen nicht nur in der Bedarfsermittlung, sondern auch bei der Herstellung von Beteiligungsrechten notwendig sind,
- 3) eine selektive Bedarfsermittlung von Beginn an die Voraussetzungen für eine Wirkungskontrolle verletzt,
- 4) das ICF-Modell Mindestanforderungen für die Wirkungskontrolle vorgibt, weshalb eine reduktionistische Betrachtung von Einzelwerten unzulässig ist,
- 5) die Prüfung vorliegender Vorbereitungsmaterialien durch die Forschung noch aussteht,
- 6) bei der Qualifizierung und Weiterbildung von Fachkräften eine Gesprächsführung basierend auf Selbsteinschätzungsbögen mit quantifizierten Inhalten aufgenommen werden sollte und
- 7) Beratungsstellen wie bspw. die EUTBs in ihrer Rolle als Übersetzerin von Fachwissen für Menschen mit Behinderung durch Selbsteinschätzungsbögen gestärkt werden können.

Literatur

Bosse, Ingo/Haage, Anne (2022): Digitalisierung in der Behindertenhilfe, in: Nadia Kutscher et al. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung, Weinheim, S. 529–539.

Buchholz, Angela/Spies, Maren/Brütt, Anna Levke (2015): ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen – ein systematisches Review, in: Die Rehabilitation (54), 3, S. 153–159.

Haberl, Thomas/Mennemann, Hugo (2024): Entwicklung eines personenzentrierten Bedarfserhebungs- und Teilhabeplanprozesses, in: Case Management 3, S. 139–144.

Lüttringhaus, Maria/Donath, Lisa (2019): Das Fachkonzept „Sozialraum Inclusive“: Gesamtplanung und ICF als Impulsgeber für Sozialplanung und Raumentwicklung, in: Case Management (16), 3, S. 101–108.

Rambausek-Haß, Tonia/Peters, Ulrike/Wansing, Gudrun (2025): Partizipation an der „Teilhabeplanung“ im Kontext von Arbeit – Das Erleben von Menschen mit Behinderung. Beitrag D6-2025 unter www.reha-recht.de (letzter Abruf: 16. Oktober 2025).

Riecken, Andrea/Lohmann, Anne/Terkowski, Lara-Lee (2024): Bedarfsermittlungsinstrumente in der Eingliederungshilfe – Wirkungskontrolle inklusive?, in: NDV, 1, S. 10–18.

Riecken, Andrea/Lohmann, Anne (2024): Wirkungskontrolle in der Eingliederungshilfe – auf dem Weg zur Wirkungsmessung, in: NDV, 7, S. 1–7.

Schuntermann, Michael F. (2022): Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen, Landsberg am Lech.

Witzmann, Markus/Keller, Klaus/Kraus, Eva (2023) (Hrsg.): ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen, Bern.



Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Gewalt in der Pflege – Who cares?

In der gemeinsamen Beitragsreihe des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Deutschen Vereins werden Beispiele guter Praxis für den Schutz vor und die Prävention von Gewaltsituationen in der Pflege vorgestellt.

In Deutschland leben 5,7 Millionen Menschen mit Pflegebedarf. Rund vier von fünf Pflegebedürftigen wohnen weiterhin zu Hause und erhalten die pflegerische Versorgung mehrheitlich von Angehörigen und teils von ambulanten Pflegediensten. Ein Fünftel der Menschen mit Pflegebedarf lebt in Pflegeheimen. Gewalt in der Pflege gibt es sowohl in der häuslichen Pflege als auch in Pflegeheimen. Pflegende und Gepflegte können von Gewalt betroffen sein – diese aber auch selbst ausüben. Die Gründe für die Entstehung von Gewalt in der Pflege sind vielfältig, und nur selten erhalten die Betroffenen Hilfe.

Gemeinsam mit anderen Bundesministerien und den Ländern arbeitet das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend an der Umsetzung von zwei Be-

schlüssen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz zur Stärkung der Prävention von und des Schutzes vor Gewalt in der Pflege. Dazu haben wir uns mit Wissenschaft, Verbänden und Zivilgesellschaft darüber ausgetauscht, welche Maßnahmen den Gewaltschutz verbessern können.

Der Deutsche Verein knüpft 2026 mit einem eigenen Dialogformat an den begonnenen Austausch zum Gewaltschutz in der Pflege an. Diese Beitragsreihe bietet vorab eine Einführung in das Themenfeld und gibt einen Einblick in Beispiele guter Praxis der Beratung, Begleitung und Unterstützung bei Krisen und Gewalt in der Pflege.

Johanna Erlbeck

Das Netzwerk Gewaltfreie Pflege: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Schutz Pflegebedürftiger unter Leitung der Polizei Berlin

Gewalt in der Pflege kann viele Formen annehmen und richtet sich sowohl gegen pflegebedürftige als auch gegen pflegende Menschen. Im Zentrum dieses Artikels steht Gewalt an gepflegten Menschen – ein häufig unsichtbares Phänomen mit vielen Herausforderungen.

1. Hintergrund: Gewalt an Gepflegten

Der Anteil pflegebedürftiger Menschen in Deutschland nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Auch wenn das Durchschnittsalter der Berliner Bevölkerung mit knapp 43 Jahren etwas jünger als der Bundesdurchschnitt von 45 Jahren ist, so stieg die Zahl der Gepflegten in den letzten Jahren trotzdem deutlich an. Ende des Jahres 2023 erhielten fast 212.000 Berliner Personen Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, was einem Anteil von 5,6 % an der Berliner Bevölkerung entspricht (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2025). Mit Pflegebedürftigkeit gehen häufig sowohl körperliche als auch kognitive Einschränkungen einher. Im Jahr 2023 lebten deutschlandweit etwa 1,8 Millionen Menschen mit der Diagnose Demenz, in Berlin waren es geschätzt rund 66.000 Personen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft Berlin 2024). Studien zeigen, dass insbesondere Menschen mit Demenz gefährdet sind, in häuslichen Settings Gewalt oder Vernachlässigung zu erleben (Shen et al. 2025).

