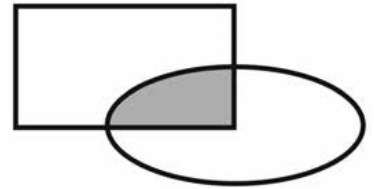


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



20. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2024

Inhalt

Herausforderung Bundesteilhabegesetz – fachliche Impulse aus der Klinischen Sozialarbeit

3 Editorial

4 Die Rolle der klinischen Sozialarbeit im Gesamtplanverfahren der Eingliederungs- hilfe – Potenziale und Notwendigkeiten ihrer Einbindung

Michael Beyerlein, Prof. Dr. Yvonne Kahl & Prof. Dr. Felix Welti

7 Herausforderungen und Chancen in der sozialraumorientierten Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Karsten Giertz

9 Professionelle Beziehungsgestaltung in den Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Lisa Große

13 Klinische Sozialarbeit im Kontext der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Karsten Giertz & Ingo Müller-Baron

2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen,
Wissenschaftlicher Beirat, Impressum

16 Rezension: Partizipative Projekte zur Gestaltung
von Versorgungssystemen im Gesundheitswesen

Herausgeber

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

DVSG

Gemeinsam für die
gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

DGSA



sa'ges

für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
pour le travail social en lien avec la santé

Autor*innen

Michael Beyerlein, LL. M., Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung der Universität Kassel.
Kontakt: beyerlein@uni-kassel.de

Karsten Giertz, M. A., Geschäftsführer des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., Vorstandsvorsitzender des European Centre for Clinical Social Work e. V.
Kontakt: karsten.giertz@sozialpsychiatrie-mv.de

Lisa Große, M. A. wissenschaftliche Mitarbeiterin an der ASH Berlin im Bereich psychosoziale Diagnostik für minderjährige Geflüchtete, Mitglied im Vorstand des European Centre for Clinical Social Work e. V.
Kontakt: grosse_lisa@gmx.net

Yvonne Kahl, M. A. Prof. Dr., Fliedner Fachhochschule Düsseldorf, Lehrgebiet Sozialraumorientierung.
Kontakt: kahl@fliedner-fachhochschule.de

Ingo Müller-Baron, Diplom-Sozialpädagoge/-Sozialarbeiter, Referent bei der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Kontakt: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Felix Welti, Prof. Dr., Professur für Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung an der Universität Kassel.
Kontakt: welti@uni-kassel.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Silke B. Gahleitner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Johannes Lohner, Hochschule Landshut

Prof. Dr. Helmut Pauls, Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Steiner, Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit

ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e. V.

SAGES – Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Katarina Prchal

Heftverantwortung:

Karsten Giertz und Ingo Müller-Baron

Mitarbeit: Thomas Friedli, Gerhard Klug,

Antonia Lammel, Katarina Prchal,

Anna Lena Rademaker

Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron,

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit

im Gesundheitswesen

E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“

c/o Katarina Prchal

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit

im Gesundheitswesen

Alt Moabit 91, 10559 Berlin

E-Mail: katarina.prchal@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe

Clarissa Rosemann, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:

DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.390 Exemplare

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise,

sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet.

Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten.

Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte

Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr

übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand.

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel

redaktionell zu bearbeiten.

Kommende Ausgaben

2/2024 **Wirkungsorientierung in der Klinischen Sozialarbeit**

(Redaktionsschluss: 15.12.2023)

3/2024 **Klinische Sozialarbeit im europäischen Vergleich**

(Redaktionsschluss: 15.3.2024)

Informationen und Tagungshinweise

Positionspapier zur Ausgestaltung und zu Qualitätskriterien der Promotion in der Sozialen Arbeit

Der Wissenschaftsrat hat im April 2023 ein Positionspapier zur „Ausgestaltung der Promotion im deutschen Wissenschaftssystem“ veröffentlicht. Darin wird betont, dass die Promotion im Wissenschaftssystem für die Qualifikation von Wissenschaftler*innen und die Entwicklung der Disziplin von zentraler Bedeutung ist. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) teilt diese Einschätzung und hat in einem eigenen Positionspapier Standards des Promovierens für die Disziplin Soziale Arbeit formuliert und bezieht Stellung zu aktuellen Entwicklungen der Promotion an Hochschulen in der Sozialen Arbeit.

Das Positionspapier steht zur Verfügung unter:

www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Veröffentlichungen/Stellungnahmen/DGSA_Positionspapier_Ausgestaltung_Qualitätskriterien_Promotion.pdf

Buchveröffentlichung

„Borderline verstehen und bewältigen

Um Betroffene, Angehörige aber auch professionelle Mitarbeitende bei der Bewältigung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu unterstützen, wurde der Ratgeber „Borderline verstehen und bewältigen“ aktualisiert. Die Neuauflage enthält zahlreiche Aktualisierungen unter anderem in Bezug auf die Diagnostik, Behandlung und Unterstützung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Neben Informationen für Betroffene und Professionelle wurde zudem die Perspektive der Angehörigen (inklusive minderjähriger Kinder) und Freunde von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Ratgeber explizit aufgegriffen. Der Ratgeber wurde erstmals auch durch ein Begleitbuch mit Übungen zur Selbsthilfe und zur Therapie ergänzt.

Beide Bücher sind im **BALANCE Buch + Media Verlag** erschienen: <https://balance-verlag.de>

FORUM sozialarbeit + gesundheit und Klinische Sozialarbeit auch als E-Abo

Die DVSG-Fachzeitschrift FORUM sozialarbeit + gesundheit steht ab sofort als Online-Zeitschriftenangebot auf der [utb-elibrary](http://utb-elibrary.de) über das scholars-Angebot zur Verfügung. Betrieben wird die [utb-elibrary](http://utb-elibrary.de) von der [utb GmbH](http://utb-gmbh.de), einer Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Verlage mit Sitz in Stuttgart. Über die [elibrary](http://utb-elibrary.de) können Hochschul- und Institutionsbibliotheken das FORUM sozialarbeit + gesundheit für ihre Nutzer*innen abonnieren. Abonnements für Einzelkunden sind nicht möglich. E-Abonnenten erhalten auf Nachfrage auch Online-Zugriff auf die Ausgaben der wissenschaftlichen Beilage „Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“. Der Abschluss eines Online-Abonnements der Klinischen Sozialarbeit alleine ist nicht möglich. Alle Ausgaben der Klinischen Sozialarbeit sind aber weiterhin nach einem Jahr beim ZKS-Verlag frei zugänglich.

Informationen und Lizenzierungen unter:

<https://elibrary.utb.de>

Direktlink zu den Fachzeitschriften:

<https://elibrary.utb.de/action/showPublications?pubType=journal&startPage=8&conceptID=512978>

DVSG-Fortbildungsprogramm 2024

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) bietet regelmäßig bundesweit, regional und digital eine Vielzahl unterschiedlicher Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit an. Komplexe Problemkonstellationen in der Fallarbeit, rechtliche Neuerungen, die Entwicklung und Erschließung passgenauer Hilfeleistungen sowie aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung: Die Berufspraxis erfordert Kompetenzen und Handlungswissen mit hohem Aktualitätsgrad. Wesentliche Bausteine des DVSG-Fortbildungsprogramms sind **Präsenzseminare** und **Online-Seminare** sowie **Kurz-Webseminare**.

Das Fortbildungsprogramm sieht auch im Jahr 2024 wieder eine große Themenbandbreite aus den Bereichen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit vor. Dazu gehören Angebote mit sozialrechtlichem Schwerpunkt, wie beispielsweise zum Schwerbehindertenrecht oder auch zu Leistungen des SGB II und SGB XII. Für Fachkräfte aus dem akutmedizinischen Bereich stehen unter anderem die Themen Entlassmanagement, Übergangspflege, Digitalisierung, aber auch die Reflexion berufspraktischer Erfahrungen durch Fallanalysen der Krankenhaussozialarbeit im Fokus. Einen weiteren Schwerpunkt bilden Themen aus dem Bereich der Rehabilitation und Teilhabe. Beispielhaft hierfür sind Seminare zu Leistungen der beruflichen Teilhabe, die Stufenweise Wiedereingliederung, Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung oder ein Train-the-Trainer-Seminar zur Medizinisch-Beruflichen Orientierung in der Rehabilitation. Daneben sind viele weitere Themen mit hoher Relevanz für die sozialarbeiterische Praxis zu finden: Soziale Arbeit in der interdisziplinären Behandlung an onkologischen Zentren, Grundlagenwissen zu Vorsorgeinstrumenten, partizipative Methoden der Gesundheitsförderung mit Jugendlichen, der für die Onkologie relevante Expertenstandard PEOPSA, Beratung von Menschen ohne Krankenversicherung, das neue Präventionsgesetz oder auch biomedizinische Grundlagen verschiedener Krankheitsbilder.

Einen laufend aktualisierten Überblick über alle Termine, Themen und neue Veranstaltungen bietet der DVSG-Veranstaltungskalender unter:

<https://dvsg.org/veranstaltungen/dvsg-veranstaltungskalender>

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes: Soziale Teilhabe ist der entscheidende Maßstab

Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, überwacht die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in den Staaten, die die Konvention ratifiziert haben. Im August 2023 wurde überprüft, wie Deutschland die Rechte von Menschen mit Behinderungen umsetzt. Aus Sicht des Ausschusses werden die Belange von Menschen mit Behinderungen in Deutschland nicht ausreichend berücksichtigt und immer noch sei ein medizinisches Modell der Behinderung, statt eines menschenrechtlichen Modells dominierend (vgl. Projekt Umsetzungsbegleitung BTHG 2023). Damit wird dem deutschen Rehabilitationssystem im Grunde bescheinigt, dass das eigentlich rechtlich fest verankerte bio-psycho-soziale Modell nicht konsequent in die Praxis umgesetzt wird. Der Ausschuss mahnt in diesem Zusammenhang an, dass die Belange von Menschen mit Behinderungen als „Disability Mainstreaming“ präventiv und partizipativ mitgedacht werden müssen. Als positiv hervorgehoben werden aber explizit die Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung und das Bundesteilhabegesetz (BTHG) (vgl. ebd.).

Das BTHG soll dazu beitragen, Menschen mit Behinderungen eine möglichst volle und wirksame Teilhabe in allen Bereichen für eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Mit umfangreichen Rechtsänderungen sollen drei Ziele erreicht werden. Zum einen soll damit das seit 2002 geltende SGB IX gestärkt und verbindlicher ausgestaltet werden, ohne dabei das gegliederte System in Frage zu stellen. Zum anderen wurde die Eingliederungshilfe unter dem Titel „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen“ reformiert und als Teil 2 in das SGB IX integriert. Die Eingliederungshilfe wurde aus dem bisherigen Fürsorgesystem der Sozialhilfe herausgelöst und soll konsequent per-

sonenzentriert ausgestaltet werden. Weiterhin wurde das bisherige Schwerbehindertenrecht in Teil 3 des SGB IX weiterentwickelt. Entsprechend dieser Ziele müssen alle Leistungsträger und Leistungserbringer die komplexen Neuregelungen in die Praxis umsetzen.

