

# neue caritas

CBP - Info

CBP  
Caritas Behindertenhilfe  
und Psychiatrie e.V.

Ein Grund zum Feiern

Zehn Jahre CBP  
und SGB IX



LIEBE MITGLIEDER,

das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – ist zehn Jahre alt geworden. Damit ist das SGB IX genauso alt wie der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, der am 21./22. November 2001 gegründet worden ist. Die Einführung des SGB IX ist in der Weiterentwicklung der Behindertenhilfe ein Meilenstein gewesen. Innerhalb der Caritas war es ein Meilenstein, dass die früher nach Behinderungsarten gegliederten Fachverbände und

Arbeitsgemeinschaften zu einem Dachverband fusionierten, der die gemeinsamen Frage- und Problemstellungen der Mitglieder bestmöglich nach innen und außen vertreten sollte. Die mit dem SGB IX verbundenen Ziele (Selbstbestimmung, Teilhabe, Wunsch- und Wahlrecht, Leistungen aus einer Hand) sind auch zentrale Leitziele im CBP.

Der weite Weg, den die Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie bis heute zurückgelegt hat, reicht bis ins Jahr 1874, der ersten katholischen sogenannten „Conferenz für Idioten-Heilpflege“. 1905 wurde im Franz-Sales-Haus in Essen der „Verband

Katholischer Anstalten Deutschlands für Geistesschwache“ ins Leben gerufen. Viele Menschen und Persönlichkeiten haben seit damals den Weg der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie geprägt. Was mit Aloysius Faxl, Hermann Joseph Ochs, Heinrich Sommer, Lorenz Werthmann und vielen anderen seinen Anfang nahm, ist bis heute zu einer reichen und breiten Vielfalt und Professionalisierung herangewachsen.

Vorliegend finden Sie ein Extraheft des CBP-Infos, in dem wir ausschließlich Beiträge zum Thema „Zehn Jahre SGB IX“ und „Zehn Jahre CBP“ versammelt haben. Wir wollen mit diesem Extraheft drei Persönlichkeiten aus der Vielfalt der Menschen ehren, die über das letzte Jahrzehnt die Bundesebene der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie wesentlich und an verantwortlicher Stelle geprägt und mitgestaltet haben – Dr. Eli-

sabeth Kludas, Christa Seeboth und Norbert Rapp.

Ihnen allen eine spannende Lektüre und der Weiterentwicklung des CBP wünsche ich Mut, Kreativität, Gemeinschaftssinn und Gottes Segen!

Ihr

Thorsten Hinz



**Dr. Thorsten Hinz**

Geschäftsführer des CBP  
Kontakt: thorsten.hinz@caritas.de

## Zehn Jahre CBP

### Danksagung

**Wir danken Dr. Elisabeth Kludas, Christa Seeboth und Norbert Rapp für ihre Verdienste im CBP und widmen ihnen in Anerkennung diese Jubiläumsausgabe**

### ► Zehnjähriges Bestehen des CBP: ein richtiger Schritt

Für viele Beteiligte ist es, als wäre es erst gestern gewesen. Aber im November dieses Jahres sind wirklich schon zehn Jahre vergangen: Nach einem etwas mehr als dreijährigen Organisationsentwicklungsprozess haben sich zwei Fachverbände und eine Bundesarbeitsgemeinschaft der Caritas-Behindertenhilfe in einer Verschmelzung zur Neugründung zu einem Verband zusammengeschlossen und haben im November 2001 in einer ersten Mitgliederversammlung in Freiburg einen neuen Fachverband gegründet, den Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP).

Im Verschmelzungsvertrag werden die Motive für die Neugründung genannt: Die Vorstände der Vorläuferverbände seien zu dem Schluss gekommen, dass ein mitgliedstarker, gut organisierter und eigener Verband mehr wahrgenommen werde und mehr erreichen kann. Es sei sozial- und gesellschaftspolitisch eine Notwendigkeit, dass zumindest die verschiedenen konfessionellen Verbände im Bereich der Hilfe für behinderte und psychisch erkrankte Menschen ihre gemeinsamen Ziele auch

gemeinsam verfolgten. In vielen Fragen könnten Verbände nur dann Gehör bei Politiker(inne)n und anderen Entscheidungsträgern finden, wenn sie mit einer Stimme sprächen. Darum sei der Zusammenschluss der Verbände der Caritas für die Dienste und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung ein entscheidender Schritt in die richtige Richtung.

Im Verschmelzungsvertrag wurde die organisatorische Vereinigung begründet; die Ziele des neuen Verbandes wurden in § 2 der Satzung definiert: „Der Verband hat das Ziel, seine Mitglieder zu beraten und zu unterstützen, damit Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung in ihrer Lebensgestaltung bedarfsgerecht begleitet, ihre Förderung, Rehabilitation und Eingliederung in die Gesellschaft angeregt und weiterentwickelt werden. Dieses Ziel soll erreicht werden durch

- die fachliche Unterstützung der Mitglieder,
- die Lobbyarbeit für die Träger, Dienste und Einrichtungen als soziale Unternehmen in Kirche und Caritas, Staat und Gesellschaft,
- die fachspezifische Beteiligung an allen gesellschaftlichen und sozialpolitischen Diskussionen.“

Nach zehn Jahren kann man sicherlich eine erste Bilanz ziehen: Ist einiges von dem erreicht, was sich die damaligen Initiator(innen) vorgenommen haben? Diese Frage kann hier nicht nach objektiven und ausführlich erläuterten Kriterien beantwortet werden. Es sollen nur einige Ereignisse und Entwicklungen genannt werden, die der CBP angestoßen hat oder an denen er beteiligt war, die für eine positive Bilanz stehen.

Um als politischer Interessenvertreter seiner Mitglieder mit den Politiker(inne)n und den gesellschaftlichen Gruppen in



**Von links nach rechts: Dr. Elisabeth Kludas, Vorsitzende des CBP; Christa Seeboth, stellvertretende Vorsitzende des CBP und Norbert Rapp, ehemaliges Vorstandsmitglied des CBP**

einen Austauschprozess zu treten, wurde im CBP in erster Linie nach dem Prinzip gehandelt, dass nur der in der Politik gehört wird, der glaubwürdig etwas anzubieten hat. Man weiß es schon lange, auch wenn sich gerade im Feld der Sozialpolitik noch wenige daran halten: Forderungen allein reichen nicht aus – auch wenn sie lautstark vorgetragen werden. Für eine erfolgreiche Mitgestaltung der Sozialpolitik müssen bestimmte Bedingungen für einen Austauschprozess mit den Entscheidungsträgern geschaffen und erhalten werden. Der CBP kann nicht gerade eine politisch wahrnehmbare Zahl von Wähler(inne)n aktivieren, die für Politiker(innen) bei ihren Entscheidungen möglicherweise ins Kalkül gezogen werden. Aber er hat Lösungsvorschläge und Fachlichkeit zu bieten. Sie werden in Berlin in Bundesministerien und bei Abgeordneten sowie in Bund-Länder-Arbeitsgruppen wahrgenommen.

Dafür stellt der CBP Konzepte und Ideen zur Verfügung: Das Prinzip der selbstbestimmten Teilhabe und der Chancengleichheit sind die Grundlagen für Vorschläge, wie Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung unabhängig von Lebensalter, Geschlecht, Art der Behinderung und Ausmaß des Hilfebedarfs über die Form, den Umfang und die Qualität der Hilfen und über die konkreten Lebensbedingungen selbst oder mit qualifizierter Unterstützung entscheiden können. Einen ersten Meilenstein dazu hat der CBP mit seiner Position „Selbstbestimmung, Teilhabe und Leben in der Gemeinde“ erarbeitet, die bei der Mitgliederversammlung 2004 in Berlin angenommen wurde.

Im Juni 2005 wurde am Gründungsort eines der Vorgängerverbände, des Verbandes Katholischer Einrichtungen und Dienste für lern- und geistig behinderte Menschen (VKELG), im Franz-Sales-Haus in Essen das 100-jährige Gründungsjubiläum gefeiert. „Am Leben teilhaben“ hieß das Motto dieser Veranstaltung. Bundes- und Landespolitiker(innen) und Vertreter der katholischen Kirche haben eindrücklich vermittelt bekommen, dass neue Wege möglich sind und nicht nur „mehr vom selben“ gefordert wird. Die beiden Dokumentationsbände sind ein nachhaltiges Zeugnis davon.<sup>1</sup>

Schon im Sommer 2004 schrieb das Referat Behindertenhilfe und Psychiatrie des Deutschen Caritasverbandes (DCV) in

Zusammenarbeit mit dem CBP die Teilnahme an Projekten zur „Einbeziehung ehrenamtlich/freiwillig Tätiger“ aus. Aufgerufen waren Dienste oder Einrichtungen, die Assistenz, Begleitung oder Hilfen zum Wohnen und zur Lebensgestaltung anbieten. Es sollte der Einsatz ehrenamtlich/freiwillig Tätiger im „Kerngeschäft“ der Dienste und Einrichtungen erprobt werden. Dienste und Einrichtungen sollten versuchen, ehrenamtlich/freiwillig Tätige über die gängigen Tätigkeiten hinaus einzubeziehen. Die Aufgaben sollten die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft der Menschen mit Behinderung oder psychischen Erkrankung betreffen. Zwölf Dienste und Einrichtungen beteiligten sich drei Jahre lang mit eigenen Projekten. Die Projekte wurden wissenschaftlich begleitet. Im Sommer 2007 endete dieses Experiment, bei dem man sehr gut feststellen konnte, dass die Institution, die Rollen, die Aufgaben, die Funktionen und damit die Entwicklung der Organisation verändert werden, wenn Bürger(innen) eine solidarische Beziehung zu jenen Bürger(inne)n aufnehmen, die in unserer Gesellschaft als „Behinderte“ oder als „psychisch Kranke“ gelten. Sie helfen ihnen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Der CBP hat an dem Nachweis mitgewirkt, dass sich in unserem Sozialstaat das nicht-berufliche und das berufliche Hilfesystem (wieder) miteinander verbinden lassen.<sup>2</sup>

Seit 2007 unterstützt der CBP zusammen mit dem Deutschen Caritasverband Träger dabei, ihre großen Wohneinrichtungen zu dezentralisieren. Insgesamt 20 Caritasträger haben Zielvereinbarungen mit der Aktion Mensch abgeschlossen. Sie haben sich damit festgelegt, in Zeiträumen von fünf bis zehn Jahren über 2350 zentral vorgehaltene stationäre Wohnplätze in dezentrale Wohnplätze umzuwandeln. Der CBP hat eine Evaluation beim Zentrum zur interdisziplinären Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen der Universität Tübingen in Auftrag gegeben.<sup>3</sup>

Zur Unterstützung der Menschen, die aus der Sicherheit der großen Einrichtung in eine überschaubare Gemeinde – möglichst orientiert an den Wohnbedingungen der Menschen ohne Behinderung – umziehen, hat der CBP eine hilfreiche, sozialraumorientierte Methode entwickelt: die lokalen Teilhabekreise. Auch hier werden Einrichtungen über mehrere Jahre begleitet. →

Die Delegiertenversammlung des DCV hat am 17. und 18. November 2007 das Fachthema: „Selbstbestimmte Teilhabe sichern, Märkte ordnen, im Wettbewerb bestehen“ behandelt und in sechs Eckpunkten unter anderem die Richtung zur Bearbeitung dieses Themas vorgegeben. Für die Jahre 2009 bis 2011 wurde die Teilhabeinitiative beschlossen. Damit wird als wesentliche Aufgabe der Caritas festgelegt, dass sie Menschen befähigt, den Zugang zu allen sozialen, materiellen, kulturellen und politischen Ressourcen und gesellschaftlichen Prozessen möglichst selbst in die Hand zu nehmen. Dass die Caritas auf allen Ebenen Teil einer sozialen Teilhabe-Bewegung wird, ist zum großen Teil der Vorarbeit im CBP zu verdanken.