Gleichzeitig mangelt es in der Pflege vielerorts an ausreichend personellen, zeitlichen und materiellen Ressourcen, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Auf Seiten der professionellen Versorger spricht der Deutsche Pflegerat von einer Versorgungslücke von aktuell etwa 115.000 unbesetzten Stellen in der stationären Langzeitpflege (Deutscher Pflegerat 2024). Wie Lachs und Pillemer (2015) in ihrer Übersichtsarbeit zu Gewalt in Pflegeeinrichtungen zeigten, erhöhen Personal-mangel, Überforderung, Zeit- und Leistungsdruck sowie Mangel an Qualifikation und Schulung das Risiko für Gewalt.



Johanna Erlbeck,
M.Sc. Gesundheits- und Pflege-
wissenschaft, Landeskriminalamt
Berlin, Keithstr. 30, 10787 Berlin,
LKA12SicherePflege@polizei.
berlin.de, Tel. 030-4664 912341

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2025) definiert Gewalt an älteren Menschen als einmalige oder wiederholte Handlung oder Unterlassung einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch Schaden oder Leid entsteht. Diese Definition umfasst nicht strafbare Handlungen wie etwa respektlose Kommunikation sowie strafbare Formen wie etwa körperliche Misshandlung, Freiheitsberaubung, sexualisierte Gewalt bis hin zu Tötungsdelikten.

Eine groß angelegte Metaanalyse aus dem Jahr 2025 berichtet, dass weltweit mehr als ein Viertel (27,6 %) der älteren Menschen Gewalt erfahren (Kitaw et al. 2025). Viele dieser Menschen sind pflegebedürftig. Deutsche Studien zeigen, dass im Schnitt jede fünfte befragte Leitungsperson in stationären Pflegeeinrichtungen Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen innerhalb der letzten zwölf Monate miterlebte – ausgehend sowohl von Mitarbeitenden als auch von Angehörigen und Be-

suchenden (Eggert/Teubner 2023). Auch 40 % der pflegenden Angehörigen geben an, mindestens einmal im letzten halben Jahr gewaltsam gehandelt zu haben (Eggert et al. 2018).

Aus dem Schutzauftrag der Polizei ergibt sich eine besondere Verantwortung gegenüber vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist von einer wachsenden gesellschaftlichen Relevanz von „Gewalt an Pflegebedürftigen“ auszugehen. Daher führte das Landeskriminalamt (LKA) Berlin zu diesem Thema ein Forschungsprojekt durch, in dem sich gegen Ende der Projektlaufzeit das Netzwerk Gewaltfreie Pflege gründete. Die Entstehung, Struktur und Arbeitsweise dieses vom LKA Berlin koordinierten Netzwerks stehen im Mittelpunkt des folgenden Artikels.¹

2. Vom Forschungsprojekt bis zur Netzwerkgründung

Von Mitte 2019 bis Ende 2021 führten das LKA Berlin und die Deutsche Hochschule der Polizei in Münster das kooperative Forschungsprojekt *PaRis – Pflege als Risiko* durch. Ein interdisziplinärer Fachbeirat bestehend aus Berliner Akteuren des Handlungsfeldes Pflege begleitete das Projekt fachlich. Das PaRis-Projekt wurde durch das damalige Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Die wesentlichen Ziele bestanden darin, eine detaillierte Betrachtung des Kriminalitätsphänomens „Gewalt an pflegebedürftigen Menschen“ insbesondere aus der Perspektive der Polizei vorzunehmen, um künftig Gewaltstraftaten gegenüber dieser besonders vulnerablen Opfergruppe besser verhindern und verfolgen zu können.

Hierzu wurden in der ersten Projektphase zwei Studien durchgeführt: In der sogenannten Hellfeldstudie wurden insgesamt 354 einschlägige, strafjustizielle Verfahren zum Nachteil von Pflegebedürftigen analysiert. In knapp einem Drittel dieser Fälle war laut Aktenlage die tatverdächtige Person eindeutig in die Pflege des Opfers eingebunden. In der zweiten Studie wurden 64 Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen Gesundheit, Pflege, Soziales und der Strafverfolgung geführt und anschließend qualitativ ausgewertet.

In der nächsten Projektphase wurden auf Basis der empirischen Ergebnisse zentrale Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze diskutiert. Hierzu fanden verschiedene Workshop-Formate statt: sowohl behördenintern, um wirksame Strategien für die polizeiliche Ermittlungsarbeit zu entwickeln, als auch institutionsübergreifend, um Elemente einer interdisziplinären Präventions- und Repressionsarbeit zu konzipieren. Als Ergebnis dieser Phase sind drei zentrale Produkte mit praxisnahen Handlungsempfehlungen entstanden: ein Optimierungskonzept mit organisatorischen Verbesserungsvorschlägen zur polizeilichen Bearbeitung, ein Schulungsmanual als Leitfaden für die Fallbearbeitung mit pflegebedürftigen Betroffenen und ein Konzept über die Netzwerkstrategie des LKA Berlin als strategische Grundlage des Netzwerks Gewaltfreie Pflege. Bereits während der Projektlaufzeit wurde mit der Konstituierung des Netzwerks die Basis für eine langfristig angelegte Zusammenarbeit relevanter Berliner Akteurinnen und Akteure der Handlungsfelder Gesundheit, Pflege und Soziales sowie der Strafverfolgung geschaffen. Die einzelnen Projektphasen bis zur Gründung des Netzwerks sind in Abb. 1 dargestellt.