Vor dem Hintergrund, dass unser modernes Rehabilitations- und Teilhaberecht nun zum obersten Ziel hat, eine gleichberechtigte soziale Teilhabe zu fördern, wird die Bedeutung der Leistungen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit gestärkt. In dem letzten Schwerpunktheft zum BTHG stellen Bönnisch & Dettmers fest: „Klinische Sozialarbeit muss deutlicher machen, welche professionellen Beiträge sie für die umfassende und individuelle Teilhabe von Menschen leistet und zukünftig leisten kann. Von professionellen Beratungskonzepten über sozialräumliche Ansätze bis zu sozialtherapeutischen Interventionen und empirischer Forschung: Die Förderung Sozialer Teilhabe ist eine zentrale professionsspezifische Kompetenz“ (2028, S. 3).

Mit dieser Ausgabe soll versucht werden, den gegenwärtigen Stand der professionellen Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit im Handlungsfeld der Eingliederungshilfe und speziell in der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen etwas näher zu beleuchten.

Der einführende Beitrag von Beyerlein, Kahl & Welti schaut auf die Rolle der klinischen Sozialarbeit im Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe. Aus ihrer Sicht kann die Soziale Arbeit das Ziel der Teilhabestärkung neben der individuellen Beratung und Behandlung in der Leistungserbringung auch bei der Bedarfsermittlung durch die Leistungsträger ganzheitlich unterstützen. Die Regelungen zum Gesamt- und Teilhabepflichtverfahren erfordern für klinisch Sozialarbeitende, auch darauf hinzuwirken, Kooperationen mit Rehabilitationsträgern so zu gestalten, dass

die Expertise klinischer Sozialarbeit in Planungsprozessen berücksichtigt wird.

Der zweite Beitrag von Karsten Giertz beschäftigt sich mit der Anforderung einer sozialräumlichen Orientierung, die mit der Einführung eines neuen Behinderungsbegriffes und den Leistungen zur Sozialen Teilhabe im Bundesteilhabegesetz im Bereich der Eingliederungshilfe in der psychosozialen Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen zentralen Stellenwert einnimmt. Ausgehend von den aktuellen Erkenntnissen zur psychosozialen Versorgungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen diskutiert der Autor aktuelle Herausforderungen bei der Umsetzung von sozialraumorientierten Unterstützungsleistungen und zeigt mögliche Perspektiven für die psychosoziale Praxis auf.

Im anschließenden Beitrag rückt Lisa Große die professionelle Beziehungsgestaltung bei der Bedarfsfeststellung und der Leistungserbringung in den Mittelpunkt. Im Gegensatz zur rechtlichen Verankerung der Sozialraumorientierung erfährt der Begriff der Beziehungsgestaltung rechtlich keinerlei Beachtung. Aus ihrer Sicht ist qualifizierte Assistenz, Beratung oder Sozialtherapie ohne den Fokus auf eine professionelle Beziehungsgestaltung insbesondere bei misstrauischen Klient*innen nicht zielführend. Sie beschreibt, welche Rahmenbedingungen in der Eingliederungshilfe wichtige Einflussfaktoren der Beziehungsgestaltung bilden.

> S. 4

Literatur:

Bönnisch S.; Dettmers S. (2028): **Editorial**. In: Klinische Sozialarbeit 2 (14), S. 3
Projekt BTHG-Umsetzungsbegleitung (2023): **Abschlussbericht der Staatenprüfung Deutschlands zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention**. Online abrufbar: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/service/aktuelles/abschlussbericht-zur-staatenpruefung-deutschlands-zur-umsetzung-der-un-behindertenrechtskonvention> (31.10.2023)

Im Rahmen des abschließenden Beitrages wird ein Überblick zum aktuellen Umsetzungsstand des Bundesteilhabegesetzes in Deutschland gegeben. Im Kontext der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Er-

krankungen fassen die beiden Autoren die wichtigsten Herausforderungen bei der Umsetzung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens und bei den Leistungen zur Sozialen Teilhabe zusammen. Dabei wird aufgezeigt, wel-

che fachlichen Perspektiven sich für die Klinische Sozialarbeit in diesen beiden relevanten Bereichen ergeben können.

Für die Redaktion

Ingo Müller-Baron & Karsten Giertz

Die Rolle der klinischen Sozialarbeit im Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe - Potenziale und Notwendigkeiten ihrer Einbindung

Michael Beyerlein, Yvonne Kahl & Felix Welti

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) sollte u. a. erreicht werden, dass Teilhabeleistungen wie aus einer Hand erbracht werden und Zuständigkeitskonflikte der Sozialleistungsträger untereinander sowie Doppelbegutachtungen zu Lasten der Menschen mit Behinderungen vermieden werden. Auch sollten die Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung bei Leistungen zur sozialen Teilhabe gestärkt und bei alledem die Steuerungsfähigkeit der Eingliederungshilfeträger verbessert werden (Bundesregierung 2016, S. 2 f.). Wie im folgenden Beitrag aufgezeigt wird, spielt die Klinische Sozialarbeit bei der Umsetzung der neuen Regelungen sowohl auf Leistungsträger- wie auch auf Leistungserbringenden-Ebene eine bedeutsame Rolle, um teilhabestärkende Unterstützung für Menschen mit Behinderungen erbringen zu können.

Relevanz Klinischer Sozialarbeit im Tätigkeitsfeld der Rehabilitation und Teilhabe

Klinische Sozialarbeitende handeln laut Definition der Sektion Klinische Sozialarbeit DGSA (o. D.) „in einem breiten Spektrum von gesundheitsrelevanten Beeinträchtigungen“. Menschen mit Behinderungen gelten laut DGSA (o. D.) dabei als eine von zahl-

reichen Zielgruppen der Profession. Wenn weitere Bestimmungen von Klinischer Sozialarbeit mit den Zielen der Teilhabeleistungen abgeglichen werden, wird deutlich, dass klinische Sozialarbeitende in besonderer Weise qualifiziert sind, Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu erbringen sowie entsprechende Bedarfe zu erfassen. So werden von Walther und Deimel (2023, S. 41) die Reduktion von psychosozialen Belastungen sowie die Erhöhung des Handlungsrepertoires der Klient*innen als Ziel klinischer Sozialarbeit genannt. Klinische Sozialarbeit strebt die Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe an und fördert die Partizipation ihrer Klient*innen am gesellschaftlichen Leben sowie deren Ermächtigung, die eigenen Bedürfnisse zu artikulieren und zu realisieren. Diese Zielrichtung stimmt überein mit dem in § 1 SGB IX formulierten Ziel der Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe: Menschen erhalten diese, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Kennzeichnend für klinische Sozialarbeitende ist zudem ihre bio-psycho-soziale Ausrichtung des Verstehens und Handelns (vgl. u. a. Ohling 2022, S. 14).

Diese Grundausrichtung, nach der es sowohl um persönliche Befähigung wie auch um strukturelle Gestaltung der Umwelt geht, liegt auch der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (ICF) sowie § 2 SGB IX zugrunde (vgl. Röh et al. 2021, S. 17). So ist mit § 2 SGB IX gesetzlich die Haltung verankert, dass Behinderungen aus der Wechselwirkung von Beeinträchtigungen mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entstehen. Klinische Sozialarbeitende können Klient*innen und dem Leistungssystem in besonderer Weise mit einer dementsprechenden fachlichen Haltung begegnen sowie die damit einhergehenden Zusammenhänge des Behinderungsverständnisses in der eigenen Arbeit reflektieren und Veränderungen anstoßen. Um nachfolgend die spezifische Rolle der klinischen Sozialarbeit im Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe herausarbeiten zu können, wird zunächst das Teilhabe- und Gesamtplanverfahren als solches skizziert.

Koordination und Personenzentrierung durch Teilhabe- und Gesamtplanverfahren

Dem Ziel der Koordination der Leistung dienen über alle Leistungsgruppen wie medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung oder soziale Teilhabe hinweg

die Regelungen zum Teilhabeplanverfahren im allgemeinen Rehabilitationsrecht (SGB IX Teil 1). Wenn Teilhabeleistungen verschiedener Träger oder verschiedener Leistungsgruppen zusammenkommen oder die leistungsberechtigte Person das wünscht, wird vom leistenden Reha-Träger (das können z. B. Krankenkassen, Träger der Renten- und Unfallversicherung oder Träger der Eingliederungshilfe sein) ein Plan erstellt, der die voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang so zusammenstellt, dass sie nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Sobald an der Leistung ein Träger der Eingliederungshilfe beteiligt ist, gelten die speziellen Regelungen zur Gesamtplanung im SGB IX Teil 2 (die §§ 117 ff. SGB IX) ergänzend. Ein Gesamtplan ist aber auch bei jedem Leistungsfall der Eingliederungshilfe zu erstellen – auch wenn kein anderer Träger beteiligt ist oder wenn nur Leistungen einer Leistungsgruppe begehrt werden. Er nimmt so für den insgesamt größten Trägerbereich der Rehabilitation (BAR 2022, S. 225) eine Schlüsselposition ein (Deutscher Verein 2019, S. 5; Beylerlein 2021, S. 2).

Dem Gesamtplan werden im Gesetz drei Aufgaben zugewiesen: Er dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses (§ 121 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Mit dem BTHG ist das etablierte Instrument zur effizienteren Erbringung und Steuerung personenzentrierter Leistungen geschärft worden. Auch die Position der Leistungsberechtigten soll so gestärkt werden (Bundesregierung 2016, S. 5 und S. 287).

Mit der verbesserten Möglichkeit zu steuern, geht für Leistungsträger auch eine größere Verantwortung einher, Bedarfe fachgerecht zu ermitteln, festzustellen und nach den gesetzlichen Vorgaben im Gesamtplan zu erfassen (Rosenow 2021, Rn. 12). In Abkehr von einer Praxis, bei der die Bedarfsermittlung mitunter lediglich der Zuordnung zu vorhandenen Leistungsangeboten diente (Institutionenzentrierung), hat es der personenzentrierte Ansatz des BTHG zum Ziel, dass sich die notwen-

dige Unterstützung ausschließlich am individuellen Bedarf orientiert. Dieser soll gemeinsam mit dem Menschen mit Behinderung ermittelt, das passende Hilfpaket zusammengestellt und im gewohnten oder gewünschten Lebensfeld organisiert werden (Bundesregierung 2016, S. 197). Der leistende Rehabilitationsträger ermittelt dazu den Bedarf anhand von Instrumenten nach § 13 SGB IX. Diese sollen eine individuelle und funktionsbezogene (also an der ICF orientierte) Bedarfsermittlung gewährleisten. Zum Abschluss der Bedarfsermittlung kann eine Gesamtkonferenz durchgeführt werden. Menschen mit Behinderung soll damit die Möglichkeit gegeben werden, auf Augenhöhe am Verfahren mitwirken zu können (ebd., S. 288). Nachdem der Bedarf ermittelt ist, nimmt der Träger die Feststellung des Bedarfs vor. Das bedeutet, dass abschließend geklärt wird, ob und in welchem Umfang Rehabilitationsbedarf besteht und welche Leistungen zur Teilhabe der Person zustehen (Stevens-Bartol 2018, Rn. 22). Dann ist vom Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich der Gesamtplan aufzustellen (§ 121 Abs. 1 SGB IX). Er enthält u. a. Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf, die Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung, erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und vieles mehr (siehe § 19 Abs. 2 S. 2 SGB IX i. V. m. § 121 Abs. 4 SGB IX). Abschließend erlässt der Träger der Eingliederungshilfe auf Grundlage des Gesamtplans einen Verwaltungsakt (§ 120 Abs. 2 SGB IX).