Noch bevor die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) ihre ersten Überlegungen zur Reform der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) in einer Arbeitsgruppe diskutierte, legte der Vorstand des CBP im September 2007 seine Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vor. Dort heißt es unter anderem zur Stellung des Menschen mit Behinderung: „Menschen mit Behinderung sind gleichberechtigte Bürger und ‚Vertragspartner‘ am Gesellschaftsvertrag, an dem in einem demokratischen Staat jeder Mensch als Staatsbürger teilhat. Sie sind im Verhältnis zu dem Leistungserbringer/Angebot die ‚Kunden‘; nicht der Leistungsträger; darum verbietet sich zum Beispiel das Vergaberecht. Die Verantwortung der Kommunen für ihre Bürger zeigt sich in der dafür erforderlichen Infrastruktur. Die Durchführungsverantwortung wird der Selbsthilfe und den Wohlfahrtsverbänden übertragen – wo immer möglich. Im Gegenzug müssen sich Dienste und Einrichtungen dieser Verantwortung angemessen verhalten; wesentlicher Indikator für das Kriterium ‚Angemessenheit‘ ist das ressourcenorientierte Angebot.“ Mit diesen Positionen war der CBP für die fachliche und politische Diskussion bestens gerüstet.

Noch im April 2011 hat der CBP zusammen mit dem Fachverband Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland zu dem schwierigen Thema der Abgrenzung zwischen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen Position bezogen: Unter dem Titel „Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderung“ wurden folgende Maßnahmen vorgeschlagen: Menschen mit Behinderung und ihre rechtlichen Betreuer sind darüber aufzuklären, dass sie auch bei Pflegebedürftigkeit und Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung zuerst Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben.

Den Versicherten stehen volle Pflegeleistungen zu. Darum muss das Heim der Behindertenhilfe als sogenannte Häuslichkeit anerkannt werden. Behinderte Menschen leben dort nicht nur während eines begrenzten Zeitraums oder während einer bestimmten Phase ihres Lebens. Sie sind dort zu Hause. Wird die Häuslichkeit anerkannt, sind ambulante Pflegesachleistungen oder Pflegegeld nach den Regeln des SGB XI ohne weitere

gesetzliche Veränderungen möglich. Eine sinnvolle Lösung für eine teilhabeorientierte Leistung der Pflegeversicherung für Menschen, die gleichzeitig Anspruch auf Eingliederungshilfeleistungen haben, ist das trägerübergreifende Persönliche Budget: Für viele Menschen mit Behinderung, die auch einen Pflegebedarf haben, sind die Pflegeversicherungsleistungen eine Ergänzung zu den Teilhabeleistungen. Damit die Teilhabeorientierung der Pflegeversicherungsleistung verwirklicht werden kann, sind beide Leistungen möglichst als Komplexleistung zu gewähren.

Mit diesen Positionen wird der Politik eine Kompromisslösung angeboten. Damit lässt sich zwischen der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und den (unbegründeten) Erwartungen einer immensen Kostensteigerung durch die Einbeziehung behinderter Menschen vermitteln.

Auch nach innen hat der CBP die fachliche Entwicklung vorangebracht: „Menschen schaffen Werte! Mitarbeiterorientierung als Erfolgsfaktor in sozialen Einrichtungen“ – unter diesem Titel wurde im Juni 2008 in Regensburg für etwa 400 Personen ein Kongress ausgerichtet. Dort wurde den Teilnehmer(inne)n aus den Mitgliedsdiensten und -einrichtungen glaubhaft dargestellt, dass Träger und die Mitarbeiter(innen) der Caritas-Behindertenhilfe und Psychiatrie Innovatoren, Modellentwickler und zugleich sozialetisches Gewissen in unserer Gesellschaft sind. Und dass das nur gelingen kann, wenn Mitarbeiter(innen) für diese bedeutsame Aufgabe bereit und motiviert sind. Alle Beteiligten an diesem Kongress bestätigen noch heute, dass in Regensburg ein großes identitätsstiftendes Ereignis stattfand.

Zehn Jahre Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie – es gäbe noch viel zu berichten. Die wenigen Beispiele zeigen aber schon, dass der Zusammenschluss der Verbände vor zehn Jahren nicht nur „ein entscheidender Schritt in die richtige Richtung“, sondern mehr noch ein erfolgreicher Schritt gewesen ist.

Dr. Franz Fink

Leiter des Referats Altenhilfe, Behindertenhilfe  
und Gesundheitsförderung im DCV

Kontakt: franz.fink@caritas.de

#### Anmerkungen

1. CARITAS BEHINDERTENHILFE UND PSYCHIATRIE (Hrsg.): *Am Leben teilhaben – Dokumentation 100 Jahre Gründungsjubiläum VKELG – CBP*. Freiburg, 2005.
2. Die Ergebnisse sind nachzulesen in: ZENTRUM FÜR ZIVILGESELLSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG (Hrsg.): *Gemeinsam Teilhabe leben! „Einbeziehung freiwillig und ehrenamtlich Tätiger in die Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ – Handreichung*. Freiburg, 2007.
3. METZLER, Heidrun; SPRINGER, Anke: *Umwandlung von Wohnangeboten in Groß- und Komplexeinrichtungen zu gemeindeorientierten Wohnangeboten für Menschen mit Behinderung. Zentrum zur interdisziplinären Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen (Z.I.E.L.), Tübingen/Freiburg*, 2010.

## ► Eine Erfolgsgeschichte: Die Fusion aus sozialpsychiatrischer Sicht

Die Fusion von Behindertenhilfe und Psychiatrie in der Caritas kann mit Fug und Recht als erfolgreich bezeichnet werden, wenn auch unverändert eine kritisch-solidarische Aufmerksamkeit nötig ist. Worin bestand diese notwendige Wachsamkeit, was ist aus ihr geworden und worin liegt der Gewinn aus heutiger Sicht?

### Hintergründe der Bedenken der Sozialpsychiatrie

Ein kurzer Blick zurück lässt die Skepsis der sozialpsychiatrisch Tätigen in ein nachvollziehbares Licht rücken. Nach der dunklen Zeit des „Euthanasie“-Programms der Nationalsozialisten (der Krieg gegen die psychisch Kranken und die Behinderten) und einer langen Zeit der Sprachlosigkeit schälte sich Schritt für Schritt die Sozialpsychiatrie in den 60er Jahren mit ihrem intensiven Engagement und einer beharrlichen Alltagsarbeit in allen Ländern Mitteleuropas als ethisch-moralisch-gesellschaftskritische Antwort auf das einseitig naturwissenschaftlich bestimmte medizinische Defizitmodell heraus. Dieses wiederum bildete in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts einen fruchtbaren Nährboden für das „Euthanasie“-Programm unter anderem auch durch Begrifflichkeiten wie Unheilbarkeit, Therapieunfähigkeit, endgültiger und gewalttätiger gesellschaftlicher Ausschluss und Ausgrenzung im Namen von Erkrankung und krankheitsbedingter Gefährlichkeit, um schließlich endgültige Ausgrenzung bis hin zur Vernichtung zu legitimieren.

Die Sozialpsychiatrie entwickelte in ihrer gesamten Vielfalt eine eigene, wenn auch hin und wieder brüchige Identität auf der Basis ihrer Leitlinien:

- psychische Erkrankung als grundsätzliche Möglichkeit der menschlichen Existenz mit Ressourcenorientierung;
- ein multifaktorielles Gesundheits-/Krankheitsverständnis auf der Grundlage des Vulnerabilitätskonzeptes;
- die Anerkennung der menschlichen Würde unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung;
- die gemeinwesenorientierte Behandlung und Betreuung gegen Ausgrenzung in gemeindefernen Anstalten;
- die Förderung der Selbsthilfeorganisationen und des Dialogs und schließlich
- die Überwindung der psychiatrischen Anstalt durch die Einrichtung eines Netzes an gemeindenahen Diensten und Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung.

Auf der Grundlage dieser Leitlinien, mit der Psychiatrie-Enquete (1976) und dem Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung als fachpolitische Instrumente im Rücken, entstand bundesweit nach und nach ein flächendeckendes gemeinwesenorientiertes Netz sozialpsychiatrischer Hilfen mit jedoch von Region zu Region teilweise beträchtlichen Unterschieden. Auf der einen Seite also die wachsende Identität der Sozialpsychiatrie, die sich innerhalb des psychiatrischen Diskurses immer

wieder aufs Neue behaupten musste (muss). Auf der anderen Seite die Abgrenzung zur Behindertenhilfe, welche trotz aller Bemühungen und Fortschritte nicht das Ausmaß und das fortschrittliche Niveau erreichte, zumindest nicht in dieser Breite und in diesem fachpolitischen, bundesweiten Ausmaß wie die Sozialpsychiatrie.

### Mögliche Risiken bei der Fusion

In der Gegenüberstellung von Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe wurden von der Sozialpsychiatrie die Risiken „dingfest“ gemacht. So fand die Skepsis ihre Grundlage. Die nicht immer sattelfeste Identität der Sozialpsychiatrie trug mit zu den Bedenken bei, von den großen und mächtigen Trägern der Behindertenhilfe „geschluckt“ und vereinnahmt und nicht mehr als eigenständige Disziplin im Verband wahrgenommen zu werden. Zum einen handelt es sich hier um eine irrationale Haltung, vor allem beruhend auf der immer wieder erforderlichen Selbstbehauptung der Sozialpsychiatrie auf unterschiedlichen Ebenen, was wiederum für die Sozialpsychiatrie nicht identitätsstabilisierend war (ist). Auf der anderen Seite bleibt aber ein rationaler Kern. Trotz Krüppelbewegung, trotz der vermehrten Forderung nach Verkleinerung der großen Behinderteneinrichtungen, trotz der Forderung nach Teilhabe und nach einem veränderten Krankheitsverständnis konnte bislang nicht von einer breiten Bewegung zur Überwindung der großen Behinderteneinrichtungen gesprochen werden. Dies verändert sich aber nach und nach und durch das SGB IX und die UN-Behindertenrechtskonvention deutlich. Die Befürchtungen der Sozialpsychiatrie äußerten sich darin, dass aufgrund der voneinander verschiedenen Entwicklung von Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe unterschiedliche Inhalte, Konzepte, Sichtweisen und Herangehensweisen durch die Verschmelzung verwässert werden könnten. So verlangt zum Beispiel das Zusammenwirken von psychotherapeutischen, psychosozialen und pharmakologischen Methoden in der Behandlung eines schizophran erkrankten Menschen ein anderes Vorgehen als der Umgang mit einem geistig behinderten Menschen und umgekehrt, wenn auch die Haltung gleich ist (Würde, Respekt, Achtung, Ernstnehmen). Ein weiteres Risiko: Vor allem die Finanzierung von niederschweligen Hilfen über

## Impressum neue caritas CBP – Info

### POLITIK PRAXIS FORSCHUNG

Redaktion: Dr. Thorsten Hinz (hj) (verantwortlich), Corinna Tröndle (ct),  
Dr. Franz Fink (ff), Manuela Blum,  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg, Tel. 0761/200-301, Fax: 0761/200-666

CBP-Redaktionssekretariat:  
Simone Andris, Tel. 0761/200-301, Fax: 200-666, E-Mail: cbp@caritas.de

Vertrieb: Rupert Weber  
Tel. 0761/200-420, Fax: 200-509, E-Mail: rupert.weber@caritas.de

Titelfoto: Eike Thomsen

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung.