3. Identifizierte Herausforderungen und diskutierte Lösungsansätze

Der folgende Abschnitt beleuchtet zentrale, im Projekt identifizierte und diskutierte Herausforderungen (Abb. 2) sowie Lösungsansätze des Kriminalitätsphänomens „Gewalt in der Pflege“.²

Pflegebedürftige Menschen bilden eine der vulnerabelsten Gesellschaftsgruppen in Deutschland, da sie in großen Teilen ihres Alltags und ihrer sozialen Teilhabe auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind. Aufgrund von kognitiven, kommunikativen und motorischen Beeinträchtigungen und den bereits beschriebenen Rahmenbedingungen kann pflegerische Arbeit sehr herausfordernd sein und zu Grenzsituationen führen. Erfahren Pflegebedürftige Gewalt oder Vernachlässigung, so können sie sich meist nicht wehren. Oftmals sind sie nicht einmal in der Lage, sich Angehörigen, befreundeten Personen oder Beschwerdestellen wie Pflegedienstleitung, Pflegekasse, Medizinischem Dienst oder Heimaufsicht mitzuteilen. Zudem werden institutionelle Kontrollen, bei denen Auffäl-

1 Dieser Artikel spiegelt die Perspektive der Netzwerkkoordination im LKA Berlin wider. Wenngleich nicht alle disziplinären Sichtweisen gleichermaßen abgebildet werden können, werden zentrale Themen des Netzwerks aufgegriffen. Ein herzlicher Dank gilt den Netzwerkmitgliedern für ihre kontinuierliche Zusammenarbeit und die fachlichen Impulse.

2 Die Verfasserin dankt den Projektleitern Thomas Görgen und Matthias Prange und den Projektmitwirkenden Clara Ackermann, Ralf Benzin, Daniel Efler, Max Hornberger und Simon Rjosk vom Landeskriminalamt Berlin sowie Chantal Höhn, Maximilian Keller, Natalie Köpsel, Sascha Mousawi, Carina Schiller und Lara vom Feld von der Deutschen Hochschule der Polizei für ihre Mitwirkung an Datenerhebung, Analyse und den Workshops in Bezug auf die hier dargestellten empirischen Befunde.

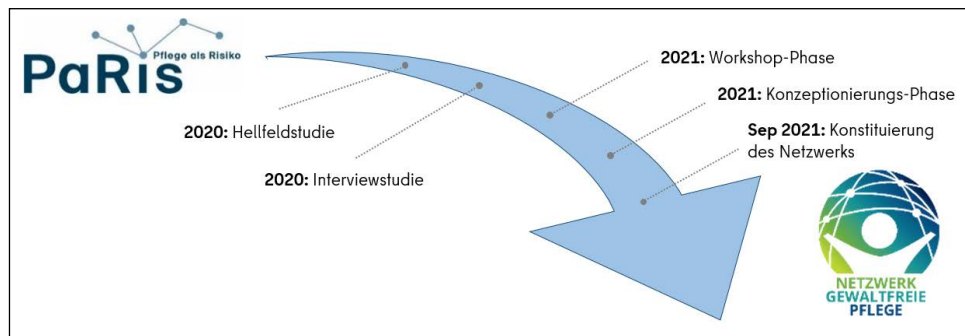


Abb. 1: Projektphasen bis zur Entstehung des Netzwerks (2019–2021)