Rolle und Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit im Verfahren

Die oben skizzierten Regelungen zur Gesamtplanung gelten für das Recht der Eingliederungshilfe bereits seit 2018 (§§ 139 bis 145 SGB XII a. F. eingef. durch Art. 12 Nr. 7 des BTHG), seit 2020 sind die Regelungen in den §§ 117 ff. SGB IX normiert. Trotzdem scheinen die Vorgaben erst jetzt schrittweise in der Praxis anzukommen. Einen Einblick gibt die Begleitforschung nach Art. 25 Abs. 2 BTHG, deren Ergebnisse mittlerweile größtenteils vorliegen (vgl. infas und ISG 2023). Im Folgenden werden

Ergebnisse dieser Begleitforschung skizziert, um hiervon ausgehend besondere Potenziale aber auch Herausforderungen zu konkretisieren, die sich durch eine stringente Beteiligung klinischer Sozialarbeit ergeben.

In Interviews mit Leistungsträgern, Leistungserbringenden und Selbsthilfeorganisationen (n=29) wurde berichtet, dass zum Gesamtplanverfahren noch großer Schulungsbedarf besteht. Dabei ginge es nicht nur um die Kenntnisse von Bedarfsermittlungsinstrumenten, sondern auch Softskills wie Gesprächsführung und das Erlernen besonderer Kommunikationsformen seien wichtig (infas und ISG 2023, S. 98). Obwohl selbstverständlich auch klinische Sozialarbeitende nicht von Schulungsbedarf zum Gesamtplanverfahren ausgenommen sind, kann davon ausgegangen werden, dass mit der erreichten Kompetenz (üblicherweise auf Masterniveau) Fähigkeiten der Gesprächsführung in besonderer Weise bestehen. Klinische Sozialarbeitende sind damit sowohl für den Einsatz auf Träger- wie auch Leistungserbringenebene qualifiziert. Bedeutsam ist auch, dass soziale Diagnostik zu den zentralen Aufgaben Sozialer Arbeit gehört (Buttner et al. 2018, S. 11). Klinische Sozialarbeit ermöglicht es, diese Diagnostik partizipativ, sozialökologisch (d. h. den Kontext einbeziehend), mehrperspektivisch sowie reflexiv (d. h. nicht festschreibend) auszurichten (vgl. Heiner 2013, S. 29 f). Klinische Sozialarbeitende sind damit in der Lage, Klient*innen im Prozess der Teilhabe- und Gesamtplanung so zu begleiten, dass dieser als positiv-unterstützend erfahren wird. Die umfassende Einbeziehung von klinischen Sozialarbeitenden in der Gesamtplanung scheint daher vielversprechend hinsichtlich einer an den Bedarfen der Zielgruppe orientierten Bedarfsermittlung.

Die quantitative Befragung von 180 Trägern zeigt, dass diese die Bedarfsermittlung nicht immer selbst durchführen, sondern diese Aufgabe in vielen Fällen an die Leistungserbringenden übertragen. Dort, wo Leistungsträger die Bedarfsermittlung durchführen, sind Leistungserbringen-

de oftmals als Vertrauenspersonen im Sinne von § 117 Abs. 2 SGB IX beteiligt (infas und ISG 2023, S. 98). Viele der befragten Leistungserbringenden (n=110) würden sich aber dennoch eine größere Rolle in den Verfahren wünschen. Das wird jedoch aufgrund der dann ausgeführten Doppelrolle als Vertrauensperson und Leistungsanbieter mit Eigeninteressen auch kritisch gesehen (infas und ISG 2023, S. 100). Klinische Sozialarbeitende haben auf Ebene der Leistungserbringenden die Aufgabe, dieses Risiko im Falle einer weiter bestehenden Aufrechterhaltung derzeitiger Praxis sowohl im Austausch mit Klient*innen wie auch mit der Organisation kritisch zu reflektieren. Zugleich kann konstatiert werden, dass bei einer vollständigen Übernahme der Bedarfsermittlung durch den Leistungsträger eine entsprechende fachliche Perspektive, wie die klinische Sozialarbeit sie bietet, hinreichend repräsentiert sein sollte. Und selbst bei umfangreicher Beschäftigung von klinischen Sozialarbeitenden beim Leistungsträger zwecks Gesamt- bzw. Teilhabeplanung und Bedarfsermittlung wäre weiterhin zu reflektieren, wie eventuell bestehende tatsächlich räumliche aber auch beziehungsbezogene Distanzen zu den Leistungsempfänger*innen reduziert werden können. Denn nur so wird – bei Bedarfsermittlung durch den Leistungsträger – ein Zugang zu Unterstützung gesichert, der dem Willen der Leistungsberechtigten entspricht. Teilhabe- und Gesamtpankonferenzen

finden trotz ihres emanzipatorischen Potentials noch sehr wenig statt (infas und ISG 2023, S. 100). Das bestätigt auch der aktuelle Teilhabeverfahrensbericht der BAR. Er weist den Anteil der Anträge mit einer Teilhabeplankonferenz an den entschiedenen Gesamtanträgen 2021 für die Eingliederungshilfe mit 0,38 Prozent und für alle Rehaträger mit 0,10 Prozent aus (BAR 2022, S. 140). Wann es nötig ist, eine Gesamtpankonferenz durchzuführen, wird zudem sehr unterschiedlich gesehen. Die Spannweite reicht von Konferenzen in allen Fällen bis zu einer Durchführung nur in Ausnahmefällen (infas und ISG 2023, S. 101). Dieser Umstand birgt für die klinische Sozialarbeit zweierlei Implikationen. Zum einen zeigt sich erneut das Potenzial der Präsenz von fachlicher Kompetenz, wie klinische Sozialarbeitende sie aufweisen, auf Trägerebene: So können beim Leistungsträger angestellte klinische Sozialarbeitende einer vorschnellen Beurteilung von Teilhabebedarfen vorbeugen und bestenfalls Klärungen auch bei ausbleibenden Konferenzen herbeiführen, um aktenbasierte Bedarfsfeststellungen zu umgehen. Zum anderen begründet die aktuelle Praxis in besonderer Weise die Anforderung, dass als Vertrauenspersonen (§ 117 Abs. 2 SGB IX) fungierende klinische Sozialarbeitende in Zusammenwirken mit den beim Leistungsträger Beschäftigten kooperative Arbeitsbeziehungen gestalten. Gelingt es mit gegenseitiger Offenheit den Mehrwert von wechselseitigem

Austausch nachzuvollziehen, können Bedarfe der Klient*innen in ihrem Sinne erfasst und anschließend möglichst flexible und personenzentrierte Leistungen erbracht werden.

Ableitungen

In künftigen Diskursen und Entwicklungen gilt es zu berücksichtigen, dass klinische Sozialarbeit das Ziel der Teilhabebestärkung von Menschen mit Behinderungen nicht lediglich durch unmittelbare Beratung und Behandlung auf der Ebene der Leistungserbringung stärken kann. Vielmehr kann die Beschäftigung von klinischen Sozialarbeitenden auch auf Trägerebene dazu beitragen, dass in Gesamt- und Teilhabeplanverfahren die der Profession immanente Grundhaltung und Expertise angewendet und so in Bedarfsermittlung, Gesamt- und Teilhabeplanung die Anforderungen an ganzheitliche Unterstützung einbezogen werden. Zugleich implizieren die Regelungen zum Gesamt- und Teilhabeplanverfahren für klinische Sozialarbeitende in der Leistungserbringung die Anforderung, über die einzelfallspezifische Arbeit hinaus darauf hinzuwirken, Kooperationen mit Reha-Trägern so auszugestalten, dass die Expertise klinischer Sozialarbeit in Planungsprozessen berücksichtigt wird. Die Herausforderung, Eigeninteressen der Organisation unabhängig von den Bedarfen und vom Willen der Klient*innen zu betrachten, bleibt hierbei anspruchsvolle Aufgabe einer reflexiven klinischen Sozialarbeit.

Literatur:

Beyerlein, M. (2021): **Bezüge zum Gesamtplan nach § 121 SGB IX in Landesrahmenverträgen der Eingliederungshilfe – Teil I.** In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht (reha-recht.de).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hg.) (2022): **Teilhabeverfahrensbericht 2022. Berichtsjahr 2021.** Frankfurt am Main.

Bundesregierung (2016): **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen.** Bundestags-Drucksache 18/9522. Berlin.

Buttner, P.; Gahleitner, S. B.; Hochuli Freund, U.; Röh, D. (2018): **Soziale Diagnostik. Eine Einführung.** In: Buttner, P.; Gahleitner, S. B.; Hochuli Freund, U.; Röh, D. (Hg.): *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit.* Berlin: Verlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 11–30.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) (o. D.): **Was ist klinische Sozialarbeit?** Online verfügbar unter: www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit (29.08.23)

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2019): **Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gesamtplanung in der Eingliederungshilfe und ihr Verhältnis zur Teilhabeplanung.** Berlin.

Heiner, M. (2013): **Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit.**

In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G.; Glemser, R. (Hg.): *Psychoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit.* Band 5. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 18–34.

infas; ISG (2023): **Untersuchung der Ausführung sowie der absehbaren Wirkungen der neuen Regelungen der Eingliederungshilfe nach Art. 25 Abs. 2 BTHG (Wirkungsprognose).** Abschlussbericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin (Forschungsbericht 611).

Ohling, M. (2022): **Bin ich klinische Sozialarbeiter*in? Fragen zur beruflichen Identität.** In: *Klinische Sozialarbeit*, 18 (2), S. 14–15.

Röh, D.; Düzgün-Suttner, G.; Giertz, K. (2021): **Rehabilitation und Teilhabe – nicht ohne die Expertise der klinischen Sozialarbeit.** In: *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, 52 (3), S. 16–17.

Rosenow, R. (2021): **§ 117 SGB IX.** In: Fuchs, H.; Ritz, H.; Rosenow R.: *SGB IX – Kommentar zum Recht behinderter Menschen und Erläuterungen zum AGG und BGG.* 7. Auflage. München: Vahlen.

Stevens-Bartol, E. (2018): **§ 14 SGB IX.** In: Feldes W.; Kohte, W.; Stevens-Bartol E.: *SGB IX – Sozialgesetzbuch Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – Kommentar für die Praxis.* 4. Auflage. Frankfurt am Main: Bund Verlag.

Walther, C.; Deimel, D. (2022): **Theorien und Konzepte klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie.** In: Bischkopf, J.; Deimel, D.; Walther, C.; Zimmermann, R.-B. (Hg.): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie.* Lehrbuch. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 40–70.