Herausgegeben vom CBP e.V. in Freiburg

das SGB V wie die ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie und Integrierte Versorgung (Verflüssigung und Auflösung der Grenzen zwischen ambulant und stationär) könnte durch eine nicht sorgfältig geplante und umgesetzte Fusion von Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe ausgebremst werden oder zumindest doch in Mitleidenschaft geraten. Eine damit zusammenhängende Verringerung des Drucks auf die kontinuierliche Ausdifferenzierung der Finanzierung von Hilfen über die verschiedenen Gesetzbücher hinweg mit der Forderung nach der Gleichstellung von psychisch mit somatisch kranken Menschen könnte die Folge sein. Damit soll jedoch nicht ausgeblendet werden, dass auch behinderte Menschen per se einen rechtlichen und praktischen Anspruch auf Leistungen der vorrangigen Kostenträger im Zuge der Gleichberechtigung und Gleichstellung haben.

Eher in irrationalen Gefühlen bewegte sich die latente, aber eben doch im Hintergrund mitschwingende Befürchtung, dass sich durch die Verschmelzung wieder vermehrt traditionelle Haltungen und Sichtweisen wie beispielsweise das kustodiale, defizitbestimmte und versorgungsgeprägte, einseitige „Ich-weiß-was-für-dich-richtig-und-gut-ist“-Verständnis aufgrund der Übermacht der Behindertenhilfe in den Vordergrund schieben. Insgesamt kann in der Sozialpsychiatrie von einer Gemengelage an Haltungen, Positionen und von einem Verständnis gesprochen werden, das sich aus rationalen und irrationalen, sich gegenseitig bedingenden Anteilen zusammensetzte.

#### **Was ist mittlerweile nach zehn Jahren Fusion aus dieser Gemengelage geworden?**

Beruhigenderweise bestätigt sich allen Skeptikern und Kritikern aus den Reihen der Sozialpsychiatrie zum Trotz: Die sozialpsychiatrischen Einrichtungen und ihre Träger, die im CBP beheimatet sind, bestehen unverändert und fühlen sich dort gut aufgehoben und unterstützt. Probleme und Konflikte bis hin zu existenziellen Gefährdungen von sozialpsychiatrischen Einrichtungen gründen vielmehr auf schwieriger gewordenen ökonomisch-politischen Rahmenbedingungen oder auf anderen strukturellen Erschwernissen oder hängen mit dem Druck zusammen, dem die Sozialpsychiatrie (der psychiatrische Diskurs) seit jeher und in den letzten Jahren vermehrt durch die Renaissance der neurobiologischen Forschung und Erkenntnisse ausgesetzt ist. Dem entgegen steht die Unterstützung und der Rückenwind, die sich für die Leitlinien, die „Philosophie und Kultur“ der Sozialpsychiatrie aus dem SGB IX und vor allem aus der UN-Behindertenrechtskonvention ergeben: Recht auf Teilhabe, die Würde des Menschen unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung oder Behinderung, Solidarität und Inklusion. Hinsichtlich dieser neuen („alten“) Leitlinien kann die Sozialpsychiatrie nach wie vor die Funktion des kritischen Stachels im Fleisch großer Behinderteneinrichtungen und ihrer Träger ein- und übernehmen. Der Fachbeirat Psychiatrie in der

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie kann und sollte diese Aufgabe konstruktiv und aktiv annehmen und ausfüllen. Dabei übernimmt eine wichtige fachliche und politische Funktion (auch im identitätsstiftenden und -festigenden Sinne) das regelmäßig stattfindende bundesweite Kontaktgespräch der Psychiatriefachverbände.

Auch der Fachbeirat Psychiatrie als Vertretung der sozialpsychiatrischen Dienste ist im CBP angekommen und wird im Vorstand und in den Ausschüssen als eigenständige Einheit wahr- und ernst genommen. Dies hängt eng mit der engagierten Arbeit des Fachbeirates und mit der Kompetenz seiner Mitglieder zusammen, unterstützt und bestätigt durch erfolgreiche Fachtage, andere Veranstaltungen und Projekte. Kritisch ist anzumerken, dass der Fachbeirat in den Veröffentlichungen des Verbandes zu wenig präsent ist sowie die Verbindung und die Kontakte zu den Mitgliedseinrichtungen ohne Zweifel ausbaufähig sind. Selbstkritisch gewendet heißt dies: Inwieweit der Fachbeirat Psychiatrie mit seinen Themen und Inhalten auf verschiedenen Ebenen Spuren hinterlässt und seinen Stempel mit aufdrückt, liegt auch an ihm selbst, wohl wissend, dass die Mitglieder des Fachbeirates diese Arbeit ehrenamtlich leisten.

Profitiert hat der Fachbeirat (und haben damit auch die Mitgliedseinrichtungen – hoffentlich) von der sehr engagierten, zuverlässigen und kompetenten Arbeit des Vorstandes und der Geschäftsstelle. Die sozialpolitische Arbeit, der Kontakt mit der Bundespolitik, die Abstimmung der Vorstandsarbeit mit dem Deutschen Caritasverband, die Veranstaltungen zu aktuellen und übergreifenden Themen oder die Mitgliederversammlungen tragen ihre Früchte und fördern auf der Bundesebene, wenn nicht direkt, so zumindest mittelbar, die sozialpsychiatrische Debatte und die Praxis bei den Mitgliedseinrichtungen. Wenn die Auswirkungen auch nur schwerlich nachgewiesen werden können, ist eines gewiss: Ohne die Fusion wären die Aktivitäten der sozialpsychiatrischen Dienste vereinzelt und isoliert, zersplittert, häufig unabgesprochen und gekoppelt mit unnötigen Konkurrenzen. In der Bündelung und Zusammenführung der Kräfte, der Kompetenzen und des Engagements und damit der übergreifenden Bearbeitung sozialpolitischer Themen liegt zweifellos eine der Stärken und die strategische Perspektive der Fusion.

Zukünftig wird der Fachbeirat versuchen, in der Öffentlichkeit wie im Vorstand mehr Präsenz und Initiative zu zeigen. Der Fachbeirat möchte sich nicht zuletzt aus den oben genannten Motiven heraus (für die schon seit über 30 Jahren verfolgten sozialpsychiatrischen Leitlinien und die entsprechende Praxis) mit dem Rückenwind der UN-Behindertenrechtskonvention konstruktiv in den Vorstand und die Arbeit des CBP stärker einbringen und Einfluss nehmen.

Dr. Klaus Obert

Vorsitzender im CBP-Fachbeirat Psychiatrie in der Caritas

Kontakt: k.obert@caritas-stuttgart.de

## ► Behinderung heute – Wahrnehmung in der Öffentlichkeit

Das zehnjährige Jubiläum des CBP und das Thema der Caritas-Kampagne „Selbstbestimmte Teilhabe für Menschen mit Behinderung“ fallen beide auf das Jahr 2011, das die Inklusion von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in den Blickpunkt der Öffentlichkeit rücken lässt.

Der Literatur-Wettbewerb „Barrieren überwinden“, den der CBP anlässlich der Kampagne ausgeschrieben hat, bewegte über 100 Menschen mit und ohne Behinderungen dazu, sich mit der Frage, wie Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen verwirklicht werden kann, in verschiedenen literarischen Gattungen auseinanderzusetzen. Die Postkartenaktion zum gemeinsamen Lernen von Kindern mit und ohne Behinderungen von CBP und DCV hat großen Anklang gefunden. Über 38.000 Postkarten – adressiert an den Präsidenten der Kultusministerkonferenz – sind im ersten Halbjahr 2011 bundesweit nachgefragt worden, mit dem Ziel, das Recht auf einen gemeinsamen, wohnortnahen Schulbesuch in den Ländergesetzen festzuschreiben. Auch die Tagespresse greift das Thema inklusive Bildung immer wieder auf und präsentiert gelungene Beispiele von gemeinsamem Lernen in Schulen. Dabei handelt es sich bisher größtenteils um Kooperationen zwischen den verschiedenen Schularten, die Presseartikel zeigen jedoch, dass das Thema Inklusion mehr und mehr die Zivilgesellschaft erreicht.

Wie hat sich in der Öffentlichkeit die Wahrnehmung in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit Behinderung verändert? Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hat dazu eine sozialwissenschaftliche Untersuchung in Auftrag gegeben.<sup>1</sup> Diese bezieht sich auf das Modell der sozialen Milieus von Sinus Sociovision, das sich, im Gegensatz zu den herkömmlichen Schichtmodellen, nicht ausschließlich an den sozioökonomischen Lebensbedingungen orientiert, sondern zudem an Wertorientierungen, Lebensstilen und ästhetischen Präferenzen der Menschen. Sie nehmen die Lebenswelt der Menschen als Ganzes in den Blick, analysieren Alltagseinstellungen zu Arbeit, Familie, Freizeit, Medien, Geld und Konsum. Menschen mit ähnlichen Lebensauffassungen und Lebensweisen werden in zehn Milieus gruppiert (Sinus Sociovision: Die Sinus-Milieus in Deutschland, [www.sinus-sociovision.de](http://www.sinus-sociovision.de)).

Die Untersuchung zur „Diskriminierung im Alltag“ zeigt, dass es eine hohe Akzeptanz der Bevölkerung für Menschen mit Behinderung gibt. 92 Prozent der Befragten stimmen der Aussage zu: „Gerade Behinderte brauchen besonderen Schutz, weil sie sich selbst nicht helfen können.“ Parallel dazu erklären sich 65 Prozent der Befragten mit der Äußerung einverstanden: „Wenn eine Frau, die ein behindertes Kind erwartet, abtreibt, finde ich das in Ordnung.“ Diese gegensätzlichen Statements verdeutlichen die Ambivalenz, die in der Öffentlichkeit vor-

herrscht. Ein Großteil der Bevölkerung hat Berührungsängste, ein normaler Umgang mit behinderten Menschen ist noch kaum möglich: 73 Prozent der Befragten räumen ein: „Wir sind es einfach nicht gewohnt, mit Behinderten unverkrampft umzugehen.“ Gerade aber bei den jüngeren Menschen (im Milieu der „Experimentalisten“ und der „Modernen Performer“) sowie im Milieu der „Postmateriellen“ ist ein Umdenken zu verzeichnen: Sie zeigen zwar Mitleid, das auf einen starken Fürsorgegedanken zurückgeht, aber auch verstärkt Empathie mit Menschen mit Behinderung und nehmen sie als vollwertige Menschen ernst. Statements wie „Barrierefreiheit fängt im Kopf an, nicht an der Bordsteinkante“ und „Behinderte haben im Berufsleben nur wenig Chancen“ zeigen, dass die Diskriminierung von behinderten Menschen in unserer Gesellschaft kritisiert wird.