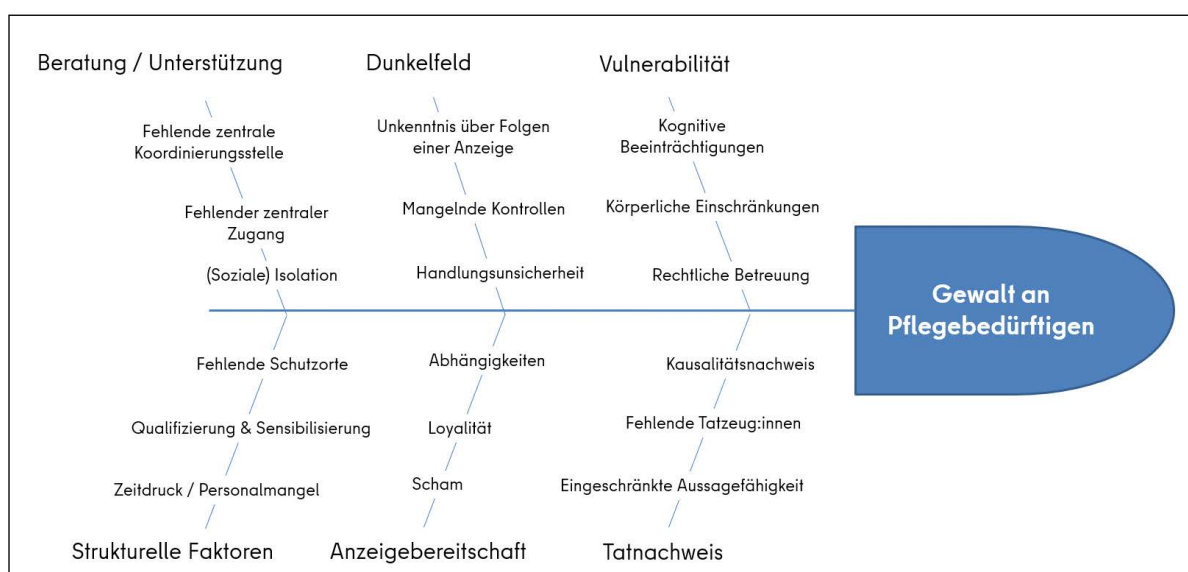


Abb. 2: Herausforderungen bei Gewalt an Pflegebedürftigen

lichkeiten zutage treten könnten, nicht in allen Pflegesettings gleichermaßen und in der Regel auch nur nach Vorankündigung durchgeführt. Selbst wenn es Pflegebedürftigen körperlich und kognitiv noch möglich ist, Anzeige zu erstatten oder Aussagen im Rahmen eines polizeilichen Ermittlungsverfahrens zu tätigen, so tun sie dies oftmals nicht. Häufig haben sie Angst – etwa vor Repressionen, der Verschlechterung oder dem Verlust des Pflegesettings. Dadurch bleibt ein erheblicher Teil von Gewalt an gepflegten Menschen im Verborgenen – wir sprechen von einem großen Dunkelfeld.

Polizeiliche Ermittlungen werden bei Straftaten gegenüber gepflegten Menschen durch verschiedene Faktoren erschwert. Die Zahl der rechtlich betreuten Menschen in Deutschland wird derzeit auf 1,3 Millionen geschätzt (Bundesverband der Berufsbetreuer*innen o.J.). Rechtlich betreute, pflegebedürftige Menschen sind besonders verletzlich, da sie wesentli-

che Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheitssorge, ihres Aufenthaltsortes oder Entscheidungen im Ermittlungsverfahren, etwa das Stellen eines Strafantrages, nicht mehr selbst treffen können. Ein Strafantrag ist bei bestimmten Straftaten formell notwendig, da die Strafverfolgung sonst eingestellt wird. Eine besondere Problematik ergibt sich also, wenn die betreuende Person zugleich tatverdächtig ist, da in solchen Konstellationen eine am Wohl der pflegebedürftigen Person orientierte Entscheidungsfindung unwahrscheinlich erscheint.

Hinzu kommt, dass bei pflegebedürftigen Personen Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung – bspw. Hämatome oder Hautläsionen – nur schwer von Krankheits- oder Unfallfolgen zu unterscheiden sind. Personen, die Gewaltvorkommnisse im Rahmen der Pflege bezeugen könnten, gibt es nur selten. Selbst wenn gepflegte Menschen versterben und sich in

einem offensichtlich verwahrlosten Zustand befinden, ist es oftmals aufgrund altersbedingter Multimorbidität nicht möglich, einen Kausalzusammenhang zwischen Vernachlässigung und Todesfolge nachzuweisen. Ob ein Zustand der Verwahrlosung selbst gewählt ist – wozu es ein Recht gibt – oder auf Vernachlässigung zurückgeht, ist nicht immer eindeutig. Etwa neun von zehn Verfahren mit pflegebedürftigen Opfern werden schlussendlich eingestellt, zumeist aufgrund nicht hinreichenden Tatverdachts.

Sind andere vulnerable Gruppen, etwa Kinder, von Gewalt betroffen, so gibt es deutlich bessere Chancen auf Entdeckung. Sie kommen regelmäßig mit Fachpersonal in Berührung, etwa während des verpflichtenden Schulbesuchs oder in den U-Untersuchungen der Kinderärztinnen und Kinderärzte. Bei Auffälligkeiten kommt das Jugendamt ins Spiel, um Hilfen zu koordinieren und den Kinderschutz sicherzustellen. Derartige strukturelle Berührungspunkte und zentrale Anlaufstellen, die sowohl Potenzial für das Erkennen von Gewalt als auch für den Zugang zu Unterstützung böten, gibt es für gepflegte Personen oftmals nicht. Insbesondere in der Angehörigenpflege fehlen systematische Zugangswege, die man etwa für Präventionsarbeit nutzen könnte.

Diskutiert wurden in den Workshops Lösungsansätze wie das Installieren eines Senioren- oder Pflegeamtes analog dem Jugendamt sowie regelmäßige Haus- und Facharztbesuche. Wie bei den U-Untersuchungen könnten regelmäßige ärztliche Kontakte mit Einladungs- und Meldesystem helfen, Gewalt und Vernachlässigung früher zu erkennen. Eine wesentliche Säule für den Schutz von Menschen mit Pflegebedarf stellt der langfristige Aufbau wirksamer Schutzstrukturen in Form von Notfallpflegediensten sowie akute Unterbringungsmöglichkeiten dar.

4. Ausrichtung des Netzwerks: Wer sind die Mitglieder und was sind die Ziele?

Vor diesem Hintergrund konstituierte sich das Netzwerk Gewaltfreie Pflege im September 2021 als zentrales, nachhaltiges Ergebnis des Forschungsprojekts PaRis. Im Fokus des Netzwerks steht der Schutz von Menschen mit Pflegebedarf vor körperlicher und psychischer Gewalt.