Herausforderungen und Chancen in der sozialraumorientierten Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Karsten Giertz

Um die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Behinderungen zu verbessern, traten in den letzten Jahren mehrere gesetzliche Reformprozesse in Kraft. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zielen diese Reformbemühungen neben der Stärkung der Selbstbestimmung und der aktiven Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen auf die Entwicklung von flexiblen personenzentrierten und sozialraumorientierten Behandlungs- und Unterstützungsangeboten. Einen besonderen Stellenwert bei der Förderung der Sozialen Teilhabe nimmt das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ein. Durch die Einführung eines verbindlichen Behinderungsbegriffes im Sozialrecht, der Behinderung als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren auffasst (§ 2 SGB IX), wurde erstmals eine sozialräumliche Perspektive bei der Definition von Behinderung eingenommen.

In diesem Zusammenhang kam es auch zur Einführung der Leistungen zur Sozialen Teilhabe, um die leistungsberechtigte Person „zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen (§ 76 SGB IX)“. Darüber hinaus werden die Leistungsträger aufgefordert „flächendeckende, bedarfsgerechte, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote (§ 94 Abs. 3 SGB IX)“ vorzuhalten oder mit den Leistungserbringern zu entwickeln. Nachfolgend wird die Sozialraumperspektive des BTHG auf die Unterstützungsleis-

tungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen betrachtet.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland

Jährlich weisen in der erwachsenen Bevölkerung von Deutschland ca. 27,8 Prozent Merkmale einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung auf (Übersicht in Giertz et al. 2022). Davon leiden etwa ein bis zwei Prozent an den schweren und langanhaltenden Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung, die mit einer intensiven Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychosozialen Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsangeboten einhergehen. In der angloamerikanischen Fachliteratur etablierte sich zur Bezeichnung dieser Zielgruppe der Begriff „Severe Mental Illness“ (dt. „schwere psychische Erkrankungen“) (ebd.).

Für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hat sich in Deutschland im Zuge der Psychiatrie-Enquête ein differenziertes Versorgungssystem mit verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsformen entwickelt (Übersicht in Gühne & Riedel-Heller 2019). Trotz dieses differenzierten und auch kostenintensiven Versorgungssystems weisen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland immer noch zahlreiche psychosoziale Beeinträchtigungen und gesellschaftliche Teilhabeeinschränkungen auf (Übersicht in Giertz et al. 2022). So gehen schwere psychische Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit einem erhöhten Risiko für Beschäftigungslosigkeit, Armut, Verschuldung, Wohnungslosigkeit, Viktimisierung, komorbide so-

matische Erkrankungen und mit einer vorzeitigen Sterblichkeit einher (ebd.). Gerade im Bereich der Sozialen Teilhabe ist das Risiko für Exklusionsprozesse bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besonders hoch. So gehören Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen immer noch zu einer Zielgruppe, die erheblichen Stigmatisierungsprozessen und einstellungsbedingten Barrieren in der Bevölkerung ausgesetzt ist (vgl. Angermeyer et al. 2017; BAMS 2022). Zahlreiche Studien zur Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der Eingliederungshilfe weisen außerdem darauf hin, dass es bisher nicht gelungen ist, diese Zielgruppe im Bereich der Sozialen Teilhabe adäquat zu unterstützen (Übersicht in Giertz et al. 2022). Viele Betroffene leben immer noch in gesonderten Unterstützungsformen, haben häufig nur einen eingeschränkten Zugang zu gesellschaftlichen Freizeit- und Kulturangeboten, unterhalten wenig soziale Kontakte mit nahestehenden Angehörigen oder Freunden und sind vor allem im Alter von sozialer Einsamkeit bedroht.

Sozialraumorientierung in der Sozialpsychiatrie

Derzeit lässt sich noch kein einheitliches Verständnis zum Konzept des Sozialraumes ausmachen (Kahl 2023). Bei der Durchsicht von historischen Konzepten und Definitionsansätzen fassen Kessler und Reutlinger (2010) den Begriff Sozialraum wie folgt zusammen: „Mit Sozialraum werden zumeist der gesellschaftliche Raum und der menschliche Handlungsraum bezeichnet, das heißt der von handelnden Akteuren (Subjek-

ten) konstituierte Raum und nicht nur der verdinglichte Ort (Objekt) (S. 25).“ Seinen Ursprung hat das Konzept des Sozialraumes in den US-amerikanischen Bürgerrechts- und Emanzipationsbewegungen gegen Ende des 19. Jahrhunderts sowie in der daraus entstandenen Gemeinwesenarbeit (Röh & Meins 2021). Ebenso lässt sich die Entwicklung der heutigen sozialraumorientierten Unterstützungsformen und -methoden auf die Gemeinwesenarbeit zurückverfolgen.

Trotz der fehlenden einheitlichen Systematisierung handelt es sich bei der Sozialraumorientierung mittlerweile jedoch, um ein eigenständiges Fachkonzept, das in vielen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit Verbreitung gefunden hat (Häselner-Bestmann 2021). Dabei wird unter Sozialraumorientierung ein Fachkonzept verstanden, „mit dem einerseits der Einbezug der natürlichen, kulturellen, strukturellen und sozialen Umgebung des Menschen in die personenzentrierte Unterstützung zur Erweiterung seiner Handlungsoption im Sinne einer selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe an gesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Prozessen und Strukturen und andererseits die Gestaltung des Sozialraumes (inkl. Sozialer Beziehungen, organisationaler und lokaler Prozesse und Struk-

turen) gekennzeichnet werden kann (ebd., S. 13).“ Die konsequente Orientierung an Ressourcen, Empowerment, Partizipation und an soziale Netzwerke sind dabei wichtige Prinzipien, die dem Sozialraumkonzept und der sozialraumorientierten Unterstützung zugrunde liegen (Röh & Meins 2021).

In der Behandlung und Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hat das Fachkonzept der Sozialraumorientierung erst relativ spät Anklang gefunden. Erstmals wurden 1975 im „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ sozialraumorientierte Prinzipien in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von der Enquête-Kommission aufgenommen (vgl. Armbruster et al. 2015), mit dem Ziel, durch die Auflösung der Großanstalten und den Aufbau von gemeindenahen Versorgungsstrukturen die gesellschaftliche Integration von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu fördern.

Eine weitere Perspektive brachte der Sozialpsychiater Dörner (2007) mit seinen Überlegungen zum „Dritten Sozialraum“ ein. Gerade vor dem Hintergrund der Bewältigung des demographischen Wandels und der zukünftigen Ressour-

cenknappheit beschäftigte er sich damit, wie die natürlich gegebenen sozialen Ressourcen der Gesellschaft (z. B. ehrenamtliches Engagement, Nachbarschaft, informelle Unterstützungsformen) als Ergänzung zu privaten oder gesellschaftlich institutionalisierten Formen der Hilfe nutzbar gemacht werden können, um gesundheitlich- und sozialbenachteiligten Menschen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Trotz dieser Entwicklungen fand eine weitere fachliche Auseinandersetzung mit dem Konzept des Sozialraumes in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zumindest in Deutschland nicht statt, anders als beispielsweise in den USA, Kanada und Niederlanden mit dem Konzept von Community Living (Aselmeier 2007) oder der Quartiermaken (Kal 2006). Auch eine konsequente Umsetzung von sozialraumorientierten Formen der Unterstützung lässt sich hierzulande in der sozialpsychiatrischen Praxis nicht wirklich ausmachen. Seit der Psychiatriereform haben sich in Deutschland neue Formen der Institutionalisierung in der Behandlung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt (vgl. Priebe et al. 2005). In vielen Regionen führte die Transformation zu weiteren gesellschaftlich isolierten Versorgungsbereichen für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Herausforderungen und Perspektiven in der sozialraumorientierten Unterstützung

Im Zuge der Forderungen durch die UN-BRK wurde die Sozialraumorientierung im BTHG schließlich als ein wichtiges handlungsleitendes Prinzip aufgenommen, wie z. B. beim Behinderungsbegriff (§ 2 SGB IX), bei den Grundsätzen der Unterstützungsleistungen (§ 104 Abs. 1, § 106 Abs. 2 Nr. 5 und 6), bei der Beschreibung von Leistungen zur sozialen Teilhabe (§ 113 Abs. 1), bei der Regelung von Fachkräften (§ 97 S. 2 Nr. 2) oder bei der Umsetzung des Gesamtplanverfahrens (§ 117 Abs. 1 Nr. 3). Als Ergänzung zur Personenzentrierung trägt die Sozialraumorientierung auf

Literatur:

Angermeyer, M.; Matschinger, H.; Schomerus, G. (2017): **50 Jahre psychiatrische Einstellungsfor-**
schung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, 44, S. 377–392.
Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K. (Hg.) (2015): **40 Jahre Psychiatrie-Enquete: Blick zurück nach vorn.** Köln: Psychiatrie Verlag.
Aselmeier, L. (2007): **Community Care und Menschen mit geistiger Behinderung. Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland.** Wiesbaden: VS Verlag.
BAMS – Bundesministerium für Arbeit und Gesundheit (2022): **Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung.** Bonn: BAMS.
Dörner, K. (2007): **Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem.** Neumünster: Paranus Verlag.
Giertz, K.; Speck, A.; Steinhart, I. (2022): **Soziale Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen – Daten und Fakten.** In: Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.): **Soziale Teilhabe professionell fördern: Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz.** Köln: Psychiatrie Verlag, S. 32–46.
Gühne, U.; Riedel-Heller, S. G. (2019): **Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland.** In: Bramesfeld, A.; Koller, M.; Salize, H.-J. (Hg.): **Public Mental Health.**

Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Bern: Hogrefe Verlag, S. 31–60.
Häselner-Bestmann, S. (2021): **Impulse aus dem Fachkonzept Sozialraumorientierung für die Klinische Sozialarbeit.** In: *Klinische Sozialarbeit*, 17 (1), S. 4–6.
Kal, D. (2006): **Gastfreundschaft. Das niederländische Konzept der Quartiermaken.** Neumünster, Paranus Verlag.
Kessl, F.; Reutlinger, C. (2010): **(Sozial)Raum – ein Bestimmungsversuch.** In: Kessl, F.; Reutlinger, C. (Hg.): **Sozialraum – Eine Einführung.** Berlin, Springer VS, S. 21–38.
Kahl, Y. (2023): **Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit braucht Sozialraumorientierung: Hintergründe, Einordnungen, Anforderungen.** In: *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 3, S. 6–9.
Priebe, S.; Badescanyi, A.; Fioritti, A.; Hansson, L.; Kilian, R.; Torres-Gonzales, F.; Turner, T.; Wiersma, D. (2005): **Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries.** In: *BMJ*, 330, S. 123–126.
Röh, D.; Meins, A. (2021): **Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe.** München: Ernst Reinhardt Verlag.
Röh, D.; Schreieder, E. (2022): **Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit.** Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

der Einzelfallebene und fallübergreifenden Ebene dazu bei, einstellungs- und umweltbedingte Barrieren zu identifizieren und abzubauen sowie alle verfügbaren Ressourcen des Sozialraumes in der Unterstützung zu nutzen und zu mobilisieren, um die soziale Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ganzheitlich zu fördern (vgl. Röh & Meins 2021).