Im Milieu der Postmateriellen wird der Begriff „Behinderte“ schon als diskriminierend wahrgenommen. Die unteren sozialen Milieus, die „Hedonisten“ und „Konsum-Materialisten“, sind vor allem für die materielle Benachteiligung von Menschen mit Behinderung sensibilisiert. Sie kritisieren insbesondere die Kosteneinsparungen im Zuge der Gesundheitsreform und sehen gerade Menschen mit Behinderung besonders benachteiligt: „Der Staat spart immer an der falschen Stelle“, „Der Oberfuzzi von der Krankenkasse sollte mal 24 Stunden eine falsche Brille tragen müssen“. Quer durch alle Milieus versprechen sich viele Befragte Fortschritte zur Gleichstellung behinderter und nicht-behinderter Kinder in Schulen und Kindergärten. Integration in Bildungseinrichtungen, so die Meinung, würde zu mehr „Normalität“ im Umgang der Kinder miteinander führen und somit das Problem des derzeit noch verkrampften Miteinanders in Zukunft lösen.

Die Untersuchungsergebnisse, die bereits im Jahr 2008 veröffentlicht wurden, zeigen deutlich, dass die Gesellschaft noch sehr ambivalent im Umgang mit Menschen mit Behinderung ist. Seit der Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung im März 2009 in Deutschland erhält die Inklusion ein größeres öffentliches Interesse. Eine gute Bewusstseins- und Öffentlichkeitsarbeit mit den Zielen der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung bleibt jedoch eine große und stete Herausforderung für Wohlfahrts- und Fachverbände.

Corinna Tröndle

Fachreferentin im CBP

Kontakt: [corinna.troendle@caritas.de](mailto:corinna.troendle@caritas.de)

### Anmerkung

1. Vgl. das Forschungsprojekt „Diskriminierung im Alltag. Wahrnehmung von Diskriminierung und Antidiskriminierungspolitik in unserer Gesellschaft“, eine sozialwissenschaftliche Untersuchung von Sinus Sociovision für die Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Heidelberg, Juli 2008, S. 72 ff.

## ► Sozialräumliche Herausforderungen – die Blicke ändern sich

Ein kurzer Blick zurück: Im Jahr 2001 untersuchten das Deutsche Hygiene-Museum und die Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch mit ihrer Ausstellung „Der (im-)perfekte Mensch“ den Blick auf den Menschen mit Behinderung. Zunächst fand sich der Besucher der Ausstellung vor einer Backsteinmauer wieder, in der kleine Sehschlitze – einer Camera obscura oder Peepshow gleich – eingeschnitten waren, von denen konnten Blicke „auf das historisch wie gegenwärtig ‚Abweichende‘ geworfen“ werden. Die Ausstellung entlarvte „stauende“, „medizinische“, „vernichtende“, „mitleidige“, „bewundernde“, „instrumentalisierende“ oder „ausschließende Blicke“ auf Menschen mit Behinderung. Die Ausstellung betonte die „zeitlich kulturell determinierte Wahrnehmung“ von Behinderung, welche verbunden ist „mit bestimmten Haltungen, Bewertungen und Umgangs- sowie Reaktionsweisen“ (Deutsches Hygiene-Museum und Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch 2001, S. 186).

Der Blick der letzten zehn Jahre auf das „Phänomen Behinderung“ hat sich entscheidend weiterentwickelt. Wie schauen wir heute als Fachwelt auf Menschen mit Behinderung? Das 2001 verabschiedete SGB IX definiert zur Abgrenzung der Leistungsberechtigten „Behinderung“ über Beeinträchtigung der Teilhabe durch individuelle funktionelle Defizite: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen unterzeichnet, verzichtet auf eine klar umrissene Definition des Begriffs „Behinderung“, sondern führt ein offenes Konzept für Behinderung ein (Vgl. Aichele 2008, S. 5<sup>1</sup>). In der UN-Konvention heißt es: „... dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen und wirksamen Teilhabe auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen an der Gesellschaft hindern.“ (UN-Konvention, Präambel, Absatz e). Dies hat nicht nur semantische Bedeutung, sondern das gesellschaftliche Umfeld wird nochmals stärker in den Blick gerückt, welches durch seine Barrieren selbstbestimmte Teilhabe von Menschen behindert. Andererseits wird mit der UN-Konvention das sich kontinuierlich Wandelnde, aber auch Veränderbare und Gestaltbare von Barrieren und Umwelt betont.

Was lässt sich aus der aktuellen Diskussion um den Behindertenbegriff auf die Gestaltung von Hilfen folgern? Die

Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder (ASMK) plant seit einigen Jahren, auch auf der Basis der UN-Konvention, eine Neuausrichtung der Eingliederungshilfe zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung. „Prägend für die Neuausrichtung ist der Wandel von einer überwiegend einrichtungsorientierten zu einer personenzentrierten Hilfe mit der Folge, dass die derzeitige Charakterisierung von Leistungen der Eingliederungshilfe in ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen entfällt. Der Teilhabebedarf des Menschen mit Behinderungen wird individuell, bedarfsgerecht und umfassend gedeckt“ (ASMK – Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2010, S. 1f. und ASMK 2010, S. 3). Deutlich ist jedoch bereits in den aktuellen Diskursen geworden, dass es nicht ausreicht, den Einzelnen über personenzentrierte Leistungen mit persönlichen Ressourcen auszustatten und ein passendes Hilfearrangement zu schaffen, sondern dass der Mensch mit Behinderung in seinen sozialen Beziehungen darauf angewiesen ist, dass sein Lebensraum barrierefrei, zugänglich und inklusiv gestaltet wird. Räumlich gemeindenah zu wohnen und unterstützende, gegebenenfalls auch inklusive Angebote in der Gemeinde vorzufinden bedeutet darüber hinaus noch lange nicht automatisch auch, in Beziehungen zu leben, in denen man füreinander „bedeutsam“ wird, wie es Dörner für Inklusion fordert (vgl. Dörner 2007, S. 42), und so ist es noch ein weiter Weg, bis ein Mensch mit Behinderung seine Gemeinde als eigenen Sozialraum, als sein „Quartier“, „Lebensraum“, „Aneignungsraum“ oder „Heimat“ wahrnehmen kann.

Teil der Gemeinde zu sein beinhaltet für Menschen Chancen und Grenzen zugleich. Grenzen sind zum Beispiel die Barrieren, die in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Sinne eines biopsychosozialen Modells von Gesundheit beschrieben sind. Chancen bieten sich, da hier neue Formen des Zusammenlebens, der gegenseitigen Unterstützung und Solidarität, der Verantwortungsübernahme für die Mitbürger(innen), das freiwillige und ehrenamtliche Engagement entstehen können und sollten. Der amerikanische Soziologe Robert Putnam bezeichnet diese informellen Unterstützungsformen als soziales Kapital. Jedoch weist er darauf hin, dass ebenjener „Kitt“ der Gesellschaft auch gefährdet ist, dass er schwindet und einer gezielten gesellschaftlichen Unterstützung bedarf. Und es wird darüber hinaus deutlich: „Zwar können Profis unendlich viel; nur eines können sie nicht, nämlich die Integration alltagswirksam und dauerhaft vollziehen. Diese Integrationsleistung können nur Bürgerinnen und Bürger erbringen“ (Dörner 2010, S. 87). Denn alle Menschen sollten jenseits professioneller Hilfeleistungen und Hilfe-, Bildungs- und Gesundheitssysteme – stärker als bisher üblich – auch informelle, nicht rechtlich und organisatorisch formalisierte Hilfestellungen und Unterstützungen vor Ort nutzen können. Dörner beschreibt Möglichkeiten, wie durch berufliche Hilfen im Dritten Sozialraum, also dem Raum zwischen privatem und



öffentlichem Raum, von ihm auch als „Nachbarschaft“ bezeichnet, das Gemeinwohl, als Ideal sozialen Handelns, sowie der Gemeinsinn, also die Bereitschaft zu solidarischem Handeln, unterstützt werden kann (vgl. Dörner 2010, S. 83). Evers und Olk öffnen den Blick bereits 1996 noch weiter und sehen die Verantwortung für alle Bereiche der Daseinsvorsorge aufgeteilt auf Staat, Markt, freie Träger und den informellen Bereich (wie Haushalte oder Familien). Sie beziehen sich auf die Grundzüge der Theorie der „mixed economy of welfare“ (Vgl. Evers/Olk 1996). Klie und Roß benennen in Bezug auf diese vier Trends der Entwicklung „gemischte Wohlfahrtsproduktion“ für Deutschland: Sie beschreiben den Trend, ...

- ... den informellen Sektor gezielt in Wohlfahrtsmixturen einzubeziehen,
- ... den verstärkten Einbezug kommerzieller Anbieter in Wohlfahrtsmixturen,
- ... dem Staat vorrangig die Rolle eines Initiators, Regulators und Moderators von Wohlfahrtsmixturen zuzuweisen, sowie
- ... freiwilliges Bürgerschaftliches Engagement als unverzichtbares Ingrediens zeitgemäßer Wohlfahrtsmixturen zu betrachten (Vgl. Klie/Roß 2005, S. 20).

Wenige Konzepte werden in der Inklusionsdebatte derzeit in der Behindertenhilfe so intensiv diskutiert wie einerseits das von Community Care/Community Living und andererseits das der Sozialraumorientierung (Vgl. Aselmeier 2008, Franz 2008, Franz/Beck 2007, Krach 2010, Magin 2011, Loeken/Windisch 2010, Schablon 2009, Seifert/Steffens 2009, Stein/Krach/Niediek 2010, Seifert 2010, Schwarte 2010).

Hinte, Litges und Springer riefen bereits 1999 mit dem Schlagwort „Vom Fall zum Feld“ zu einem Wandel der Hilfen in der Sozialen Arbeit auf, die Lebensbedingungen verstärkt zu gestalten, statt Menschen verändern zu wollen. Soziale Dienste, so lautet die Kernthese, müssen ihr Hauptaugenmerk auf die unmittelbare Lebenswelt ihrer Adressat(inn)en richten und durch eine verstärkte Orientierung „vom Fall zum Feld“ Quartiere zusammen mit den dort lebenden Menschen gestalten, etwa durch Stärkung von Nachbarschaften und informellen Netzen oder Beteiligung in der Wohnumfeldverbesserung (Vgl. Hinte/Litges/Springer 1999). Zur Verwirklichung von Teilhabe an der Gesellschaft sollen somit Hilfeangebote das Ziel haben, Menschen mit Behinderung ein ihnen gemäßes Leben in ihren gewachsenen sozialen Bezügen zu ermöglichen und ihre Teilhabe als Bürger(innen) ihrer Gemeinde vor Ort zu erhalten. Vergleicht man Community Care mit dem Ansatz der Sozialraumorientierung, so kann man feststellen, dass beide ähnliche Ziele verfolgen: „Ausgangspunkt der Arbeit ist immer die konkrete Lebenspraxis der Menschen, neben dieser Orientierung auf die Individuen hin steht bei beiden Ansätzen auch die Entwicklung des Gemeinwesens im Mittelpunkt. Ihr Ziel ist nicht nur eine zufriedenstellende Unterstützungsleistung, sondern immer auch die Verbesserung der Lebenssituation aller im Stadtteil oder

der Gemeinde lebenden Menschen“ (Franz/Beck 2007, S. 40). Die Evangelische Stiftung Alsterdorf und die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin haben 2009 betont: „Eine sozial-unternehmerische Ausrichtung mit der doppelten Perspektive Person und Sozialraum ist allerdings derzeit noch mit dem Problem verbunden, dass die traditionellen Dienstleistungssettings zum Teil erheblich besser finanziert und ausgestaltet sind und sozialräumliches Arbeiten unternehmerisch in der Regel nur durch Quersubventionierungen möglich ist“ (Evangelische Stiftung Alsterdorf/Katholische Hochschule für Sozialwesen 2009, S. 14). Sie geben in einem Positionspapier elf Empfehlungen für eine Befähigung des Gemeinwesens zur Inklusion („Enabling Community“ – vgl. Evangelische Stiftung Alsterdorf/Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin 2010) und werfen damit einen ganzheitlichen Blick auf die Entwicklungsanforderungen eines „inklusive Gemeinwesens“.