Um den Fortbestand des neu gegründeten Zusammenschlusses zu sichern, stellte das LKA Berlin zwei Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerinnen ein. Sie sind als Koordinatorinnen Sichere Pflege beim LKA 123 – dem Fachkommissariat für Delikte an Schutzbefohlenen – die zentralen Ansprechpersonen für behördeninterne und -externe Fragen zum Thema „Schutz von Gepflegten“. Über gezielte Kommunikation und Akquise

gewannen sie weitere relevante Netzwerkpartnerinnen und -partner, sodass das Netzwerk im Oktober 2025 rund 30 Mitglieder zählte (Abb. 3). In den vergangenen Jahren hat sich eine – im Bundesgebiet einmalige – Vernetzung zwischen den Berliner Strafverfolgungsbehörden, zivilgesellschaftlichen Beratungsstellen, berufsständischen Organisationen im medizinisch-pflegerischen Bereich sowie mehreren Senatsverwaltungen herausgebildet.

Die Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkmitgliedern basiert auf dem gemeinschaftlich erarbeiteten Leitbild und folgt den Grundsätzen der Freiwilligkeit, der Gleichberechtigung und des gegenseitigen Vertrauens. Sie orientiert sich an wissenschaftlichen Grundlagen, entwickelt sich jedoch vorrangig aus konkreten praktischen Bedarfen und Rückmeldungen aus dem Feld.

Viele Pflegebedürftige kennen ihre konkreten Rechte nicht und können ihre Interessen nicht mehr selbst vertreten, weshalb das Netzwerk für die Belange und die Sicherheit Gepflegter eintritt. Zu einem der vorrangigen Ziele des Netzwerks (Abb. 4) zählt angesichts des mutmaßlich großen Dunkelfeldes das Sichtbarmachen von Gewalt in der Pflege und die Enttabuisierung des Themas.

Um Gewalttaten bestmöglich zu verhindern bzw. die Entdeckungswahrscheinlichkeit bei Straftaten gegenüber Pflegebedürftigen zu erhöhen, fand in den vergangenen vier Jahren eine breite Sensibilisierung durch das Netzwerk statt – sowohl von möglichen Hinweisgebenden als auch von potenziellen Opfern und Täterinnen und Tätern.

Das Netzwerk setzt sich darüber hinaus dafür ein, dass das Thema in der Aus- und Weiterbildung verschiedener Berufsfelder – z.B. Gesundheit, Pflege, Strafverfolgung – fest verankert wird. Dadurch haben Berliner Polizeibeamtinnen und -beamte mittlerweile die Möglichkeit, entsprechende Fortbildungen zu besuchen und auf unterstützende Arbeitsmaterialien wie Merkblätter zurückzugreifen.

In Ratgeberbroschüren für betagte, kranke oder pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, aber auch durch niedrigschwelliges Informationsmaterial werden potenziell Betroffene oder Beteiligte zum Thema sensibilisiert und über Hinweise und Hilfsangebote informiert. Ein Flyer sowie eine eigene Internetseite des Netzwerks stellen Betroffenen Informationen zu wichtigen Anlaufstellen zur Verfügung.

In den letzten Jahren erfolgte eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit, etwa über die Teilnahme der Koordinatorinnen Sichere Pflege an regionalen und überregionalen Fachtagungen und Konferenzen und Veröffentlichung einzelner Beiträge in praxisnahen Formaten. Zudem werden regelmäßig Projekt-

ergebnisse und Netzwerkthemen in pflegebezogene Arbeitsgruppen und -kreise eingebracht.

Die Netzwerkmitglieder setzen sich regelmäßig auf verschiedenen Ebenen dafür ein, die Berliner Schutzstrukturen für die-

se Personengruppe weiter auf- bzw. auszubauen. Besonders für pflegebedürftige Personen, die akut von Gewalt betroffen sind, werden pragmatische Lösungen und kurzfristige Pflegealternativen in Berlin benötigt.



Abb. 3: Mitglieder³ des Netzwerks Gewaltfreie Pflege, Stand: August 2025



Abb. 4: Ziele des Netzwerks Gewaltfreie Pflege

3 Die Logos der Karte zeigen alle Netzwerkpartner, auch solche mit punktueller Beteiligung.

5. Einblick in die Praxis: Wie arbeitet das Netzwerk? Wer kann sich an das Netzwerk wenden?

Treffen zum kollegialen Austausch der Netzwerkmitglieder, bei denen aktuelle Entwicklungen, Fallbesprechungen und Wissenstransfer im Mittelpunkt stehen, finden dreimal jährlich statt. Zwischen den Netzwerktreffen erfolgt eine fallbezogene Zusammenarbeit sowie die Umsetzung konkreter Maßnahmen in themenspezifischen Arbeitsgruppen.

Der Nutzen des Netzwerks zeigt sich ganz besonders in der konkreten Fallbearbeitung: Zuständigkeiten sind bekannt, Wege sind kurz, und die Perspektiven der anderen Institutionen werden mitgedacht. Der Informationsfluss zwischen Behörden und zivilgesellschaftlichen Akteuren bewegt sich dabei regelmäßig im Spannungsfeld zwischen bedarfsgerechter Hilfeleistung und datenschutzrechtlichen Begrenzungen. Eine Weitervermittlung an andere Institutionen erfolgt in der Regel nur mit dem Einverständnis der Betroffenen.

Doch der Mehrwert des Netzwerks geht weit über die Zusammenarbeit im Einzelfall hinaus und kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn dahinter komplexe Problemlagen stehen. Daher werden im folgenden Abschnitt drei zentrale Themenfelder aus der praktischen Arbeit des Netzwerks dargestellt.