Neben umfangreichen Kenntnissen über den Sozialraum der Klient*innen (z. B. durch das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren, siehe Beitrag von Beyerlein et al. in diesem Heft) müssen Fachpersonen in Zukunft auch ihre professionellen Kompetenzen um spezifische sozialräumliche Methoden erweitern. In den letzten Jahren wurden zahlreiche fallunabhängige und fallübergreifende Methoden in der sozialraumorientierten Unterstützung entwickelt (z. B. Netzwerkanalysen, Sozialraumbegehung und -erkundung) (Überblick in Röh & Meins 2021). Viele dieser Methoden haben ihren Ursprung jedoch in der Kinder- und Jugendhilfe und Gemeinwesenarbeit. Von daher fehlt es noch an konkreten Umsetzungserfahrungen im Kontext der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Dabei weist diese Zielgruppe durch die direkten und indirekten Folgen der psychischen Erkrankung besondere Unterstützungsbedarfe auf, die

eine fachliche Spezifizierung von sozialraumorientierten Unterstützungsformen notwendig machen. Zudem stehen Leistungserbringer vor der Herausforderung das Konzept der Sozialraumorientierung in die bestehenden Angebotsstrukturen (z. B. durch Kooperation mit Nachbarschaft, Vereinen oder zivilgesellschaftlichen Angeboten) und in die konkrete Umsetzung von Fachleistungen zu integrieren (Röh & Schreieder 2022). Hier sei insbesondere auf die Situation von hochstrukturierten Settings wie den besonderen und geschlossenen Wohnformen verwiesen, die angehalten sind neue Konzepte und Arbeitsformen zu entwickeln, bei denen weniger die einrichtungsbezogenen Strukturen im Vordergrund stehen, sondern die Umsetzung der personenzentrierten und individuellen Unterstützung zur Befähigung der Teilhabe im Sozialraum. Mit ihrer besonderen Fachexpertise kann die Klinische Sozialarbeit diesen Prozess durch die fachliche und zielgruppenspezifische Weiterentwicklung von sozialraumorientierten Konzepten und Methoden unterstützen.

Sozialraumorientierte Unterstützung erfolgt zum einen auf der Einzelfallebene und zum anderen auf der fallübergreifenden Ebene. Letzteres beabsichtigt neue Teilhabemöglichkeiten durch Kooperation und Vernetzung für eine größere Zielgruppe zu erschließen

oder gezielt regionale Teilhabebarrieren abzubauen. Hierzu ist es erforderlich, dass sich die Finanzierungslogiken der Leistungsträger nicht ausschließlich auf die direkten Fachleistungen mit der leistungsberechtigten Person beziehen, sondern auch fachlich und methodisch ausformulierte Aktivitäten im Sozialraum als wichtige fallübergreifende Unterstützungsleistungen zur Förderung der Sozialen Teilhabe anerkennen (Röh & Schreieder 2022). Grundsätzlich ist die Sozialraumorientierung als Ergänzung der Personenzentrierung zu betrachten, um ganzheitliche Hilfen zu ermöglichen. Dies setzt eine hinreichende Finanzierung von sozialraumorientierten Unterstützungsleistungen voraus, die nicht zu Lasten der personenbezogenen Unterstützung geht. Darüber hinaus sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einstellungsbedingten Barrieren durch gesellschaftliche Stigmatisierungstendenzen ausgesetzt, die in den letzten Jahren zugenommen haben (vgl. Angermeyer et al. 2017). Um die Teilhabechancen zu verbessern, bedarf es auch auf gesellschaftlicher Ebene Maßnahmen zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen, die zielgruppenspezifische Initiativen umfassen sollten, an denen sich neben Fachexpert*innen auch Expert*innen aus Erfahrungen oder Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligen.

Professionelle Beziehungsgestaltung in den Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Lisa Große

Ziel der Leistungen zur Sozialen Teilhabe im Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist, „Leistungsrechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen“ (§ 113 Abs. 1 SGB IX). Die partizipative Entscheidungsfindung auf der einen

und die Annahme zur Unterstützung hin zu einem eigenständigen, selbstbestimmten Leben auf der anderen Seite, sind jedoch eng damit verbunden, inwieweit es Klient*innen gelingt, von ihren subjektiven Bedarfen (individuell und strukturell) zu berichten und – auf dieser Basis – adäquate Unterstützungsangebote anzunehmen. Während der Begriff des Sozialraums

im BTHG verankert wurde (u. a. § 76 i. V. m. § 113 SGB IX; die Ausgestaltung obliegt jedoch dem Fachdiskurs, vgl. Röh 2022a; Kahl 2023), bleibt der Begriff der Beziehungsgestaltung gesetzlich unbeschrieben.

Ein Dilemma, denn die Leistungen der qualifizierten Assistenz mit dem Ziel der Befähigung „zu einer eigen-

ständigen Alltagsbewältigung“ (§ 78 Abs. 2 S. 2 SGB IX) werden beispielsweise durch methodische Kompetenzen wie Beratung (Kröger 2022) oder Sozialtherapie (Röh 2022b) erreicht. Beide sind ohne den Fokus auf eine professionelle Beziehungsgestaltung insbesondere bei (aus gutem Grund) misstrauischen Klient*innen nicht zielführend. In der Vergangenheit wurde bereits mehrfach in Forschungen und Differenzierungen Beziehung als bedeutender Wirkfaktor in Beratungs- und Therapieprozessen thematisiert (Grawe 2000; Orlinky et al. 2013; Lambert & Barley 2001).

Die Stärkung der Selbstbestimmung und erhöhte Personenzentrierung im BTHG verweist darüber hinaus auf die Wechselwirkung von personenbezogenen Möglichkeiten und den Herausforderungen durch umweltbezogene Barrieren oder mangelnde Teilhabechancen. Eine Überlegung, die anknüpfungsfähig an die Klinische Sozialarbeit ist. Sie nimmt jedoch neben umgebungs- und personenbezogenen auch stets beziehungsorientierte Interventionen in den Blick (Kröger, Pauls & Gahleitner 2023). Letzteres wird besonders bei Klient*innen, die in ihrer Biografie verletzend zwischenmenschliche Erfahrungen gemacht haben – innerhalb der Herkunftsfamilie, aber auch in Zusammenarbeit mit Fachkräften – notwendig (hard-to-reach, vgl. Giertz, Große & Gahleitner 2021). Diese Verletzungen können zu Vertrauensverlust führen. Vertrauen in professionelle Unterstützungsangebote ist jedoch notwendig, um von Stressoren der Biografie und Lebenswelt zu berichten (auf Basis derer adäquate Interventionen geplant werden können) und adäquate Unterstützungsangebote anzunehmen (Große & Gahleitner 2021; Hansjürgens 2022a).

Wie genau jedoch gestaltet sich eine professionelle Beziehung?

Die Gestaltung einer professionellen Beziehung soll hier zunächst mit Bezug auf das Modell des Beziehungsprozesses (Gahleitner 2020; Gahleitner, Gebrande & Viehauser, i. Dr.) beschrieben werden (Abb. 1). In diesem Modell wird Schritt für Schritt the-

matisiert wie eine tragfähige professionelle Beziehungsgestaltung durch Vertrauensaufbau entwickelt werden kann. Anschließend werden Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen professioneller Beziehungsgestaltung in den Blick genommen und für Leistungen zur Förderung der Sozialen Teilhabe diskutiert.

Beziehungsprozess in fünf Schritten

Beziehungsorientiertes Verstehen ist die Grundlage zu erkennen, mit welchen Vorerfahrungen die Klient*innen in den Kontakt zu Fachkräften treten. Misstrauen oder vermeidendes Annahmeverhalten laufen Gefahr pathologisiert zu werden. Mangelnder Wille kann jedoch nicht zuletzt als Versuch gewertet werden, sich vor erneuten Vertrauensmissbrauch und Verletzungen zu schützen. Um diese Vorerfahrungen zu berücksichtigen, benötigen Fachkräfte ein umfassendes Bild. Einerseits sind dabei Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit relevant (Gahleitner 2017), denn die Muster, die sich im Laufe der ersten Lebensjahre entwickeln, werden in Krisen und auf der Suche nach Unterstützung auch im Erwachsenenalter aktiviert. „Helfende Beziehungen sind dabei grundsätzlich als Bindungsbeziehungen zu betrachten“ (Gahleitner et al., i. Dr.), wodurch der Stellenwert von Bindungstheorien deutlich wird. Andererseits geben auch weitere Erfahrungen in engen sozialen Beziehungen (auch mit Fachkräften) wichtige Hinweise auf mögliche zwischenmenschliche Verletzungen, die es in der Beziehungsgestaltung zu berücksichtigen gilt (Ohnmachtserfahrungen, Stigmatisierungen). Zur Erarbeitung bietet sich die narrative Biografiediagnostik an (Gahleitner 2020; Gahleitner & Dangel 2018).

Schützende Inselerfahrungen können sich auf Basis des erarbeiteten Verständnisses entwickeln. Insbesondere der personenzentrierte Ansatz nach Rogers (1957) mit den drei Grundhaltungen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sind in ihrer authentischen Vermittlung mögliche Gegenerfahrungen für die Klient*innen. Misstrauen jedoch abzubauen, benötigt oft mehrere Erfahrungen auf Seiten der Kli-

ent*innen, in denen immer wieder die Vertrauenswürdigkeit überprüft wird. Fachkräfte müssen daher zunächst in „Vorleistung“ (Luhmann 1968/2014, S. 23) gehen.

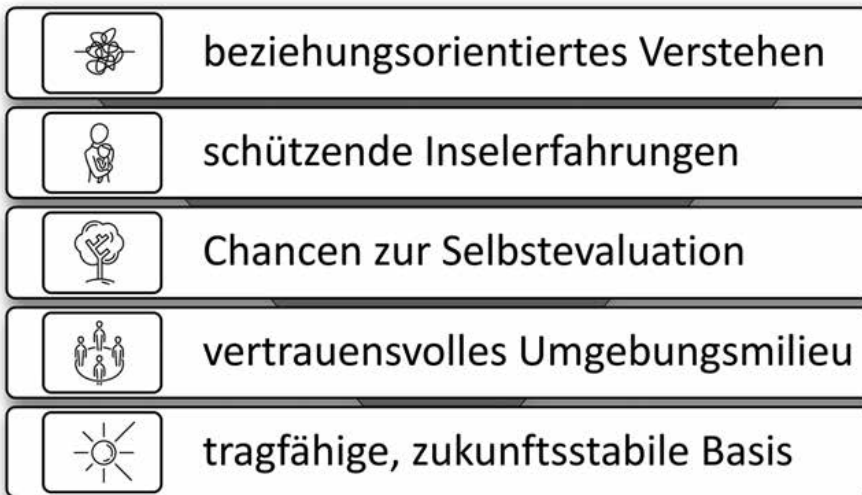
Auf Basis der schützenden Inselerfahrungen wird es den Klient*innen ermöglicht, sich neuen Verhaltensweisen und inneren Muster zuzuwenden – die **Chance auf Selbstevaluation** entsteht. Ziel ist die Ressourcen der Klient*innen, die ggfs. überdeckt wurden, auf dieser Basis (erneut) zu nutzen und das Vertrauen der Klient*innen in ihre eigenen Problemlösekompetenzen zu stärken. Deutlich wird die Bedeutung der schützenden Inselerfahrung für die Selbstevaluation entlang der Bindungstheorie: Wenn Klient*innen auf Basis der Zusammenarbeit das Gefühl haben, sich bei Verunsicherung auf ein unterstützendes Außen verlassen zu können, sind sie bereit, sich Herausforderungen zuzuwenden. Eine Erfahrung die bereits viele Fachkräfte durch beispielsweise Begleitungen kennen. Dabei geht es nicht um die überfürsorgliche Abnahme von Problemkonstellationen („ich mach das schon für Sie“), sondern um das Gefühl bei großer Verunsicherung auf ein Außen zurückgreifen zu können.