Wenn sich Begriffs-Konzepte ständig wandeln, dann braucht es im aktuellen Diskurs vor allem die kontinuierliche Reflexion des Gemeinwesens bezüglich der Entwicklung der Hilfen und Beteiligung von Menschen mit Behinderung; gerade auch die Mitwirkung von Menschen, die bisher in Komplexeinrichtungen wohnen. Der CBP hat sich bereits 2004 für die „Selbstbestimmung, Teilhabe und Leben in der Gemeinde“ positioniert (vgl. CBP 2004). Die lokalen Teilhabekreise als Handlungskonzept des CBP bieten hier einen praktischen Handlungsansatz für Einrichtungen und Dienste, um zu einem Diskurs vor Ort zu befähigen. Der Verband hat dazu aktuell eine Publikation vorgelegt, die das Konzept und Praxiserfahrungen darstellt (vgl. Pinner 2011 in neue caritas, CBP-Spezial 2/Mai 2011).

Die „moderne Orientierung an Empowerment, Selbstbestimmung und Teilhabe verlangt den Mitarbeitenden aller Ebenen tiefgreifende Veränderungen ab“ (Wüllenweber, 2008, S. 14). Die UN-Konvention mahnt Träger mit ihrem offenen Behindertenbegriff zu hoher Reflexivität und zum kontinuierlichen Überdenken der Strukturen: nicht nur, wie über Menschen mit Behinderung gedacht wird, sondern auch im Hinblick auf die sozialrechtlichen Grundlagen, die Verfassung unserer Gemeinwesen, die Finanzierungsmodalitäten, die Fachlichkeit und Struktur der Hilfen sowie der Einrichtungen und Dienste. Um Menschen mit Behinderung und Mitarbeitende in Einrichtungen und Diensten Sicherheit zu geben, ist die Frage immer wieder aufs Neue zu diskutieren: Wie können wir gemeinsam ein inklusives Gemeinwesen unterstützen? Was gilt es zu bewahren, was konkret und gegebenenfalls radikal zu ändern?

Frank Pinner

Fachreferent im CBP

Kontakt: frank.pinner@caritas.de

#### Anmerkung

1. Den kompletten Artikel sowie die Literaturliste finden Sie unter: [www.cbp.caritas.de/54259.asp](http://www.cbp.caritas.de/54259.asp)

## ► „Auf dem Weg ...“ zur Arbeit – Ergebnisse einer Tagung

### Abschlussstatement zur Tagung des Ausschusses Teilhabe am Arbeitsleben, Mai 2011 in Dresden

Auf der Fachtagung „Auf dem Weg ...“ haben sich im Mai dieses Jahres 150 Trägerverantwortliche, Leiter(innen) sowie leitende Fachkräfte aus Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe im CBP mit dem Thema „Die Lebensplanung des behinderten Menschen als Triebfeder seiner beruflichen Rehabilitation und Teilhabe“ beschäftigt. Bei der Caritasarbeit in der beruflichen Rehabilitation geht es um den Menschen mit Behinderung und die für ihn notwendige Begleit- und Unterstützungsstruktur. Von ihm aus gesehen sind Einrichtungen Dienstleister, die dabei Hilfestellung geben. Sie

- vermitteln dem Menschen mit Behinderung Bildung,
- helfen ihm bei der persönlichen Kompetenzbildung,
- führen ihn zu einem beruflichen Abschluss oder zu beruflicher Kompetenz,
- bauen eine Struktur auf, die Bildung, Arbeit und Beschäftigung dauerhaft ermöglicht.

Die Mitarbeiter(innen) übernehmen dabei die Rolle des „Animateurs“. Aber reicht es, dass die Einrichtungen die Prozesse gut organisieren? Wesentlich ist die Einbindung des Menschen mit Behinderung: Es kann nicht sein, dass sich der behinderte Mensch nach den Strukturen richten muss. Die Leistungen müssen sich nach den Anforderungen des behinderten Menschen richten:

- Das UN-Übereinkommen fordert auch für Menschen mit Behinderung ein höheres Maß an Selbstbestimmung, was Ort und Form ihres Arbeitens und Tätigseins betrifft.
- Es gibt Kritik an „Sondereinrichtungen“.
- Die ASMK fordert eine Finanzierung, die sich an den Leistungen, die für die Menschen mit Behinderung erbracht werden, orientiert.
- Peter Mozet vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn, trug in seinem Referat vor, dass der Gesetzgeber zukünftig „Werkstattarbeit“ auch außerhalb der anerkannten Werkstätten zulassen will.

Damit entsteht ein Markt. Neben den jetzigen Werkstätten werden sich neue Anbieter etablieren, die berufliche Tätigkeiten für Menschen mit Behinderung mit einer gesicherten Finanzierung anbieten können. Konkurrenz aber fordert von uns eine Positionierung. Diese kann nur lauten: Die Sicht auf den Menschen ist der zentrale Auftrag in der beruflichen Rehabilitation. Organisationen müssen sich nach den Bedarfen und den Bedürfnissen der behinderten Menschen richten. Personenorientierung bedeutet, dass die Berufs- und die Arbeitsplatzwünsche der behinderten Menschen berücksichtigt werden. Die Korrespondenz mit dem behinderten Menschen über seine Ziele, seine Wünsche, seine Vorstellungen und Möglichkeiten ist geboten.

Dabei gilt es, individuelle Wege zu ermöglichen.

In einem offenen Markt der beruflichen Bildung und der Arbeit für Menschen mit Behinderung zu agieren bedeutet, die Attraktivität von Werkstätten zu erhöhen und Anreize zu schaffen. Das Wichtigste ist die fachliche Qualität der Arbeit und die Qualität der menschlichen Beziehung. Eine Arbeitsgruppe der Tagung formulierte:

- Die Einrichtungen sind auf dem Weg, sich als Dienstleister für behinderte Menschen aufzustellen, indem sie bedarfsgerechte Assistenzleistungen anbieten und alle Formen der beruflichen Teilhabe ermöglichen.
  - Sie verfügen über die Kompetenz, behinderte und auch schwerbehinderte Menschen in diesen Prozessen fachlich und menschlich gut zu begleiten: Hier liegt eine ihrer großen Kernkompetenzen.
  - Sie verfügen über Kontakte zu Betrieben in der Region und können hier auch die aus der Behinderung sich begründende notwendige Begleitung und Unterstützung übernehmen – von der Begleitung des Individuums über die Arbeitsplatzgestaltung bis hin zur Begleitung des kollegialen Umfeldes.
  - Die Entwicklung zum „Kompetenzzentrum Arbeit“: Die Anforderungen an die Gestaltung von Bildung und Arbeit ergeben sich wesentlich aus dem Willen des behinderten Menschen.
  - Gerade aus der Auseinandersetzung mit dem Persönlichen Budget resultiert die Frage: Was kauft sich der behinderte Mensch eigentlich mit seinem Geld ein? Er kauft seine Unterstützung, Hilfestellung und Begleitung ein, um so seine Chance auf Bildung und Teilhabe zu realisieren. Er kauft keinen Werkstattplatz, er kauft personorientierte Leistungen.
- Die Vorgabe des UN-Übereinkommens ermöglicht den Einstieg in eine weitere, offenere, die Gesellschaft einschließende Diskussion über die Rolle und die Bedeutung der behinderten Menschen als Bürger(innen) ihrer Gemeinden. Die Verantwortung für die Teilhabe an der Gesellschaft und an der Arbeit liegt bei der Gesellschaft, vor allem bei der örtlichen Gemeinde. Hier müssen die anstehenden Veränderungen in diesen gesellschaftlichen Diskurs mit eingebracht werden.
- Das gilt natürlich für den Anspruch auf Inklusion, den auch schwerstbehinderte Menschen haben: Es ist notwendig, vom Schwächsten her zu denken. Es kann nicht sein, dass jetzt die neuen Formen des Arbeitens nur für die „Fitteren“ angedacht und die Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf benachteiligt werden.
  - Auch „Arbeit“ bezieht sich nicht allein auf den arbeitenden Menschen, sondern bedingt immer auch die Gestaltung des Umfeldes mit. Dies betrifft die Arbeitsplatzgestaltung selbst, aber auch die Einbindung des Einzelnen in die Gruppe der Arbeitenden. Bei der Arbeit gibt es immer auch soziale Beziehungen.
  - In unsere Debatte nehmen wir den Aspekt der „Sozialraum-

beziehung“ mit auf. Bestehende soziale Beziehungen und das persönliche Umfeld können noch stärker als bislang mitberücksichtigt werden.

Dieser Ansatz stärkt die Idee des Empowerment doppelt: Wenn wir aus der Perspektive des Betroffenen schauen, dann wird seine Sicht und sein Wille die Basis unserer Unterstützung sein. Dabei sollten vorhandene stärkende Ressourcen zusätzlich genutzt werden. Wir müssen dabei nicht pauschal und schematisch vorgehen, sondern können sogar – andersherum – die vorhandenen Ressourcen dafür nutzen, dass die Gesellschaft die behinderten Menschen anders als bislang wahrnimmt.

Wir sollten der Gesellschaft die Verantwortung für solidarisches Handeln und die damit verbundenen Aufgaben nicht abnehmen, sondern ihr mit unserem Fachwissen helfen, dass Inklusion für jeden Einzelnen gelingt. Das wird das Bild der Gesellschaft vom behinderten Menschen und auch ihr Bild von unserer Arbeit positiv verändern. Eine Arbeitsgruppe notierte: Es kann nicht die einseitige Erwartung an uns als Einrichtungsverantwortliche sein, die Gesellschaft mit den Konsequenzen des UN-Übereinkommens vertraut zu machen und die Inklusionsprozesse zu steuern. – Das können wir nicht, und ich sage zusätzlich: Das dürfen wir auch nicht.

Aber wir können über eine Neugestaltung der Prozesse und über eine Neugestaltung unserer Unterstützung und gerade durch die Einbeziehung des Sozialraumes die Umsetzung von Inklusion real erfahrbar machen. Einer der Bausteine dafür ist „Flexicurity“, wie Fritz Krueger, Vorstand a.D. der Josefs-Gesellschaft, Köln, und Ombudsmann im Sozialwerk St. Georg, Gelsenkirchen, in seinem Beitrag vorschlug: Flexibilität schaffen, aber zugleich Sicherheit bieten. Das ist zugleich der Vorteil und auch die Chance, die wir mit unseren erfahrenen und auch „gesicherten“ Organisationen bieten.

Die künftige Entwicklung zu skizzieren bedeutet, die Schnittstellen der beruflichen Orientierung neu in den Blick zu nehmen. Gerade Träger, die auch eine Schule haben, sollten die Chance einer frühzeitigen beruflichen Orientierungsphase nutzen.