A) Unterstützung: Hilfe bei der Suche nach Unterbringungsalternativen

In einem konkreten Fall aus dem Jahr 2022 wurde dem Netzwerk eine Situation bekannt, in der eine pflegebedürftige Frau mit Demenz einen Nasenbeinbruch – vermutlich durch ihre pflegende Angehörige – erlitten hatte. Nach der ambulanten medizinischen Behandlung im Krankenhaus wurde sie – trotz des Gefährdungskontexts – wieder in das familiäre Umfeld entlassen. Trotz intensiver Bemühungen verschiedener Netzwerkmitglieder konnte keine Unterbringungsalternative in Berlin gefunden werden.

Besondere Relevanz hat dieses Thema für Institutionen, die für die Gefahrenabwehr zuständig sind, etwa für die Polizei, Feuerwehr und die Rettungsdienste. Dieser Fall und ähnlich gelagerte Fälle verdeutlichen, dass fehlende Notpflegemöglichkeiten in Akutsituationen zur Wiederholung oder Verlängerung von Gewaltereignissen führen können.

Aktuell bringt sich das Netzwerk mangels einer zentralen Koordinierungsstelle auf Landesebene unterstützend in die Unterbringungssuche ein und konnte in wenigen Einzelfällen auch Übergangslösungen in alternativen Einrichtungen fin-

den, die eigentlich nicht als Schutzräume für Pflegebedürftige gedacht sind. Dies ersetzt jedoch weder strukturelle Schutzangebote noch ein professionelles Fallmanagement, für deren Bereitstellung sich das Netzwerk auch in den politischen Diskurs einbringt.

B) Aufklärung: Auf erhöhte Informationsbedarfe reagieren

Infolge von Medienberichten zu aktuellen Fällen besteht im Bereich der pflegerischen und ärztlichen Professionen eine gewisse Unsicherheit, insbesondere bei Palliativversorgenden. Fragen betreffen vor allem frühzeitige Anzeichen für Gewalthandlungen oder Handlungsmöglichkeiten der betreffenden Fachleute. Antworten auf diese und weitere Fragen werden in den Schulungs- und Sensibilisierungsveranstaltungen für potenzielle Hinweisgebende, die das LKA 123 und weitere Netzwerkmitglieder seit mehreren Jahren regelmäßig durchführen, vermittelt. Zu den bisher adressierten Zielgruppen zählen hierbei (angehende) Pflegefachkräfte und Pflegedienstleitungen, Mitarbeitende der Berliner Pflegestützpunkte, des Medizinischen Dienstes oder der Berliner Heimaufsicht sowie weitere Schlüsselpersonen. Aufgrund dieser Bedarfe wurden die Schulungsinhalte gezielt auf Palliativversorgende angepasst und ausgeweitet.

C) Sensibilisierung: Gewalt im häuslichen Pflege-setting erkennen

Der Polizei Berlin werden auch Fälle gemeldet, etwa von Fachpersonal aus Krankenhäusern, bei denen in Rettungsstellen Anzeichen oder Verletzungsmuster an gepflegten Menschen auffallen, die auf Vernachlässigung oder Gewaltanwendung hindeuten. Hier kommt zum Tragen, dass insbesondere häuslich gepflegte Personen nicht selten isoliert leben und prekäre Zustände oft über längere Zeit unentdeckt bleiben.

Vor diesem Hintergrund organisierte das Netzwerk Gewaltfreie Pflege Ende Januar 2025 seinen ersten öffentlichkeitswirksamen Fachtag für Mitarbeitende der Berliner Krankenhäuser, die neben Pflegeleistungserbringern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Schlüsselpersonen sind, um Gewalt erkennen und Menschen mit Pflegebedarf Unterstützung anbieten zu können. Beim nächsten Fachtag des Netzwerks Gewaltfreie Pflege im November 2026 sollen die stationäre und häusliche Langzeitpflege in den Fokus gerückt werden.

Die dargestellten Themenfelder des Netzwerkes verdeutlichen, dass das Netzwerk sowohl kurzfristige Lösungen für akute Fälle sucht als auch Impulse für weiterreichende – teils strukturelle – Veränderungen anstößt.

Da das Netzwerk Gewaltfreie Pflege keine allgemeine Beratungsstelle ist, wird empfohlen, je nach Themenbereich und Anliegen, den Kontakt zur jeweils zuständigen Mitgliedsinstitution des Netzwerkes zu suchen: Um Beschwerden über Pflegegemängel in der professionellen Pflege kümmert sich beispielsweise die Heimaufsicht oder der Medizinische Dienst. Bei Überlastung, Konflikten oder Gewalt können sich Betroffene und Angehörige an die Beratungsstelle „Pflege in Not“, Berlin, wenden oder auch Kontakt zu den „Pflegestützpunkten“ aufnehmen. Und im Falle strafrechtlich relevanter Sachverhalte ist wiederum die Polizei zuständig.

Polizei Berlin (o.J.): Forschungsprojekt „PaRis – Pflege als Risiko“, <https://www.berlin.de/polizei/aufgaben/praevention/netzwerk-gewaltfreie-pflege/artikel.1389359.php> (letzter Abruf: 15. Oktober 2025).

Shen, Yan/Sun, Fei/Feng, Yali/Lichtenberg, Peter A./Meng, Hongdao (2025): Prevalence of Elder Abuse and Neglect of Persons with Dementia in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis, in: *Gerontology*, S. 400–416.

World Health Organization (2025): Abuse of older people, https://www.who.int/health-topics/abuse-of-older-people#tab=tab_1 (letzter Abruf: 11. Oktober 2025).

Literatur:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. (2024): Infoblatt 1 – Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (letzter Abruf: 15. Oktober 2025).

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2025): Einwohnerbestand in Berlin – Grunddaten, <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/a-i-5-hj> (letzter Abruf: 15. Oktober 2025).