Auf der Basis einer reflektierten professionellen Beziehung und auf der Basis des daraus entstandenen Vertrauens in professionelle Unterstützungssysteme kann ein **vertrauensvolles Netzwerk** entstehen. Das bedeutet, dass die Vorerfahrungen, die sich zunächst auf die Dyade zwischen Fachkraft und Klient*in beziehen, ihre Wirkung auf dritte Unterstützungsmöglichkeiten entfalten können. Insbesondere bei komplexen Problemlagen ist es nicht selten notwendig, mehrere Akteur*innen unterschiedlichster Professionen aus unterschiedlichsten Settings wie informelle Netzwerke hinzuziehen.

Gelingt es, eine tragfähige Beziehung aufzubauen, durchdringt das Zutrauen auch weitere, vermittelte Netzwerke. Ein „vertrauensvolles, professionelles ‚Umgebungsmilieu‘“ (Gahleitner 2020, S. 89) entwickelt so eine **tragfähige, zukunftsstabile Basis**, denn das unter-

Abbildung 1: Beziehungsprozess in fünf Schritten

(nach Gahleitner 2020, eigene Abbildung)



stützende Netzwerk ermöglicht den Aufbau neuer Kompetenzen. Ist es gelungen ein solch tragfähiges Netzwerk und das Zutrauen in eigene Bewältigungsmöglichkeiten aufzubauen, wird auch ein Boden für Verabschiedungsprozesse bereitet.

Rahmenbedingungen als wichtiger Einflussfaktor zur Beziehungsgestaltung

Inwieweit es gelingt, eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Zusammenarbeit mit Adressat*innen umzusetzen, hängt nicht zuletzt von den Rahmenbedingungen ab (Hansjürgens 2022a, 2022b). Die Zusammenarbeit in der Eingliederungshilfe ist nicht selten mittel-, oder gar langfristig angelegt. Das Ausmaß psychosozialer und somatischer Beeinträchtigungen der Klient*innen aber auch die strukturellen Teilhabemöglichkeiten der jeweiligen regionalen Gegebenheiten bedingen, in welchem Maß Eigenverantwortung über die Zeit gemeinsam erarbeitet werden kann. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Zusammenarbeit sich über mindestens wenige Jahre gestaltet. Das ist zunächst die gute Nachricht, denn im Gegensatz zu kurzfristigen Kontaktmöglichkeiten z. B. in Beratungsstellen oder stationären Settings wird eine mögliche Beziehungskonstanz gegeben, die es erlaubt, gemeinsame positive Erfahrungen zu sammeln und auf dieser Ba-

sis Selbstevaluationen zu ermöglichen. Dennoch bleibt kritisch zu beurteilen, dass insbesondere ein beziehungsorientiertes Verstehen über biografiediagnostische Möglichkeiten (Gahleitner & Dangel 2018) im Rahmen der Teilhabepaninstrumente keine Rolle spielen. Die Fachkräfte der qualifizierten Assistenz sind daher aufgefordert neben den bereits bestehenden Hilfeplanverfahren einen Zugang zu beziehungsorientiertem Verstehen zu erarbeiten.

Einen notwendigen, aber zusätzlichen Zugang bietet hier das Rahmenmodell „Diagnostisches Fallverstehen“ (Giertz, Große & Gahleitner 2022; für den Fluchtbereich Große et al. 2023). Ist auf dieser Grundlage beziehungsorientiertes Verstehen gewährleistet, bedarf es weiterhin für die professionelle Beziehungsgestaltung adäquate fachkraftbezogene, teaminterne und organisationale Bedingungen. Während eine an den Klient*innen orientierte Beziehungsgestaltung der Personenzentrierung der BTHG-Entwicklungen gerecht wird, ist es dennoch nicht selten gelebte Praxis, dass Deutungshoheiten zur Entstehung und Behandlung von Erkrankungen im Mittelpunkt stehen. Hansjürgens (2022b) nimmt diesen Aspekt im Modell der sozialarbeiterischen Fallkonstruktion auf und zeigt, dass bereits das Verständnis von Problemlagen und die

zur Bearbeitung benötigten Interventionen von disziplinären, arbeitsfeldspezifischen und organisationalen Bedingungen beeinflusst wird. Das „noch zu entwickelnden Passungsverhältnisses zwischen Möglichkeiten der Person und Anforderungen der Umwelt sowie auch Kontrollaspekte“ (Hansjürgens 2022b, S. 196) bedarf daher zunächst „authentische Kommunikation, Flexibilität für Veränderungen und die Relationierung der Kontrollaspekte“ (ebd.) auf der einen und organisationale und teaminterne Reflexion von Möglichkeiten und Grenzen professioneller Beziehungsgestaltung auf der anderen Seite. Im Rahmen von Fallbesprechungen und Supervisionen, aber auch durch Selbsterfahrung kann es gelingen, dass Fachkräfte fallbezogene Unsicherheiten in der Beziehungsgestaltung reflektieren können. Denn: „Nur dann, wenn sich die professionelle Fachkraft dieser auf der Beziehungsebene ablaufenden Prozesse bewusst wird, kann sie aus unproduktiven Interaktionsdynamiken (z. B. auf Angriff folgt Verteidigung oder Rechtfertigung) aussteigen und den Klient*innen eine korrigierende Beziehungserfahrung ermöglichen“ (Gahleitner et al., i. Dr.).

Der Balanceakt zwischen Nähe und Distanz wird jedoch nicht nur durch die Vorerfahrungen der Klient*innen wie Fachkräfte, sondern ebenso durch Positionierung und Aushandlung(smöglichkeiten) innerhalb der Organisation geprägt. Zuletzt tragen auch die Leistungsträger Verantwortung professionelle Beziehungsgestaltung in den Leistungsverhandlungen mit den Leistungserbringern konzeptionell zu verankern und entsprechende Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der Bedarfsermittlung und Leistungscoordination für eine gelingende professionelle Beziehungsarbeit zu ermöglichen. Denn eins bleibt auf Basis von empirischen Ergebnissen und praktischen Erfahrungen deutlich: Ohne professionelle Beziehungsgestaltung wird es nicht gelingen, gerade bei verletzten Menschen mit komplexen Problemlagen adäquate Unterstützung hin zu einem eigenverantwortlichen Leben zu gewährleisten.

Literatur:

- Gahleitner, S. B. (2017): **Soziale Arbeit als Beziehungsperson. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen.** Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B.; Dangel, L. (2018): **Biografie-diagnostik anhand des Lebenspanoramas und des Erwachsenenbindungsinterviews.** In: Buttner, P.; Gahleitner, S. B.; Hochuli Freund, U.; Röh, D. (Hg.): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit (Series: Hand- und Arbeitsbücher, Vol. 24). Berlin: Deutscher Verein, S. 353–358.
- Gahleitner, S. B. (2020): **Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit und Beratung** (Reihe: Beratung, Bd. 17; 2. Auflage). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Gahleitner, S. B.; Gebrande, J.; Viehhauser, R. (2024): **Professionelle Beziehungsgestaltung und Milieuarbeit.** In: Sektion Klinische Sozialarbeit der DGSA (Hg.): Handbuch Klinische Sozialarbeit (im Druck), Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Giertz, K.; Große, L.; Gahleitner, S. B. (Hg.) (2020): **Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen.** Köln: Psychiatrie Verlag.
- Giertz, K.; Große, L.; Gahleitner, S. B. (2022): **Die psychosoziale Diagnostik in der qualifizierten Assistenz.** In: Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.): Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 134–157.
- Grawe, K. (2000): **Psychologische Therapie.** Göttingen: Hogrefe.
- Große, L.; Gahleitner, S. B. (2021): **Hilfeprozesse bei Hard-to-reach-Klientel beziehungsorientiert ermöglichen.** In: Giertz, K.; Große, L.; Gahleitner, S. B. (Hg.): Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 95–104.
- Große, L.; Ebinger, S.; Wintzer, L. I.; Golata, A.; Jaquet, R.; Riep, M.; Gahleitner, S. B. (2023): **„Diagnostisches Fallverstehen“ bei jungen geflüchteten Menschen. Ein zielgruppenspezifisches Diagnostikmodell für die psychosoziale Praxis.** Höchberg: ZKS.
- Hansjürgens, R. (2022a): **Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung als Basis gelingender Teilhabe-assistenz.** In: Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.): Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 188–200.
- Hansjürgens, R. (2022b): **Ein Fall für die Soziale Arbeit. Handlungstheoretische Überlegungen zu einer sozialarbeiterischen Fallkonstruktion.** In: Soziale Arbeit, 71(5), S. 162–170.
- Kahl, Y. (2023): **Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit braucht Sozialraumorientierung. Hintergründe, Einordnungen, Anforderungen.** In: FORUM sozialarbeit + gesundheit 3/2023, S. 6–9.
- Kröger, C. (2022): **Grundlagen psychosozialer Beratung.** In: Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.): Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 201–213.
- Kröger, C.; Pauls, H.; Gahleitner, S. B. (2023): **Klinische Sozialarbeit.** In: von Rießen, A.; Bleck, C. (Hg.): Soziale Arbeit. Adressierungen und Handlungsfelder. Stuttgart: Kohlhammer, S. 359–367.
- Lambert, M. J.; Barley, D. E. (2001): **Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome.** In: Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 38(4), S. 357.
- Luhmann, N. (2014): **Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität.** (Reihe: Flexibles Taschenbuch; 5. Auflage). Konstanz, München: UVK/UTB.
- Orlinsky, D. E.; Rønnestad, M. H.; Willutzki, U. (2013): **50 Jahre Prozess-Outcome-Forschung: Kontinuität und Wandel.** In: Lambert, M. J. (Hg.): Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation. DGVT Verlag, S. 501–624.
- Rogers, C. R. (1957): **The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.** In: Journal of Consulting Psychology, 21(2), S. 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Röh, D. (2022a): **Sozialräumliche Unterstützung als Bestandteil qualifizierter Assistenz.** In: Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.): Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 249–260.
- Röh, D. (2022b): **Sozialtherapie als zentrales Konzept qualifizierter Assistenz.** In: Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.): Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 77–89.

katho

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



ANZEIGE

MASTERSTUDIENGANG Soziale Arbeit

Sie wollen Ihr Wissen und Ihre Handlungskompetenzen aus dem Bachelorstudium der Sozialen Arbeit vertiefen, sich auf ein Arbeitsfeld spezialisieren und hier komplexen Fragestellungen nachgehen? Die katho bietet Soziale Arbeit (M.A.) an allen vier Standorten an, setzt aber fünf inhaltliche bzw. arbeitsfeldbezogene Schwerpunkte:

- Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)
- Inklusive Kinder- und Jugendhilfe sozialräumlich gestalten (Münster)
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Gleich in welchem Schwerpunkt – Sie erweitern Ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt Sie zur Leitung von Organisationen. Der Masterabschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Bewerbungszeitraum: jährlich vom 1. Dezember bis 31. Mai
Weitere Informationen unter katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma

Klinische Sozialarbeit im Kontext der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Karsten Giertz & Ingo Müller-Baron

Im Zuge der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2009 hat sich Deutschland verpflichtet alle Maßnahmen zu ergreifen, um die vollständige und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft zu ermöglichen. Der aktuelle Bericht der zweiten und dritten Staatenprüfung des UN-Fachausschusses (2023) zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland zeigt unter anderem, dass diese Forderungen in den letzten 15 Jahren noch nicht erreicht wurden.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist neben der Bundesinitiative Barrierefreiheit, der Reform des Vormundschaftsgesetzes für Kinder und Erwachsene oder neben dem Kinder-Jugendstärkungsgesetz eines von vielen sozialpolitischen Initiativen und sozialrechtlichen Reformprozessen, die dazu beitragen sollen, die Ansprüche der UN-BRK in Deutschland zu realisieren. Nach der damaligen Bundesregierung sollte mit der 2017 in Kraft getretenen BTHG-Reform das frühere „Fürsorgesystem der Eingliederungshilfe“ stufenweise bis 2023 in ein „modernes Teilhaberecht“ weiterentwickelt werden (CDU/CSU/SPD 2013, S. 111). Zudem sah der Koalitionsvertrag vor, dass die Leistungen „sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden (sollen). Leistungen sollen nicht länger institutionenzentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden (ebd., S. 111)“.

Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind diese Reformprozesse im Bereich der Ein-

gliederungshilfe relevant. Mit rund 51 Prozent gehören Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur größten Gruppe der Nutzer*innen im Bereich der Eingliederungshilfe nach §§ 90 ff. SGB IX (Giertz et al. 2022). Davon erhalten 71 Prozent Unterstützung in der eigenen Wohnung und 29 Prozent in besonderen Wohnformen. Sowohl aufgrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung als auch der primären und sekundären Folgen

Der Umsetzungsstand des BTHG ist in den einzelnen Bundesländern als sehr unterschiedlich einzuschätzen.

der psychischen Erkrankung auf die soziale Teilhabe sowie auf die Fähigkeit zur Selbstbestimmung weisen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besondere Unterstützungsbedarfe auf. In § 1 SGB IX wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die besonderen Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen hingewiesen, die bei der Förderung der Sozialen Teilhabe berücksichtigt werden sollen.

Allgemeiner Überblick zum aktuellen Umsetzungsstand des BTHG in Deutschland

Ende 2022 wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS 2022) erstmals dem Deutschen Bundestag und Bundesrat ein umfassender Bericht zum aktuellen Umsetzungsstand des BTHG vorgelegt. Der Bericht fasst die Ergebnisse von vier

Begleit-, Evaluations-, und Forschungsprojekten zusammen, die die Wirkungen der Reform auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, auf die Praxis der Leistungserbringer und Leistungsträger sowie auf die finanziellen Auswirkungen für die Leistungsträger der Eingliederungshilfe untersuchten.

Im Bericht wird deutlich, dass der BTHG-Umsetzungsstand in den einzelnen Bundesländern als sehr uneinheitlich einzuschätzen ist. In keinem Bundesland wurden bisher alle Umsetzungsschritte vollständig umgesetzt. Durch die COVID-19-Pandemie hat sich die Umsetzung in allen Bundesländern verzögert. Aber auch die allgemeinen Veränderungen auf die Verwaltung, Struktur, Finanzierung und Praxis der Leistungsträger und -erbringer durch die neuen Anforderungen des BTHG trugen zu erheblichen Verzögerungen bei. So liegen in einigen Bundesländern bisher weder Landesrahmenvereinbarungen nach § 131 SGB IX noch vollständige Leistungs- und Vergütungssystematiken in der Eingliederungshilfe vor (ebd.). Zudem sind auch die ICF-basierten Bedarfsermittlungsinstrumente sowie das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren noch nicht flächendeckend eingesetzt. Weiterhin ergeben sich vielerorts Schwierigkeiten bei der BTHG-konformen Ausgestaltung von vielen bestehenden Angebotsformen wie beispielsweise den besonderen und geschlossenen Wohnformen, den Angeboten des Zuverdienstes oder Kontakt- und Begegnungsstätten ohne direkte personenzentrierte Leistungserbringungen. Auch ein fachlicher Diskurs bei der BTHG-Umsetzung im Zusammenhang mit den besonderen

Bedarfen von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen im Sinne § 1 SGB IX fand bisher nur unzureichend statt.

In Bezug auf die Prognosen zu den finanziellen Auswirkungen und zur Wirkung auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen lassen sich daher bis heute keine konkreten Aussagen treffen. Aufgrund der Umsetzungsverzögerung und dem Fehlen von bundesweiten Erfahrungen zu den Auswirkungen der BTHG-Reform wurden die Begleit- und Forschungsprojekte bis 2024 verlängert (ebd.). Gleiches gilt für die geplante Neuregelung des leistungsberechtigten Personenkreises im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Behinderungsbegriffs nach § 2 SGB IX.

Das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren in der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Schwierigkeiten bestehen vor allem bei der Umsetzung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens. Mit dem BTHG besteht die Chance, im Rahmen des Gesamtplan- und Teilhabeplanverfahrens unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts eine personenzentrierte und sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen, die in erster Linie von den aktuellen Bedarfen der leistungsberechtigten Person ausgeht und das Unterstützungsan-

gebot danach konzipiert (siehe Beitrag Beyerlein et al., S. 4–6 in diesem Heft). Bisher erfolgen die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts und das Gesamtplanverfahren aufgrund der unterschiedlichen Strukturen in den Sozialämtern bundesweit und regional sehr unterschiedlich. Zudem findet die Umsetzung der einzelnen Prozessschritte des Gesamtplanverfahrens

Mit dem BTHG besteht die Chance, im Rahmen des Gesamtplan- und Teilhabeplanverfahrens unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts eine personenzentrierte und sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

(§ 117 bis § 121 SGB IX) aufgrund von Personalmangel bei den Kostenträgern und des zeitlichen Aufwands oftmals nicht statt.

Aus einigen Bundesländern wird berichtet, dass die Leistungserbringer nicht aktiv an den Prozessschritten

des Gesamtplanverfahrens beteiligt werden. Ehemalige regionale Hilfeplan-Konferenzen mit allen versorgungsrelevanten Akteur*innen wurden nur in Berlin in der BTHG-Umsetzung beibehalten (vgl. SenIAS 2020). Diese Entwicklung widerspricht den Prinzipien einer fachlich fundierten personenzentrierten Bedarfsermittlung, wie sie bereits in den historischen Anfängen der Wohlfahrtspflege (vgl. Richmond 1917; Salomon 1926) und in gut evaluierten Konzepten der sozialarbeiterischen Bedarfsermittlung (vgl. Ehlers et al. 2017; Rapp & Goscha 1997) ausformuliert wurden. Die Einbeziehung und Kompetenzen aller relevanten Akteur*innen inklusive der Angehörigen im Gesamtplanverfahren sind vor allem bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unerlässlich (vorausgesetzt die leistungsberechtigte Person stimmt der Beteiligung zu), um eine an den aktuellen Bedarfen ausgerichtete personenzentrierte und sozialraumorientierte Unterstützung zu gewährleisten und gemeinsam mit allen Akteur*innen konkret abzustimmen.

Darüber hinaus geht das Antragsverfahren des Gesamtplanverfahrens mit einer höheren Eigenverantwortung aufseiten der Leistungsberechtigten einher. Es besteht insbesondere bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Gefahr, aus den Versorgungssystemen herauszufallen oder einer Unter- bzw. Fehlversorgung

Literatur:

- BAMS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022): **Bericht zum Stand und zu den Ergebnissen der Maßnahmen nach Artikel 25 Absatz 2 bis 4 des Bundesteilhabegesetzes**. Deutscher Bundestag 20. Wahlperiode. Drucksache 20/5150. Online verfügbar: www.bmas.de/DE/Service/Presse/Meldungen/2023/bericht-zum-bundesteilhabegesetz-vorgelegt.html (29.10.2023)
- CDU/CSU/SPD (2013): **Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode**. Online verfügbar: www.bundestag.de/resource/blob/194886/69/6f36f795961df200fb27fb6803d83e/koalitionsvertrag-data.pdf (14.10.2023)
- Dettmers, S. (2018): **Soziale Teilhabe als zentrale Ausrichtung Klinischer Sozialarbeit**. In: *Klinische Sozialarbeit*, 14 (2), S. 4–5.
- Ehlers, C.; Müller, M.; Schuster, F. (2017): **Stärkenorientiertes Case Management**. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.) (2022): **Soziale Teilhabe professionell fördern: Grundlagen**

- und Methoden der qualifizierten Assistenz**. Köln, Psychiatrie Verlag.
- Giertz, K.; Speck, A.; Steinhart, I. (2022): **Soziale Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen – Daten und Fakten**. In: Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.): *Soziale Teilhabe professionell fördern: Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz*. Köln Psychiatrie Verlag, S. 32–46.
- LSP M-V e. V. – Landesarbeitsgruppe Gesamtplan-/Teilhabeplanverfahren des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. (2021): **Qualitätsstandards zur Umsetzung des Gesamtplanverfahrens für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen**. Rostock, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. Online verfügbar: https://sozialpsychiatrie-mv.de/wp-content/uploads/2022/04/SP_Brosch_Qualitaetsstandards_Web.pdf (29.10.2023)
- Rapp, C.; Goscha, R. J. (1997): **The Strengths Model: A recovery-oriented approach to mental health services**. New York: Oxford University Press, 3th Ed.
- Richmond, M. (1917): **Social Diagnosis**. New York: Russel Sage Foundation.

- Röh, D.; Düzgün-Suttner, G.; Giertz, K.; Hansjürgens, R.; Schindler, C.; Walther, C. (2021): **Rehabilitation und Teilhabe – nicht ohne Expertise der Klinischen Sozialarbeit**. In: *ARCHIV Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, 3, S. 16–27.
- Salomon, A. (1926): **Soziale Diagnose**. Berlin: Heymann.
- SenIAS – Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2020): **Gemeinsame Ausführungsvorschriften Eingliederungshilfe (AV EH)**. Online verfügbar: www.berlin.de/sen/soziales/service/berliner-sozialrecht/kategorie/ausfuhrungsvorschriften/av-eh-887875.php (29.10.2023)
- UN-CRPD – United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2023): **Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany**. Online verfügbar: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FDEU%2FCO%2F2-3&Lang=en (14.10.2023)

ausgesetzt zu sein. Diese Zielgruppe hat häufig Schwierigkeiten, ihren Unterstützungsbedarf zu formulieren oder sie können sich aufgrund komplexer Problemlagen nur schwer an den Beantragungsverfahren aktiv beteiligen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sollten neben dem weiteren Ausbau von niedrighschwelliger Beratungsmöglichkeiten (beispielsweise Ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstellen) die Leistungsträger gemeinsam mit den Interessensvertretungen der Selbsthilfe und mit den Leistungserbringern fachliche Qualitätsstandards für die Umsetzung des Gesamtplanverfahrens entwickeln (siehe beispielsweise die Qualitätsstandards zum Gesamtplanverfahren in Mecklenburg-Vorpommern in LSP M-V e. V., 2021).