Die CBP-Einrichtungen müssen sich als kompetente Dienstleister für die Unterstützung behinderter Menschen auf dem Feld der Arbeit einbringen. Es sollen nicht allein Arbeitsplätze im Stammgebäude vorhanden sein, vielmehr sollte auch das Konzept der ausgelagerten Arbeitsplätze offensiv vorangetrieben und unter Nutzung vorhandener sozialer und gesellschaftlicher Strukturen ausgeweitet werden. Die Orientierung am Willen des behinderten Menschen und die Einbeziehung vorhandener unterstützender sozialer Ressourcen und Beziehungen sind hier von großer Bedeutung. Diese Kompetenz sollte im regionalen Einzugsbereich als neues Angebot bekanntgemacht werden. Treibende Kraft dabei ist eine neue solidarische Verantwortungsgemeinschaft zwischen dem behinderten Menschen, seiner Familie, dem neuen Arbeitgeber, der Gemeinde und unserer Einrichtung:

- Das System ist offen; ausgelagerte Arbeitsplätze sind ein Teil der Werkstatt, die Werkstatt ist Teil des Sozialraumes.
- Netzwerke sichern die speziellen Kompetenzen der Einrichtung und definieren sie gleichzeitig als erforderlich.
- „Wir bringen die Stärken des Individuums und die Stärken unseres Unterstützungssystems zusammen und gestalten so den Sozialraum mit“, regte Dr. Fritz Krueger an.
- CBP-Einrichtungen sichern eine professionelle und verlässliche Verknüpfung von umfassender beruflicher Bildung, Nachhaltigkeit und ethischer Verantwortung.

Für die Einrichtungen bedeutet dies eine Weiterentwicklung der Organisation. Auch im Verhältnis zum behinderten Menschen gilt die Anforderung der „Flexicurity“ – gerade sie müssen sich aufgehoben und sicher fühlen. Das gelingt nur, wenn unsere Überzeugung feststeht, dass die Veränderung zur Verbesserung der Situation und des Status des behinderten Menschen dient.

Personorientierung hat unabweisbar auch Konsequenzen für die Finanzierung. Es herrscht bereits jetzt ein Streit, ob zukünftig die Struktur der Einrichtung die Grundlage für die Finanzierung von Teilhabe am Arbeitsleben sein wird. Die Idee des persönlichen Budgets war hierfür ein spannender Impuls. Leider ist diese Idee meiner persönlichen Überzeugung nach gescheitert. Die behinderten Menschen haben keinen Mut, das Persönliche Budget zu wagen, weil keiner ihnen die für sie oft existenziell notwendige Sicherheit für die angemessene Finanzierung der notwendigen Leistungen gibt. Und nur wenige haben den Mut, sich gegen den Widerstand der Kostenträger und gegen das Desinteresse der Einrichtungen durchzusetzen. Dabei wäre das Persönliche Budget eine große Chance gewesen, die Bedeutung des behinderten Menschen als Akteur in der beruflichen Rehabilitation herauszuarbeiten.

Wenn ein Wettbewerb im Bereich der beruflichen Rehabilitation in Werkstätten entsteht – wie dies die Ausführungen von Peter Mozet erkennen lassen – müssen wir uns darauf einrichten und die neuen Wirtschaftsfelder als Caritas mitbesetzen. Die Ausweitung von Angeboten außerhalb der Werkstatt birgt die Gefahr, dass unwidersprochen neue „Kategoriensysteme“ der Ausgrenzung entlang von Hilfebedarfsgruppen gemacht werden, die dazu führen, dass die Konzentration der verbleibenden Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in Werkstätten zunimmt und die Betreuung somit aufwendiger und tendenziell teurer wird. Es ist daher notwendig, die Finanzierung der Leistungen für betreuungsintensivere Menschen rechtzeitig personorientiert abzusichern. Nur so können wir dem entgegenwirken, dass die Verschiebung der Betreuungsleistungen die Finanzierbarkeit des „Restbetriebs“ der Werkstatt deutlich verschlechtert.

In der Folge ist auch eine Neubewertung der rechtlichen Vorgaben an die Werkstatt notwendig. Es darf keine Ungleichbehandlung von Werkstätten und Nicht-Werkstätten geben: Auch Neuanbieter müssen sich einem Zulassungsverfahren stellen

und die spezifischen Anforderungen an die Qualität ihrer Angebote erfüllen.

Andreas Werner vom Kommunalen Sozialverband Sachsen, Leipzig, gab in seinem Vortrag einen wichtigen Anstoß: „Das Vorhandene im Kontext von Inklusion vorsichtig weiterentwickeln“. Das UN-Übereinkommen bietet die Chance, die Lebenssituation der behinderten Menschen neu in den Blick zu nehmen und dabei die Verantwortung der Gesellschaft als Grundlage anzuerkennen. Dabei sollte aber nicht alles Vorhandene über Bord geworfen werden. Das neue System sollte mit Einbeziehung der jetzigen Akteure entstehen. Dazu müssen sich die Träger einbringen. Dabei haben auch die Akteure der beruflichen Rehabilitation und die anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen ihren Platz.

Bernward Jacobs

Vorsitzender des CBP-Ausschusses

Teilhabe am Arbeitsleben

Kontakt: jacobs@stift-tilbeck.de

## ► Es gibt noch viel zu tun

### Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie müssen ihre Kompetenzen stärken und ausweiten

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie feiert dieses Jahr sein zehnjähriges Bestehen. In dieser vergangenen Dekade hat sich vieles entwickelt, haben sich Menschen aus unterschiedlichsten Arbeitsfeldern der Behindertenhilfe und Psychiatrie auf einer gemeinsamen Plattform gefunden und haben bereichernde Erfahrungen gemacht. Das Miteinander auf gemeinsamen Grundlagen und Werten ist auch Voraussetzung dafür, dass die Herausforderungen der Zukunft geschultert und gemeistert werden können. Die Herausforderungen, die anstehen, sind groß. Sie sind es im Hinblick auf die sozialpolitischen Rahmenbedingungen. Sie sind es auch in einer innerverbandlichen Perspektive.

### Agenda 2010 und die Folgen

In der Sozialpolitik stehen für die Behindertenhilfe und Psychiatrie Zuspitzungen an, wie sie bereits in anderen Sozialfeldern und gesellschaftlichen Kontexten durch die Umsetzungen der Agenda-2010-Politik konkret und manifest geworden sind. Es lohnt sich ein kurzer Rückblick. Die Agenda 2010 bezeichnet ein Konzept der Regierungskoalition von SPD und Bündnis 90/Die Grünen zur Reform des deutschen Sozialsystems, das von 2003 bis 2005 verabschiedet und in die Umsetzung geführt worden ist. Der „wirtschaftspolitische Forderungskatalog für die ersten hundert Tage der Regierung“ der Bertelsmann-Stiftung war damals eine wichtige Grundlage. Um zu zeigen, dass aber die Agenda-Politik ohne die Unterstützung der CDU/CSU (auch von Teilen der FDP) kaum denkbar gewesen wäre, sei eine Aussage aus Angela Merkels Regierungserklärung vom 30. September 2005 zitiert: „Ich möchte Kanzler Schröder ganz per-

sönlich danken, dass er mit der Agenda 2010 mutig und entschlossen eine Tür aufgestoßen hat, unsere Sozialsysteme an die neue Zeit anzupassen.“ Mit „neuer Zeit“ wollte Angela Merkel die leeren beziehungsweise verschuldeten Haushalte benennen, die ein Sozialsystem, wie es noch in Zeiten des deutschen Wirtschaftswunders möglich war, als nicht mehr zeitgemäß erscheinen ließ. Von Kanzler Schröder machte das Wort „Wir fördern nicht nur, wir fordern auch“ die Runde. Die Gewerkschaften, zahlreiche Wissenschaftler(innen) und fast alle Sozialverbände haben der Agenda 2010 vorgeworfen, zu starke Einschnitte in den Sozialstaat vorzunehmen und diesen zu stark an die wirtschaftlichen Konjunkturdaten zu binden. Tatsächlich führte zum Beispiel die Gleichstellung der Arbeitslosen- mit der Sozialhilfe (Stichwort Hartz IV) bei vielen zu erhöhter Armut und bei denen, die in prekären Beschäftigungsverhältnissen arbeiten oder von Arbeitslosigkeit bedroht sind, zu einer starken Verunsicherung. Das Deutsche Institut für Wirtschaft in Berlin (DIW) kommt in einer Studie zum Arbeitslosengeld II zum Ergebnis: „Die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zum Arbeitslosengeld II bedeutet für mehr als die Hälfte der Betroffenen Einkommenseinbußen. Etwa ein Drittel wurde durch die Reform finanziell besser gestellt. [...] Die Armutsquote der Leistungsempfänger – vor der Reform gut die Hälfte – erhöhte sich auf zwei Drittel“ (Pressemitteilung vom 12. Dezember 2007). Die Maßnahmen der Agenda 2010 tragen vielen Kritiker(inne)n zufolge auch nur kurzfristig zur Lösung der mittel- und langfristigen Rentenproblematik und der steigenden Kosten der Krankenversicherung bei. Mehr Arbeitsplätze sind nötig, um die Zahl der Beitragszahler(innen) für die Sozialversicherung und die Steuerabgaben zu erhöhen. Im Gesundheitsbereich sind, ausgelöst durch die Agenda, immer mehr Einschnitte feststellbar, bei gleichzeitig mehr Aufwendungen und Restriktionen für die Patient(inn)en. Häufig wird das Stichwort der Zweiklassenmedizin angeführt, die mit der Agenda eingeführt worden sei.

Die Folgen der Agenda-2010-Politik haben inzwischen auch die Behindertenhilfe und Psychiatrie erreicht. An vielen kleinen Stellschrauben, gerade bei den Ermessensleistungen im SGB V und XII, wird gespart. Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder, die sich auf dem erweiterten Hintergrund der Agenda-2010-Politik eine Reform der Eingliederungshilfe (SGB XII) wünscht, hat bereits die grundsätzliche Kostenneutralität im Hinblick auf den Umbau beziehungsweise die Neugestaltung verkündet. Dieser Hintergrund ist insofern wichtig, als sozialpolitisch dem gegenüber ein ganz anderes Paradigma steht, das unter dem Thema UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung grundsätzlich mehr gesellschaftliche Teilhabe, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit fordert. Der neue Begriff Inklusion meint ein „Dabei-von-Anfang-an“, appelliert an mehr Gemeinschafts- und Bürgersinn aller, um sowohl Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten als auch anderen Rand-

gruppen eine selbstverständliche Gleichberechtigung zu ermöglichen. Die Politik hat bislang noch nicht deutlich gemacht, wie sie diesen Spagat, dieses Spannungsverhältnis zwischen Kostendruck einerseits und hohen Idealen andererseits im Interesse der Menschen und der Gesamtgesellschaft positiv auflösen will. Diesen grundsätzlichen Impuls braucht es aber, um die Bürger(innen) zu motivieren, eine andere, gerechtere Gesellschaft zu wagen und zu bauen.

#### **Herausforderungen für die Caritas und für den CBP**

„Die Krise und Zukunft des Sozialstaates“, so ein Buchtitel von Christoph Butterwege, Professor für Politikwissenschaft an der Universität Köln und Armutforscher, fordert die Caritas auf allen Ebenen und in ihren drei klassischen Rollen als Anwalt, Solidaritätsstifter und Dienstleister. In den hier virulent werdenden Herausforderungen gibt es hohe Erwartungen derer, die mit dem Rücken zur Wand stehen. Sie bedeutet für die, die Entscheidungen zu verantworten haben, Prioritäten abwägen zu müssen. Sozialpolitische Positionierungen und Lobbyarbeit, die auf Fachlichkeit und Ausgewogenheit gründen, brauchen aber in jedem Fall den innerverbandlichen Dialog, um zu konsensualen Ergebnissen zu finden. Darum müssen sich spitzen- und fachverbandliche Ebenen miteinander und selbstkritisch bemühen. Gerade das ist aber in einem hoch ausdifferenzierten System, wie es einerseits die gesamte verbandliche Caritas repräsentiert, nicht leicht. Es ist andererseits auch innerhalb des CBP nicht leicht, der selbst ein großes Spannungspotenzial in sich trägt. Im CBP treffen große Rechtsträger mit mehreren tausend Beschäftigten in unterschiedlichen Arbeitsfeldern auf spezialisierte ambulante Dienste mit geringem Personalstand. Es gibt Einrichtungen im ländlichen Raum mit einer langen Historie, die

jüngeren und modernen städtischen Angeboten gegenüberstehen, folgerichtig mit je unterschiedlichen Klient(inn)en. Auch die unterschiedlichen Behinderungsarten, die hochprofessionelle und zum Teil sehr unterschiedliche Hilfe- und Unterstützungssysteme benötigen, markieren einen Spannungsbogen. Viele weitere Bögen wären zu nennen. In der Zukunft wird es entscheidend sein, dass der CBP diese Spannungen als Chancen und Herausforderungen begreift, aus denen heraus neue Kompetenzen erwachsen können. Diese Kompetenzen müssen sowohl unternehmerisch als auch fachlich fundiert sein. Es geht um Wirtschaftsmodelle, die den möglichen Kund(inn)en und interessierten Menschen das bieten, was sie auf Basis der Ideale und Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention fordern und suchen. Die Angebote müssen ihre Wurzeln im christlichen Menschenbild benennen. Sie sind damit auch pastorale Aufgaben und Hoffnungen. Dazu kommt eine gute Netzwerkarbeit mit allen für den CBP wichtigen Partnern: mit der Selbsthilfe, mit den anderen Fachverbänden der Behindertenhilfe und Psychiatrie, mit den Bundesarbeitsgemeinschaften (zum Beispiel der WfbM und der Berufsbildungswerke), mit der freien Wohlfahrtspflege, mit der Politik, mit Interessenvertretungen wie dem Brüsseler Kreis, mit Wirtschafts- und Sozialverbänden und den Kirchen. Um in einem Bild zu sprechen: Bevor Menschen Schiffe bauen, müssen sie vom Meer träumen und wissen, wohin sie segeln werden. Der CBP hat erste Segel gesetzt. Weitere Segel- und Zielsetzungen müssen folgen. Es geht um die Mitarbeit in einem Sozialsystem, in dem die Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie ihren Platz und guten Ruf behaupten und ausbauen kann – im Interesse der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen.

Dr. Thorsten Hinz

## Zehn Jahre SGB IX

### ► **SGB IX – ein Meilenstein für mehr Teilhabe**

Das Inkrafttreten des neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – am 1. Juli 2001 war ein Meilenstein in der Integration und Gleichstellung von Menschen mit Behinderung. Es steht für einen Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik: weg von Fürsorge und Versorgung hin zu einer selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben.

Zehn Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes wird deutlich, dass die Chancen und Ansätze des SGB IX in der praktischen

Umsetzung wirkungsvoller genutzt werden müssen, um die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung weiterzuentwickeln und zu fördern. Zwei Beispiele:

Das Persönliche Budget war eine große Errungenschaft des SGB IX. Es ermöglicht, dass Menschen mit Behinderung statt Sachleistungen einen Geldbetrag erhalten. Mit diesem können sie sich die notwendigen und passenden Unterstützungsleistungen eigenständig „einkaufen“. Seit dem 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget. Die Praxis zeigt jedoch, dass viele Menschen mit Behinderung gehemmt sind, das Persönliche Budget zu beantragen. Hauptproblem für die unzureichende Umsetzung ist vor allem die lückenhafte Beratungsstruktur. Menschen mit Behinderung haben bei der Beantragung

und Umsetzung des Persönlichen Budgets einen hohen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Das Potenzial des Persönlichen Budgets muss in der Praxis besser ausgeschöpft werden. Dazu bedarf es einer Weiterentwicklung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten.

Weiterer Fortschritt des SGB IX ist die Frühförderung. Sie ist im Gesetz als Komplexleistung verankert und soll die interdisziplinäre Frühförderung von Kindern mit Behinderung stärken. Die Rehabilitationsträger sollen durch Zusammenarbeit und Koordination Komplexleistungen der Frühförderung ermöglichen. In der Praxis ist die Umsetzung der Frühförderung jedoch mangelhaft. Eine flächendeckende Abstimmung zwischen den Rehabilitationsträgern besteht nicht. Der Wille des Gesetzgebers wird von den Rehabilitationsträgern weitgehend außer Acht gelassen. Leidtragende sind die Kinder mit Behinderung. Hier besteht erheblicher Handlungsbedarf. Die einzelnen Rehabilitationsträger müssen besser zusammenarbeiten, damit Kinder mit Behinderung in Zukunft in den Genuss der gesetzlich vorgesehenen Komplexleistungen der Frühförderung kommen.

In der Praxis ist die Umsetzung des SGB IX an einigen Stellen noch holprig. Trotzdem ist das SGB IX ein Gewinn für Menschen mit Behinderung, wenn das Inkrafttreten des SGB IX nicht als Ende einer Entwicklung in der Behindertenpolitik gesehen wird, sondern als Anfang. Es muss noch einiges getan werden, damit sich die Regeln des SGB IX in der Praxis bewähren und Menschen mit Behinderung die Chancen des SGB IX vollumfänglich nutzen können. Diesen vielfältigen Herausforderungen wird sich der Deutsche Caritasverband stellen, um die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung vorwärtszubringen.

Tatjana Loczenski

Leiterin der Arbeitsstelle Sozialrecht im DCV

Kontakt: tatjana.loczenski@caritas.de

## ► Zehn Jahre SGB IX: Die rechtliche Umsetzung bleibt schwierig

### Zielsetzung des SGB IX

Zehn Jahre SGB IX sind Anlass für eine Bilanz, die allerdings in der vorliegenden Form darauf beschränkt bleiben muss, anhand der gesetzlichen Ziele an einzelnen typischen Streitpunkten die Problematik der Gesamtkonzeption des SGB IX, insbesondere in seinem ersten Teil über die Leistungen der Teilhabe, aufzuzeigen und kritisch zu beleuchten.<sup>1</sup> Dabei soll nicht verkannt werden, dass das Gesetz viele unterschiedliche, teilweise gegenläufige Interessen zu bündeln, zu koordinieren und zu harmonisieren hatte, so dass gesetzliche Lösungen kaum stringent, sondern hinreichend offen für eine Fortentwicklung durch die Rechtsprechung gestaltet sein müssen.

Ausgehend von acht Eckpunkten, formuliert durch den Deutschen Bundestag, stellt sich das Gesetzeswerk als „Sammelbecken“ verschiedenster Rechtsbereiche dar, wie des früher im

Schwerbehindertengesetz geregelten Schwerbehindertenrechts, arbeitsrechtlicher Regelungen, Regelungen zum Recht der Teilhabe (medizinische, berufliche, soziale Rehabilitation), Regelungen zur berufsbegleitenden Förderung behinderter Menschen durch das Integrationsamt und solcher zu Werkstätten für behinderte Menschen. Insgesamt wirkt das SGB IX wenig übersichtlich; dieser Eindruck wird dadurch verstärkt, dass in § 7 SGB IX ausdrücklich auf die vorrangigen Vorschriften für Rehabilitationsträger aus den anderen Leistungsgesetzen des Sozialgesetzbuchs verwiesen wird.

Insgesamt verfolgt das SGB IX im Wesentlichen vier Ziele: Zunächst ging es darum, das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht durch Zusammenfassung fortzuentwickeln; dabei sollte durch Verfahrensstraffung und Koordinierung eine Strukturverbesserung für die Zusammenarbeit der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Leistungsempfänger(innen) erreicht werden. Die Effizienz der Regelungen sollte durch neue Instrumente, wie etwa gemeinsame Servicestellen, erhöht werden. Schließlich wurde eine Qualitätssicherung durch gemeinsame Empfehlungen und Verträge (beziehungsweise Rahmenverträge) zur Ausführung der Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen angestrebt.

Die Umsetzung der Ziele soll nun näher betrachtet werden, und zwar vorrangig unter dem Blickwinkel des SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende), des SGB III (Arbeitsförderungsrecht) und des SGB XII (Sozialhilfe).

### Problemfelder

Wie bereits angedeutet, resultiert die Unübersichtlichkeit der Teilhaberegulungen des SGB IX unter anderem aus einer zentralen Vorschrift dieses Gesetzbuches, § 7 SGB IX. Danach gelten für Leistungen zur Teilhabe die Vorschriften des SGB IX nur, soweit sich aus den jeweiligen Leistungsgesetzen nichts anderes ergibt; für die Zuständigkeiten und Leistungsvoraussetzungen sind die Vorschriften der einzelnen Leistungsgesetze maßgebend. Zur Auslegung dieser Vorschrift wird in der Literatur die Ansicht vertreten, das Leistungserbringungsrecht (Recht der Vertragsbeziehungen zwischen Rehabilitationsträgern und Diensten) falle nicht unter den gesetzlichen Vorrang der einzelnen Leistungsgesetze. Meines Erachtens handelt es sich hierbei um eine verfehlte formalistische Sicht, die dem Wortlaut der Norm und dem Sinn des Gesamtkonzepts des SGB IX widerspricht. Ebenso wie das Leistungserbringungsrecht fallen natürlich unter den Vorrang Verordnungen und Vertragsrecht aufgrund entsprechender Ermächtigungsnormen in den einzelnen Leistungsgesetzen. In der Literatur wird zudem zu Unrecht vertreten, die Abweichungen der einzelnen Leistungsgesetze müssten explizit sein. Auch dem ist nicht zu folgen, wie bereits der Wortlaut des § 7 SGB IX zeigt: Es ist gerade nicht angeordnet, dass in Leistungsgesetzen etwas anderes ausdrücklich geregelt sein müsse, sondern dass sich dies nur „ergeben“ müsse. Die in

der Literatur erörterte Problematik des Vorrangs der vom Bundesverwaltungsgericht entwickelten sogenannten Strukturprinzipien des Sozialhilferechts hat sich durch die Rechtsprechung des 8. Senats des Bundessozialgerichts erledigt. Nach dieser Rechtsprechung handelt es sich bei den Strukturprinzipien entgegen der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts nicht um gewissermaßen dem Sozialhilferecht inzident zugrundeliegende „Supranormen“.

Die Auswirkungen des § 7 SGB IX können plastisch an § 16 Abs. 1 SGB II demonstriert werden. Das Zusammenspiel des SGB III und des SGB IX bei den Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen ist bereits kompliziert genug, indem es zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen unterscheidet, wobei für erstere mit kleinen Besonderheiten die Vorschriften anzuwenden sind, die auch für nichtbehinderte Menschen gelten, und bei den besonderen Leistungen der Teilhabe teilweise ausdrücklich auf Regelungen des SGB IX verwiesen wird, teilweise abweichende Vorschriften formuliert sind, teilweise allerdings auch ohne ausdrücklichen Befehl (sonstige Leistungen nach §§ 33, 44, 54 SGB IX) die Regelungen des SGB IX ergänzend anzuwenden sind. Das SGB II erweitert dieses komplexe und ineinander verschachtelte Normgefüge um eine weitere Facette. Es verweist seinerseits nicht auf das gesamte Leistungsrecht des SGB III, sondern nur auf Teile davon.

Gegenüber diesem Problemkomplex erscheint die Regelung des § 15 SGB IX in ihrer Struktur einfach: Es geht um selbst beschaffte Leistungen, wenn Fristen des § 14 SGB IX (hierzu später) nicht eingehalten sind, eine unaufschiebbare Leistung vorliegt oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt worden ist. Ohne dass das dem Wortlaut der Norm ausdrücklich zu entnehmen ist, ist die Vorschrift, die § 13 Abs. 3 SGB V nachgebildet ist, indes so zu verstehen, dass sie einen Sachleistungsanspruch voraussetzt. Nur ein solcher kann sich denknotwendig in einen Geldleistungsanspruch bei Selbstbeschaffung umwandeln; Geldleistungen setzen ohnedies immer eine Selbstbeschaffung durch den/die Leistungsempfänger(in) voraus. Ob es sich bei der jeweiligen Leistung jedoch um eine Sachleistung handelt, bestimmt sich wiederum gemäß § 7 SGB IX regelmäßig nach den einzelnen Leistungsgesetzen. Die insoweit erforderlichen Wertungen sind nicht immer einfach, wie das Leistungserbringungsrecht des SGB XII und die Rechtsprechung des dafür zuständigen 8. Senats des Bundessozialgerichts belegen.

### **Besondere Problemkonstellationen**

Die Regelung des SGB IX, die in der Praxis die größten Probleme aufwirft und auch die Rechtsprechung in der Vergangenheit am häufigsten gefordert hat, ist § 14 SGB IX über die „vorläufige Zuständigkeit“ eines Rehabilitationsträgers. Diese Regelung ist bis heute von der Praxis nicht angenommen. Die erste Entscheidung des Bundessozialgerichts erging im Oktober 2004. Sie hat geradezu Empörung ausgelöst und wird weiterhin von den

Sozialhilfeträgern heftig kritisiert. Sinn dieser Vorschrift ist es, dass der Rehabilitationsbedarf des behinderten Menschen so schnell und umfassend wie möglich geklärt werden soll. Deshalb normiert sie eine Pflicht des angegangenen Trägers, seine Zuständigkeit binnen zwei Wochen zu klären. Bei Annahme der Nicht-Zuständigkeit darf der Antrag nur ein einziges Mal weitergeleitet werden; nach Weiterleitung muss von diesem Träger die beantragte Leistung der Teilhabe umfassend erbracht werden, selbst wenn er ohne § 14 SGB IX nicht zuständig wäre. Diese Rechtsfolge ergibt sich auch für den erstangegangenen Rehabilitationsträger, wenn dieser den Antrag nicht oder nicht fristgerecht weiterleitet.

Die Vorschrift enthält darüber hinaus Bearbeitungsfristen nach der „Zuständigkeitserklärung“, die regelmäßig drei Wochen betragen. All dies gilt in gleicher Weise bei Leistungen von Amts wegen, wobei dann statt auf den Antrag auf die Kenntnis des Rehabilitationsträgers abgestellt wird, und bei zusätzlichen Bedarfen, die von anderen Rehabilitationsträgern zu decken sind.

Dieses gesetzliche Konzept hat das Bundessozialgericht im Außenverhältnis der Rehabilitationsträger zum/zur Leistungsempfänger(in) konsequent bestätigt, und zwar auch in Fällen des § 44 SGB X, in denen also ein(e) Leistungsempfänger(in) im Wege der Überprüfung bestandskräftiger Verwaltungsakte geltend macht, mit der früheren Entscheidung nicht alle Rehabilitationsleistungen bekommen zu haben, die ihm/ihr zustanden. Zur Gewährleistung dieses gesetzlichen Konzepts ist im Prozess der jeweils andere Rehabilitationsträger notwendig beizuladen (§ 75 Abs. 2 SGG), wenn entweder der nach § 14 SGB IX zuständig gewordene Rehabilitationsträger oder in Verkennung des § 14 SGB IX der früher zuständige Rehabilitationsträger verklagt wird. § 75 Abs. 5 SGG ermöglicht dann die Verurteilung auch des anderen, nicht verklagten, nur beigelegenen Rehabilitationsträgers.

Ob ein Rehabilitationsantrag vorliegt und welche Leistungen beantragt worden sind, bestimmt sich nach dem sogenannten Meistbegünstigungsprinzip, also danach, was ein(e) vernünftige(r) Leistungsempfänger(in) beantragen würde, wenn er/sie die Rechtslage kennen würde. § 14 SGB IX gilt unter diesen Voraussetzungen schon dann, wenn der angegangene Leistungsträger überhaupt Rehabilitationsträger ist, also ohne Rücksicht darauf, ob er für die beantragten Rehabilitationsleistungen zuständig ist. Unter den Voraussetzungen des § 14 SGB IX (fehlende oder verspätete Weiterleitung, aufgedrängte Zuständigkeit aufgrund der Weiterleitung) erbringt der dann zuständig werdende Rehabilitationsträger allerdings nur Rehabilitationsleistungen, und zwar in der Form, wie sie die einzelnen Leistungsgesetze des SGB vorsehen (vgl. insoweit § 7 SGB IX).

Während also die Rechtsprechung im Außenverhältnis zum/zur Leistungsempfänger(in) die Zuständigkeit nach § 14 SGB IX bestimmt hat, gilt dies im Innenverhältnis, also im Verhältnis der Rehabilitationsträger untereinander, nicht so. Des-

halb besitzt der Rehabilitationsträger, an den der Antrag zu Unrecht weitergeleitet wurde, gegen den eigentlich zuständigen Rehabilitationsträger einen Erstattungsanspruch, der sich nach § 14 Abs. 4 SGB IX richtet (aufgedrängte Zuständigkeit). Der erstangegangene Träger hat bei fehlerhafter Annahme seiner Zuständigkeit einen Anspruch wegen nachrangiger Leistungsverpflichtung aus § 104 SGB X und bei Leistungserbringung trotz beziehungsweise wegen ungeklärter Zuständigkeit als vorläufig Leistender aus § 102 SGB X. Leitet indes der erstangegangene Rehabilitationsträger den Antrag nicht oder nicht rechtzeitig weiter und ergibt sich deshalb hieraus seine Zuständigkeit nach § 14 SGB IX, kann er regelmäßig keinen Erstattungsanspruch reklamieren (Ausnahme: abweichende Vereinbarung zwischen den Leistungsträgern).

Im Zusammenhang mit § 14 SGB IX muss auf ein „legislatives Schmäckerl“ verwiesen werden, auf § 6a SGB IX, dessen Regel man sich „auf der Zunge zergehen lassen muss“. Danach ist die Bundesagentur für Arbeit auch Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB II; allerdings bleibt die Zuständigkeit der Gemeinsamen Einrichtungen“ und der zugelassenen Optionskommunen (beide handelnd unter der Bezeichnung Jobcenter) unberührt. Die Bundesagentur für Arbeit unterrichtet diese nur schriftlich über den festgestellten Rehabilitationsbedarf und ihren Eingliederungsvorschlag, worauf die Gemeinsamen Einrichtungen und die Optionskommunen unter Berücksichtigung des Eingliederungsvorschlags innerhalb von drei Wochen über die Leistung zur beruflichen Teilhabe eigenverantwortlich entscheiden: Rehabilitationsträger soll also nach der gesetzlichen Regelung derjenige sein, der nicht selbst über die Leistung entscheidet. Zwar nehmen die Gemeinsamen Einrichtungen die Rehabilitationsaufgaben der Bundesagentur für Arbeit wahr (Wahrnehmungszuständigkeit, nicht eigenständige Zuständigkeit als Leistungsträger) und sind an deren Weisungen gebunden; jedoch gilt dies nicht für die Optionskommunen, die anstelle der Bundesagentur für Arbeit eigenständige Leistungsträger sind. In der Sache erfüllen gleichwohl beide Aufgaben, die ansonsten der Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger zugefallen wären. Die gekünstelte Trennung zwischen Rehabilitationsträgerschaft und Leistungsträgerschaft ist nur verständlich vor dem Hintergrund, dass sich die Optionskommunen in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des SGB II außerstande sahen (oder gewiegt haben?), die im SGB II i. V. m. dem SGB III vorgesehenen Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben zu gewähren, und die Bundesagentur für Arbeit insoweit gesetzeswidrig in die Bresche gesprungen ist.

Es liegt auf der Hand, dass diese „Splitting-Regelung“ des § 6a SGB IX bei der Anwendung des § 14 SGB IX (vorläufige Zuständigkeit) erhebliche Probleme aufwirft, die allerdings nicht zulasten des behinderten Menschen gehen dürfen. Hier muss und kann eine Auslegung des § 14 SGB IX gewählt werden, die dessen Inte-

ressen hinreichend Rechnung trägt. Abschließend soll noch kurz auf das Leistungserbringungsrecht des SGB IX eingegangen werden, insbesondere die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger zur Sicherung der Zusammenarbeit (§ 13 SGB IX), die gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen nach § 20 SGB IX und die Regelung über die Verträge mit Leistungserbringern nach § 21 SGB IX. Es würde den vorliegenden Rahmen sprengen, auf das Zusammenspiel dieser Vorschriften mit denen der einzelnen Leistungsgesetze näher einzugehen. Ebenso können die Regelungen wegen ihrer Komplexität und Kompliziertheit nicht im Einzelnen dargestellt werden. Jedenfalls ist die Wirkung der Empfehlungen – Selbstbindung nur im Rahmen von Entscheidungsfreiräumen, wie Ermessensentscheidungen, oder als sogenannte Normverträge (die für alle betroffenen Rehabilitationsträger wie Gesetze gelten) – ebenso ungeklärt wie das Verhältnis des § 21 SGB IX zu den teilweise dezidierten Regelungen in den einzelnen Leistungsgesetzen zu den Verträgen mit Rehabilitationsträgern, wie etwa im SGB V (gesetzliche Krankenversicherung), im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilferecht) und im SGB XII (Sozialhilferecht).

#### Fazit

Das SGB IX wirft wegen seiner Struktur als „Reserve-Gesetz“ gegenüber den einzelnen Leistungsgesetzen erhebliche rechtliche Probleme auf, die noch dadurch verstärkt werden, dass man punktuell Interessen von Leistungsträgern – dogmatisch nicht immer nachvollziehbar – Rechnung tragen will. Gleichwohl wurde das Ziel der Verfahrensstraffung insbesondere mit Hilfe der Rechtsprechung erreicht. Ob die Regelungen des Leistungserbringungsrechts sinnvoll sind, ist zweifelhaft.

Vor diesem Hintergrund wird die Zukunft aufgrund der Behindertenkonvention der UN-Generalversammlung, die in innerstaatliches Recht umgesetzt ist, weitere Probleme aufwerfen und dabei gewissermaßen eine neue Dimension des Zusammenspiels verschiedener Gesetze einläuten. Die Behindertenkonvention enthält, wie Art. 4 Nr. 2 zeigt, nicht nur Umsetzungsbefehle an die einzelnen Staaten, sondern auch unmittelbare Rechte für die behinderten Menschen. Es wird Aufgabe der Rechtsprechung sein, diese im Einzelnen herauszuarbeiten. Selbst dort, wo die Behindertenkonvention keine unmittelbaren individuellen Rechte gewährt, liefert sie Auslegungskriterien sowohl für das SGB IX also auch für die einzelnen Leistungsgesetze, die von der Praxis und der Rechtsprechung nicht missachtet werden dürfen.

Wolfgang Eicher

Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht

#### Anmerkung

1. Der Artikel ist eine kurze Zusammenfassung eines beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge am 17. Mai 2011 gehaltenen Vortrags.