Bundesverband der Berufsbetreuer*innen (o.J.): <https://www.berufsbetreuung.de/berufsbetreuung> (letzter Abruf: 15. Oktober 2025).

Deutscher Pflegerat (2024): <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/loesung-der-pflegekrisse-benoetigt-weit-mehr-als-350.000-pflegekraefte-innerhalb-der-naechsten-zehn-jahre> (letzter Abruf: 15. Oktober 2025).

Eggert, Simon/Teubner, Christian (2023): Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, ZQP-Analyse, Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.

Eggert, Simon/Schnapp, Patrick/Sulmann, Daniela (2018): Aggression und Gewalt in der informellen Pflege, Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin.

Kitaw, Tegene Atamenta/Baylie Amsalu/Tekle, Bruktawite Afework/Tilahun, Befkad Derese/Getie, Addisu/Abate, Biruk Beletew/Feleke, Sefineh Fenta/Zemariam, Alemu Birara/Azmeraw, Molla/Yilak, Gizachew/Seid, Seada/Haile, Ribka Nigatu (2025): Elder abuse without borders: a systematic review and meta-analysis, in: *BMC Public Health*, S. 1–15.

Lachs, Mark S./Pillemer, Karl A. (2015): Elder Abuse, in: *N Engl J Med*, S. 1947–1956.

Fachausschuss „Sozialpolitik, soziale Sicherung, Sozialhilfe“

–jh– Die Arbeit des Fachausschusses im ersten Halbjahr 2025 war von der Bundestagswahl 2025 geprägt. Unter dem Vorsitz von Dr. Irme Stetter-Karp, Präsidentin des Deutschen Vereins, beschäftigten sich die Mitglieder mit für die Wahl und Arbeit der neuen Bundesregierung relevanten Themen, aber auch darüber hinaus mit einem breiten Spektrum an aktuellen sozialpolitischen Fragestellungen. Relevante Einblicke in aktuelle politische Vorhaben erfolgten durch regelmäßige Berichte aus dem BMAS von Dr. Klaus Bermig und Hannes Schwarz.

Am 19. Februar 2025 beschäftigte sich der Fachausschuss mit dem Thema „Entbürokratisierung des Sozialstaats“. Dr. Katja Robinson, Leiterin des Amtes für Soziales, Arbeit und Senioren der Stadt Köln, präsentierte zentrale Punkte eines entsprechenden Positionspapiers, das von den Sozialamtsleitungen der großen Großstädte verfasst wurde. Anlass des Papiers ist die Zunahme komplexer Gesetze, die es Sozialämtern erschwert, bürgerorientiert und rechtskreisübergreifend zu arbeiten. Fachkräftemangel und mangelnde Digitalisierung erschweren die Situation.

Dr. Robinson skizzierte mögliche Lösungsansätze. Insgesamt soll das Sozialrecht durch einheitliche Rechtsbegriffe sowie feste Prozesse und Strukturen für eine effiziente Sozialverwaltung einheitlicher und einfacher gestaltet werden. Bestehende Sozialgesetze sollen z.B. durch Pauschalierung von Geldleistungen und der Angleichung von SGB II und SGB XII modernisiert werden. Bei neuen Gesetzgebungsverfahren soll Entbürokratisierung als Ziel mitverfolgt werden. Außerdem sollen bundeswei-

te Vorgaben die digitaltaugliche Ausgestaltung des Sozialrechts ermöglichen.

Ein zweiter thematischer Schwerpunkt war das kommunale Integrationsmanagement des Landes Nordrhein-Westfalen. Erik Freedman vom Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen präsentierte das landesweite Förderprogramm Kommunales Integrationsmanagement (KIM).

Die örtliche Integrationsarbeit wird in Teilen durch instabile Projektstrukturen und zersplitterte Zuständigkeiten erschwert. Das Förderprogramm KIM kann vor diesem Hintergrund einen Beitrag dazu leisten, verlässliche Strukturen zu etablieren. Es zeigt beispielhaft, wie Koordination der diversen beteiligten Institutionen und rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit gelingen und Kommunen und Freie Wohlfahrtspflege gut zusammenarbeiten können.

Das Programm hat die integrierte und rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit und Steuerung örtlicher Einwanderungs- und Integrationsprozesse zum Gegenstand. Durch Vernetzungselemente soll neben einer besseren behördenübergreifenden Zusammenarbeit auch die Kooperation mit zivilgesellschaftlichen Institutionen erleichtert werden.

Auch die Sitzung am 29. April 2025 widmete sich dem Thema „Entbürokratisierung“ – in Form der Beratung der Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht. Maßgebliches Ziel der Empfehlungen ist es, Anregungen zu Rechtsvereinfachung und Entbürokratisierung im Sozialrecht zu ge-

ben. Insgesamt soll in der Gesetzgebung auf nachvollziehbare Regelungen und Rechtsvereinfachung, Praxis-tauglichkeit, Nutzendenorientierung und Digitaltauglichkeit geachtet werden. Konkret bedeutet dies zum Beispiel die Vereinheitlichung und Harmonisierung der Rechtsbegriffe „Einkommen“ und „Alleinerziehend“ im Sozialrecht. Rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit von Behörden sowie Beratung von möglichen Leistungsempfängern soll sichergestellt werden. Eine zentrale Rolle spielt außerdem die Bereitstellung und Verwaltung von Daten. Diese sollen z.B. von Bürgerinnen und Bürgern nur einmal zur Verfügung gestellt werden müssen und durch Leistungsträger proaktiv auf mögliche Anspruchsberechtigungen geprüft werden.