Auch das Teilhabeplanverfahren (§ 15 bis § 21 SGB IX), das eine personenzentrierte Versorgung von unterschiedlichen Leistungsbereichen im Sinne von Hilfen aus einer Hand sicherstellen soll, wird bundesweit noch nicht umgesetzt. Schwierigkeiten liegen hier bei der rechtlichen und praktischen Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungsbereichen. Darüber hinaus ist es dem Gesetzgeber nicht gelungen alle relevanten SGB-Rechtsbereiche im Teilhabeplanverfahren einzubeziehen. So bleibt beispielsweise der Bereich der kasernenärztlichen Behandlung (SGB V) im Teilhabeplanverfahren immer noch unberücksichtigt. Dementsprechend konnte die Fragmentierung des Versorgungssystems durch das BTHG nicht vollständig aufgelöst werden.

Wie Beyerlein et al. in diesem Heft darlegen, kann die Klinische Sozialarbeit mit ihrer fachlichen Expertise und Grundhaltung auf Leistungsträgerebene dazu beitragen, die Umsetzung des Gesamt- und Teilhabeplanverfahren im Sinne einer ganzheitlichen Unterstützung zu fördern. Darüber hinaus sind weitere sozialpolitische Anstrengungen notwendig, damit das Recht für Menschen mit Behinderungen auf eine sektoren- und rechtskreisübergreifende Versorgung in Deutschland gewährleistet wird.

Leistungen zur Förderung der Sozialen Teilhabe in der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Ein weiterer Bereich betrifft die fachliche Ausgestaltung der Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX. Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden „erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern [...]. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen (§ 113 SGB IX)“.

Vor allem auf regionaler Ebene besteht vielerorts ein Bedarf an fachlichem Austausch zwischen allen an der BTHG-Umsetzung beteiligten Akteur*innen im Zusammenhang mit den neuen fachlichen Anforderungen. In vielen Regionen sind die Diskurse weniger von den Forderungen der UN-BRK sondern eher von juristischen und wirtschaftlichen Perspektiven geprägt. Es fehlt oft an einem gemeinsamen Verständnis von Sozialer Teilhabe bei dem auch die besonderen Belange von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mitberücksichtigt werden (siehe hierzu BAMS 2022). Dadurch wird der regionale Umsetzungsprozess in vielen Bereichen zusätzlich erschwert. Mit der Einführung der Leistung zur Sozialen Teilhabe haben die Einbeziehung des Sozialraums, die partizipative Entscheidungsfindung und Beziehungsgestaltung, die Befähigung der leistungsberechtigten Personen zu einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung unter

Berücksichtigung der umweltbedingten Barrieren und Hindernissen, die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus anderen Versorgungsbereichen sowie die Kenntnisse der ICF-Nomenklatur einen zentralen Stellenwert in der Unterstützung eingenommen. Diese Anforderungen erfordern von den Fachpersonen spezifische Kompetenzen (Giertz et al. 2022). Mit der biopsychosozialen Grundorientierung, der Orientierung an sozialer Teilhabe sowie mit den sozialtherapeutischen Kompetenzen und Methoden kann die Klinische Sozialarbeit bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Leistungen zur Sozialen Teilhabe einen wichtigen Beitrag leisten sowie eine fachlich fundierte Orientierung bieten (vgl. Giertz et al. 2022; Röh et al. 2021).

Ausblick

Aufgrund der Komplexität der BTHG-Umsetzung wurden in diesem Beitrag nur Perspektiven für die Klinische Sozialarbeit im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens und der Leistungen zur Sozialen Teilhabe aufgezeigt. Allerdings ergeben sich für die Klinische Sozialarbeit noch weitere Anschlussmöglichkeiten. Bereits Dettmers wies 2018 im Zusammenhang mit der BTHG-Umsetzung daraufhin: „Klinische Sozialarbeit ist als wesentlicher Impulsgeber für erfolgreiche Teilhabe aus sozialarbeitswissenschaftlicher, sozial- und gesundheitspolitischer sowie aus sozialrechtlicher Sicht einzubeziehen und gerade bei komplexen Teilhabestörungen unverzichtbar (S. 6)“. Hierzu ist es wichtig, die Potenziale der Klinischen Sozialarbeit während des weiteren Umsetzungsprozesses des BTHG in den sozialpolitischen Diskursen präsent zu halten.

Projekt BTHG-Umsetzungsbegleitung

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) soll mit seinen umfangreichen Rechtsänderungen dazu beitragen, Menschen mit Behinderungen eine möglichst volle und wirksame Teilhabe in allen Bereichen für eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Die Leistungsträger und Leistungserbringer sind gefordert, die komplexen rechtlichen Regelungen in die Praxis umzusetzen. Mit dem Projekt Umsetzungsbegleitung BTHG sollen die Träger der Eingliederungshilfe in diesem Prozess mit Informationen, Fachdiskussionen und Veranstaltungen unterstützt werden.

Im Rahmen des Projektes gibt es auch einen digitalen BTHG-Kompass, der als stetig wachsendes Kompendium gedacht ist. Er soll Themen umfassen, die mit der Umsetzung des BTHG im Zusammenhang stehen und den Umsetzungsstand, zentrale Fragestellungen, Fachbeiträge, gute Beispiele und Urteile abbilden.

Projektinformationen und BTHG-Kompass unter: www.umsetzungsbegleitung-bthg.de

Partizipative Projekte zur Gestaltung von Versorgungssystemen im Gesundheitswesen

Bei der Entwicklung, Planung, Umsetzung und Evaluation von Reformprozessen, Handlungsempfehlungen und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialwesen hat in den letzten Jahren die Partizipation von Menschen mit Behinderungen durch Selbsthilfeinitiativen und -bewegungen, durch zunehmende partizipative Forschungsaktivitäten sowie durch gesetzliche Reformprozesse wie der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) und dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJStG) an Bedeutung gewonnen. Gerade im Zusammenhang mit der Umsetzung des BTHG wird aktuell die partizipative Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in alle sie betreffenden Angelegenheiten diskutiert. Der erst kürzlich veröffentlichte Staatenbericht des UN-Fachausschusses zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland bemängelt unter anderem die immer noch fehlenden strukturellen Möglichkeiten und Ressourcen für die aktive Beteiligung von Interessenvertretungen und Organisationen von Menschen mit Behinderungen bei der UN-BRK-Umsetzung (UN-CRPD 2023).

Besonders für Menschen mit Behinderungen und komplexen Unterstützungsbedarfen fehlt es in vielen Bereichen an entsprechenden Rahmenbedingungen, Ressourcen, Konzepten und Methoden, um eine aktive Beteiligung zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang veröffentlichten die beiden Herausgeber*innen Markus Witzmann (staatliche Hochschule München) und Eva Kunerl (Hochschule für angewandte Wissenschaften München) gemeinsam mit weiteren Autor*innen im vergangenen Jahr das Fachbuch „Partizipative Projekte zur Gestaltung von Versorgungssystemen im Gesundheitswesen“ im Kohlhammer Verlag. Im Zentrum des Fachbuches stehen die Erfahrungen eines Projektes zur Entwicklung einer landesweiten Autismus-Strategie in Bayern, das über die Koordination der Hochschule München zwischen 2018 und 2021 mit weiteren Ko-

Witzmann, M. & Kunerl, E. (Hg.) (2023): **Partizipative Projekte zur Gestaltung von Versorgungssystemen im Gesundheitswesen.** Stuttgart: Kohlhammer Verlag. 204 Seiten. ISBN 978-3-17-039694-4, 49,- EUR.

operationspartner*innen umgesetzt wurde. Das Projekt beinhaltete die Entwicklung von Reform- und Handlungsempfehlungen für die zukünftige Gestaltung der Versorgung von autistischen Menschen und ihren Angehörigen in Bayern. Im Rahmen des dreijährigen Projektvorhabens wurden Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung, Angehörige, Fachexpert*innen aus Forschung und psychosozialer Versorgung sowie politische Entscheidungsträger*innen aktiv an der Entwicklung und Umsetzung beteiligt. Neben der Beschreibung und Darstellung der Projektentwicklung und -ergebnisse sowie der methodischen Durchführung steht die Reflexion des Umsetzungsprozesses im Mittelpunkt der Buchbeiträge. Insbesondere das Spannungsverhältnis zwischen dem Umgang mit sozialpolitischen Anforderungen, den Ansprüchen bei der Umsetzung der anerkannten wissenschaftlichen Standards sowie der Realisierung eines partizipativen Vorgehens wird in den einzelnen Beiträgen thematisiert.

Das Buch enthält insgesamt zwölf Kapitel von verschiedenen Autor*innen, die in der Rolle als wissenschaftliche Mitarbeiter*innen, Expert*innen in eigener Sache, als Angehörige oder als sozialpolitische Akteur*innen am Projekt beteiligt waren. Inhaltlich gliedern sich die Kapitel in drei übergeordnete Teile. Im ersten Teil wird ein Überblick über die Ausgangslage des Projektes und über die aktuelle Versorgungsproblematik von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in Bayern gegeben. Zudem werden die wichtigsten Projektziele, die Projektstruktur und die verschiedenen Methoden der partizipativen Be-

teiligung durch Projektgruppen, Fachtagungen und Onlinebefragungen vorgestellt, die im Projekt angewendet wurden.

Im zweiten Teil gehen die Autor*innen auf die Umsetzung der spezifischen partizipativen Beteiligungsformen und -methoden ein. Hierzu wird ein Einblick in die partizipative Einbeziehung von Expert*innen in eigener Sache bei der Auswertung von internationalen Autismus-Strategien, in die Entwicklung einer partizipativen Online-Befragung zu den Unterstützungsbedarfen von autistischen Menschen in Bayern sowie in die barrierearme und zielgruppenspezifische Umsetzung einer Fachtagung als Reflexionsforum für das Projekt gegeben. Zudem werden in diesen Buchabschnitt die Möglichkeiten der aktiven Einbeziehung und Kommunikation mit nicht oder wenig sprechenden Menschen aus dem Autismus-Spektrum thematisiert und die Chancen der partizipativen Beteiligung durch ein Online-Forum aufgezeigt.

Im letzten Teil werden die identifizierten Zugangsbarrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in Bayern und die aus dem Projekt entwickelten Empfehlungen für eine landesweite Autismus-Strategie zusammengefasst. Darüber hinaus folgt eine abschließende Reflexion des Projektes aus der Perspektive der Beteiligten.

Das Fachbuch gibt einen gelungenen Einblick in die verschiedenen Möglichkeiten der aktiven Beteiligung von Menschen mit Behinderungen. Es richtet sich an Fachpersonen der psychosozialen Praxis, Gesundheits- und Sozialwissenschaftler*innen und an Akteur*innen aus der Politik. Die Beiträge zeigen auf, wie durch die Entwicklung von spezifischen Rahmenbedingungen Barrieren in der Beteiligung abgebaut und die Partizipation auch von Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen gelingen kann. Allerdings wird deutlich, dass Forscher*innen in diesem Prozess immer wieder zwischen der Umsetzung von standardisierten wissenschaftlichen Ansprüchen und der Realisierung von partizipativen Beteiligungsformen abwägen müssen.

Karsten Giertz