Dr. Holger Kolb erläuterte in der zweiten Sitzungshälfte basierend auf der SVR-Kurzinformation „Wie lange ist vorübergehend? Lösungen für das Dilemma des temporären Schutzes von ukrainischen Kriegsflüchtlingen werden gebraucht“ mögliche aufenthaltsrechtliche Anschlussoptionen an den ggf. zum 4. März 2026 auslaufenden Schutz durch Beschlüsse des Rats der Europäischen Union. Ob der Rat eine erneute Verlängerung beschließen wird, ist zum Zeitpunkt der Sitzung unsicher. In der Rechtswissenschaft wird überwiegend angezweifelt, ob dies unionsrechtskonform wäre. Für die Betroffenen – wie auch für die mit ihnen umgehenden Behörden, freien Träger und Unterstützungsnetzwerke – besteht Unsicherheit, wie es aufenthaltsrechtlich weitergeht. Ebenso fehlen Planbarkeit und klare Perspektiven. Durch mangelnde unionsrechtliche Anschlussregelungen wird deutsches Aufenthaltsrecht in der Diskussion relevanter. Dr. Kolb präsen-

tierte verschiedene aufenthaltsrechtliche Optionen auf nationaler Ebene sowie die dazu bestehenden Spannungsfelder verschiedener nationaler und internationaler Akteure.

Abschließend präsentierte Jan Amonn erste Ergebnisse einer im Auftrag des Landes NRW durchgeführten Studie zur kommunalen Umsetzung bezogen auf Kosten der Unterkunft und Heizung (KdU) in nordrhein-westfälischen Kommunen.

Es wurde über verschiedene Ansätze der Kommunen berichtet, Angemessenheitsgrenzen für KdU festzulegen, sowie deren Häufigkeit. Dies umfasst u.a. den Einsatz von Dienstleistern zur Erstellung eines schlüssigen Konzepts. Die Streuung der Angemessenheitsgrenzen ist hauptsächlich durch das lokal vorherrschende Mietpreisniveau zu erklären. In der Mehrheit der Kommunen sind die Angemessenheitsgrenzen sozialgerichtlich bestätigt, teils über mehrere Instanzen. Kommunen wünschen sich außer-

dem häufig deutlichere Vorgaben vom Bund, wie Angemessenheit der KdU definiert wird.

Von den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Deutschen Vereins hat außer den vollständig genannten zu dieser Ausgabe beigetragen:

-jh- = Johanna Harting

Anzeige



**FÜR ALLE,
DIE DIE PFLEGEBRANCHE
AKTIV MITGESTALTEN
MÖCHTEN.**

**Der bpa-Kongress
auf der Pro Care**

**10.-11.02.2026
Messe Hannover**

**WWW.
PRO-CARE-HANNOVER
.DE**

*Tickets & Infos
zu Messe & Kongress*

bpa x pro care

Anzeige



FH D
**Fachhochschule
der Diakonie**

**Einfach mal über
sich hinauswachsen.**

Fachhochschule der Diakonie
Bethelweg 8 · 33617 Bielefeld
· Beratungshotline
0521 144-2800

fh-diakonie.de



Anzeige



**Für eine
Zukunft
ohne
Alzheimer**

**Spenden und stiften für die Alzheimer-Forschung.
Informieren Sie sich unter: 0211 - 83 68 06 30**

 **Stiftung
Alzheimer Initiative**

Stiftung Alzheimer Initiative gGmbH
Kreuzstraße 34 · 40210 Düsseldorf
www.alzheimer-forschung.de/stiftung

Anzeige



**Praxishandbuch
Videobasiertes Arbeiten in
der Kinder- und Jugendhilfe**
VHT in Theorie- und Ausbildungs-
bezügen, Praxisbeispiele und
Forschungsergebnisse

Elke Schierer | Lara Corinna Hein (Hrsg.)

BELTZ JUVENTA

VHT als videobasierte Beratung unterstützt methoden-
geleitet professionelles Handeln. Diese Veröffentlichung
greift Theoriebezüge auf, stellt Praxisbeispiele sowie ein
Ausbildungskonzept zur VHT Trainer*in vor und zeigt
empirische Ergebnisse auf.

2025, 251 Seiten, broschiert, € 32,00, ISBN 978-3-7799-8451-1

**Traumatasensible Begleitung
bei Aggressionen**
Praxiswissen für die pädagogische
und therapeutische Arbeit mit Kindern

Ralph Kortewille | Katrin Böger

BELTZ JUVENTA

Dieses Buch hilft therapeutischen und pädagogischen
Fachkräften, die Ursachen aggressiven Verhaltens bei
Kindern mit Traumata zu verstehen und mit praxisnahen
Methoden angemessen darauf zu reagieren.

2025, 232 Seiten, broschiert, € 30,00, ISBN 978-3-7799-9303-2

Leseproben und Inhaltsverzeichnis auf www.juventa.de

 Folgen Sie uns bei Instagram @beltz_juventa

www.juventa.de **BELTZ JUVENTA**



eGovPraxis Sozialhilfe Echte Entlastung in der Fach- & Sachbearbeitung



**Die Rechtsinformations- &
Wissensmanagementlösung
für Sozialämter.**

eGovPraxis Sozialhilfe verknüpft praxisorientierte Rechtsinhalte zur Sozial- und Eingliederungshilfe, zu Wohngeld und Asylbewerberleistungen mit Ihren lokalen Regelungen und Arbeitsmaterialien auf einer Plattform. Treffen Sie Fallentscheidungen rechtsicher und effizient.

Jetzt informieren:

