

Anlagenbericht der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAG FW) Niedersachsen zum HSBN-Bericht 2017

Thema: Leben in Nachbarschaft von Menschen mit und ohne Behinderung















Impressum

Herausgeber:

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung www.ms.niedersachsen.de_

Verantwortlich:

Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAG FW) Niedersachsen Text: Dr. Michael Meilwes – unter Mitarbeit des Fachausschusses Behindertenhilfe

Abbildung Deckblatt: Landesamt für Statistik Niedersachsen www.statistik.niedersachsen.de

Hannover, Juni 2017

Inhalt

Impressum	• •
I. Einleitung	
II. Demographische Daten	
III. Zur Entwicklung des Teilhaberechts im Bereich "Wohnen"	
IV. Wegmarken auf dem Weg zur Inklusion	. 1
1. Gleichheit.	. 1
2. Institutionalisierung und Medizin	. 1
3. Integration und Förderung	. 1
4. Inklusion in Abgrenzung zu Integration	. 1
V. Bedingungen inklusiven Wohnens	. 1
1. Abschied vom Heim?	. 1
2. Teilhabe	. 1
3. Das Persönliche Budget	. 1
4. Personenzentrierte Leistungsgewährung	. 1
5. Unterstützende Soziale Arbeit	. 2
6. Die sorgende Gemeinschaft	. 2
VI. Menschen mit Behinderung kommen zu Wort	. 2
VII. Fazit	. 2
VIII. Handlungsempfehlungen	. 3
Litanatum	2

I. Einleitung

Der Anlagenbericht der Handlungsorientierten Sozialberichterstattung 2017 beschreibt die Entwicklung der Behindertenhilfe im Bereich Wohnen.

In der Bundesrepublik wurden Entwicklungen eingeleitet, die dem Grundsatz "ambulant vor stationär" folgen. Im Kern geht es darum, die Leitidee einer "stationären Behindertenhilfe", die im Konsens der Leistungsträger und Leitungsanbieter errichtet wurde, zugunsten eines regionalen, flexiblen und personenzentrierten Dienstleistungsangebots stetig weiterzuentwickeln. Diese Entwicklung setzt neben einem ausreichenden Angebot geeigneter und bezahlbarer Wohnformen auch eine Weiterentwicklung bestehender Wohnangebote voraus, die die Betroffenen weitgehend beteiligen und deren persönliche und soziale Kompetenz stärken. Mittlerweile orientiert sich diese Entwicklung am Konzept der "Inklusion".

In einer inklusiven Gesellschaft ist es Ziel, dass Menschen mit und ohne Behinderung selbstverständlich zusammen lernen, arbeiten und wohnen. Inklusion ist ein Menschenrecht. Geborgenheit, gute Nachbarschaft, die eigenen vier Wände, nach Hause gehen können. Das sind Wünsche, die Menschen mit und ohne Behinderungen haben (vgl. Nahles 2016).

Die Gesetzgebung, die inklusives Wohnen befördern soll, ist fortgeschritten. Seit 1994 heißt es im Grundgesetz (GG) "Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden" (Art.3 Satz 2 GG). Seit 2009 gilt zudem in Deutschland die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK). Die Normen dieser Konvention basieren auf einem neuen Verständnis von Behinderung. Behinderung ist nicht nur eine individuelle Gesundheitsstörung, sondern auch eine Beeinträchtigung gleicher **Teilhabe** an Rechten und Ressourcen der Gesellschaft (vgl. Welti 2014).

Das Leitbild der UN-BKR ist Inklusion. Demnach ist es nicht Sache des behinderten Menschen, sich nach den Bedürfnissen der Gesellschaft zu richten. Es ist die Aufgabe der Gesellschaft, ihre Strukturen an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung anzupassen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe) 2016). Das Besondere an der UN-Konvention ist, dass sie das Recht auf gesellschaftliche Zugehörigkeit (Inklusion) mit dem Recht auf Selbstbestimmung verbindet. Zentral wird so auch die Beachtung des eigenen Willens der Betroffenen (vgl. Hinte 2016). Danach ist es nicht zulässig, einem Menschen mit Behinderung ein unterstütztes häusliches Wohnen in der eigenen Wohnung zu verweigern, wenn er oder sie dieses will. Die Entscheidung für ein Leben im Wohnheim muss frei getroffen, sie darf nicht aufgedrängt oder angewiesen werden (vgl. auch die Stellungnahme der Selbstvertreterinnen und Selbstvertreter der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAG FW) in Niedersachsen 2016). Andererseits muss auch dem Wunsch nach einem Leben in organisierten Wohnformen entsprochen werden.

Die gesetzlichen Vorgaben müssen auch faktische Kraft im Leben haben. Das ist jedoch nicht immer der Fall. Ein Aspekt der Lebenspraxis ist das Wohnen. Gerade hier sind Menschen mit Behinderung von einem enormen Armutsrisiko und in dessen Folge von dem Risiko sozialer Ausgrenzung (Exklusion) betroffen. Die Handlungsorientierte Sozialberichterstattung des Landes Niedersachsen 2016 (HSBN) spricht von der besonderen Lebenslage Behinderung. Eine Schwerbehinderung ist "(…) für die Betroffenen mit einer Steigerung ihres Armutsrisikos verbunden" (HSBN 2016, S. 104) und somit

einer Steigerung des Risikos von sozialer Ausgrenzung (Exklusion) sowie einer geringen Teilhabemöglichkeit im Bereich Wohnen.

In der Bundesrepublik ist für die Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen die Eingliederungshilfe der Sozialhilfe nach Kapitel 6 §§ 53 – 60 Sozialgesetzbuch (SGB) XII sowie das SGB IX die wichtigste Rechts- und Finanzierungsgrundlage für ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Insbesondere der Nationale Aktionsplan zur UN-BRK (vgl. BMAS 2016) sieht die Notwendigkeit, das geltende Recht zu evaluieren und zu reformieren, insbesondere das SGB IX und XII. Das neu verabschiedete Bundesteilhabegesetz soll die UN-BRK weiter umsetzen, also die Selbstbestimmung von behinderten Menschen verbessern und ihre Teilhabe, z.B. im Bereich Wohnen stärken.

Die Freie Wohlfahrtspflege in Niedersachsen übernimmt zum einen für Menschen mit Behinderung eine advokatorische Funktion, zum anderen ist sie auch Träger von zahlreichen inklusiven Projekten für Menschen mit Behinderung. Für die Einrichtungen der Behindertenhilfe ist es eine große Herausforderung, sich darauf einzustellen, dass eine ganze Generation von Menschen mit Behinderung ins Rentenalter kommt, aus den Werkstätten ausscheidet und hochbetagt wird.

Die folgende Kurzexpertise skizziert die Entwicklung der Behindertenhilfe im Bereich Wohnen anhand ausgewählter Aspekte. Zunächst wird dargestellt, wie viele Menschen Eingliederungshilfen erhalten. Danach wird die Entwicklung des Teilhaberechts nachgezeichnet. Nach der Skizzierung der rechtlichen Voraussetzungen für eine Veränderung der Behindertenhilfe folgt die Erläuterung des dieser Arbeit zugrundeliegenden Verständnisses von Inklusion. Danach werden ausgewählte Bedingungen zur Realisierung inklusiven Wohnens vorgestellt. Es folgen Beispiele gelungener Praxis in den Verbänden. Zum Schluss werden Handlungsempfehlungen an das Land Niedersachsen formuliert.

II. Demographische Daten

Um wie viel Menschen geht es, welche Leistungen erhalten sie?

Die Anzahl der Menschen mit Behinderung, die beim Wohnen auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen sind, wächst. Ende 2015 erhielten 395.393 Menschen eine stationäre oder ambulante Betreuung (inkl. Gastfamilien). 10.103 mehr als ein Jahr zuvor, das entspricht einer Steigerung um 2,6% (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS), Hrsg. 2017. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bericht 2015, S. 7).1 211.963 (rund 54%) von ihnen lebten in einer stationären Einrichtung. "Betrachtet man zum besseren Vergleich der Anteile zwischen ambulant und stationär nur die erwachsenen Menschen mit Behinderung, so liegt der Anteil der stationär betreuten Leistungsberechtigten bei ca. 52%" (ebenda). Zwei Drittel der Menschen mit Behinderung, die in stationären Einrichtungen lebten, sind Personen mit geistiger Behinderung, etwa ein Viertel sind Menschen mit einer seelischen Behinderung, etwas weniger als ein Zehntel haben eine körperliche Behinderung. 40% der Leistungsberechtigten in stationären Wohnformen sind weiblich. Der Anteil der Leistungsberechtigten mit ambulanter Unterstützung an der Gesamtzahl der Wohnungsleistungsbezieher ist in den letzten Jahren bundesweit stetig gestiegen und erreichte in 2015 einen Wert von rund 48% (vgl. ebenda). Ca. 29% der Menschen, die ambulant betreut werden, leben mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung. Bei den Menschen mit einer seelischen Behinderung betrug dieser Anteil 70%. Folglich sind die Menschen mit einer seelischen Behinderung die größte Gruppe in ambulant betreuten Wohnformen, gefolgt von Personen mit einer geistigen Behinderung (25%) und den Menschen mit einer körperlichen Behinderung (4%). Im ambulant betreuten Wohnen sind 47% der Leistungsberechtigten weiblich.

2015 wurden für das stationär betreute Wohnen von den Sozialhilfeträgern brutto rund 9,1 Mrd. Euro ausgegeben (inkl. Soziale Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII sowie tagesstrukturierende Leistungen im stationären Wohnen) und für das ambulant betreute Wohnen netto 1,7 Mrd. Euro (ohne existenzsichernde Leistungen) (vgl. ebenda).

Am 31.10.2014 lebten in Niedersachsen 22.290 erwachsene Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe, davon ca. 66% Menschen mit geistiger Behinderung, ca. 25% mit seelischer Behinderung (ohne Suchterkrankte) und um die 5% mit körperlicher Behinderung.² "Sie wohnen in 28 Wohnstätten für Menschen mit körperlicher Behinderung (einschließlich Sinnesbeeinträchtigungen), 578 Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung und 165 Wohnstätten für seelisch behinderte Menschen (Suchtkranke ausgeschlossen)" (Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung (Hrsg.) 2016, S.63).

Knapp 10% (2.093) der erwachsenen Menschen mit Behinderung in Niedersachsen, die zum 31.10.2014 in stationären Einrichtungen lebten, waren 65 Jahre und älter und davon 547 Menschen sogar 75 Jahre und älter. Am 31.10.2014 waren von den Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen 1.849 Menschen zwischen 60 und 65 Jahre alt. "Weitere 5.758 waren

am Stichtag zwischen 50 und 60 Jahre alt. Werden diese Zahlen einfach hochgerechnet, würde sich die Zahl der älteren Bewohnerinnen und Bewohner, die stationär wohnen, in den nächsten fünf Jahren voraussichtlich fast verdoppeln, in den nächsten fünfzehn Jahren fast vervierfachen" (ebenda, S.63).

¹ Im Kennzahlenvergleich wird zwischen dem stationär betreuten Wohnen, dem ambulant betreuten Wohnen und dem begleiteten Wohnen in Gastfamilien unterschieden.

² Für das ambulante Wohnen fehlen statistische Daten.

III. Zur Entwicklung des Teilhaberechts im Bereich "Wohnen"

Behindertenpolitik in Deutschland ist kein homogenes Politikfeld. Sie ist zwar Teil der Sozialpolitik, geht jedoch nicht darin auf. Sie ist zersplittert und unübersichtlich verteilt in z.T. schwer überschaubaren Teilarenen. Ein Grund liegt in dem lange Zeit vorherrschenden individual-defizitären Verständnis von "Behinderung". Mit diesem Verständnis werden sehr unterschiedliche Formen und Ursachen von Behinderung erfasst – "Leichtbehinderte ebenso wie Schwerst- und Mehrfachbehinderte, behinderte Kinder mit angeborenen Leiden gleichermaßen wie Frühinvalide mit verschlissener Arbeitskraft, geistig Behinderte genauso wie seelisch Kranke, Kriegsbeschädigte nicht anders als Sinnesgestörte" (Rudloff 2013). Mittlerweile hat sich, insbesondere durch die UN-BRK, das Verständnis von Behinderung erweitert.

Ein weiterer Grund der Unübersichtlichkeit ist, dass sich das, was heute als "Teilhaberecht" bezeichnet wird, aus verschiedenen Wurzeln entwickelt hat. Der Fürsorge, der Sozialversicherung und sozialen Entschädigung, der Sicherung vor Armut bei Behinderung und Invalidität, der Gesundheitspolitik, bei chronischer Krankheit und Schädigung, der Arbeitsmarktintervention für gesundheitlich eingeschränkte Personen und Hilfen für die Familien behinderter Kinder. Die Reichweite des heutigen SGB IX gilt "für die Rehabilitationsträger (§6 SGB IX) Krankenkasse, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Bundesagentur, Versorgungsamt, Jugendamt und Sozialhilfeträger sowie für das Integrationsamt (§102 SGB IX)" (Welti 2014, S. 4). Dazu kommen u.a. die Schnittstellen zur Bildung und Schule, zum Diskriminierungsschutz, zur Barrierefreiheit und nicht zuletzt zum Wohnen.

Trotz dieser Unübersichtlichkeit kam es in Deutschland zu wichtigen Gesetzen, die die gesellschaftliche Situation von Menschen mit Behinderung verbessern sollen:

- Im Grundgesetz (GG) heißt es seit 1994: "Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden"(Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG);
- 2001 wurde das SGB IX verbschiedet. In ihm geht es um die Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben;
- 2002 wurde das Behindertengleichstellungsgesetz mit dem Schwerpunkt der Barrierefreiheit verabschiedet;
- Seit 2006 soll das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz für einen weitreichenden Schutz vor Diskriminierung (Beleidigung, Herablassung) am Arbeitsplatz und im öffentlichen Leben sorgen.

Seit 2008 besteht in Deutschland ein Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget nach SGB IX. Leistungsberechtigte haben einen Anspruch, dass Leistungen zur Teilhabe anstelle von Dienst- und Sachleistungen in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Dabei werden Persönliche Budgets grundsätzlich als Geldleistung und trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht.

Einen direkten Bezug zum Wohnen und Leben in der Gemeinde stellt die seit 2009 in Deutschland geltende UN-BKR her. "Die Vertragsstaaten (...) gewährleisten, dass

a) Menschen mit Behinderungen, gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;

- b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdienstleistungen zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdienstleistungen haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung notwendig ist;
- c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen" (UN-BKR Artikel 19).

Seit Beginn 2017 sollen mit dem neuen Bundesteilhabegesetz die Leistungen für Menschen mit Behinderung aus dem Fürsorgesystem herausgenommen werden, indem die Eingliederungshilfe aus dem SGB XII (Sozialhilfe) in das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) überführt wird.

Ergänzt wird die Bundesgesetzgebung durch landesspezifische Wohn- und Teilhabegesetze, die Grundprinzipien für die Gestaltung der Wohnsituation von behinderten Menschen formulieren. In Niedersachsen gilt seit dem 14.4.2016 das Niedersächsische Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG). Das NuWG löst das alte Niedersächsische Heimgesetz ab. Die Landesgesetze sollen die Ziele der Leistungen zur Teilhabe im § 4 SGB IX, "die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern" (SGB IX 2001) unterstützen.

Der Gesetzgeber hat also zahlreiche rechtliche Voraussetzungen geschaffen, die Gleichberechtigung von Menschen ohne und mit Behinderung im Lebensbereich Wohnen voran zu treiben. Insbesondere durch die UN-BKR haben die gesetzlichen Vorgaben einen Impetus von Inklusion erhalten.

IV. Wegmarken auf dem Weg zur Inklusion

Die Idee von Inklusion ist, dass Menschen mit und ohne Behinderung selbstverständlich zusammenleben, arbeiten und wohnen, gleichberechtigt und selbstbestimmt an den gesellschaftlichen Ressourcen teilhaben können. Für Dörner ist Inklusion verwirklicht, wenn es erst einmal belanglos ist, ob jemand krank oder gesund, behindert oder nicht behindert ist, "weil alle Menschen gemeinsam zu einem Sozialraum gehören (…)" (Dörner 2017, S. 709). Sie haben die Aufgabe, ihren Sozialraum gemeinsam zu "vermenschenrechtlichen" (ebenda).

Dieses Verständnis impliziert mindestens zwei Aspekte: Erstens wird ein besonderes Verständnis von Gleichheit vorausgesetzt. Dieser Gleichheitsbegriff ist mit einer besonderen Haltung sowohl der Gesellschaft als auch jedes/er Einzelnen gegenüber Menschen mit Behinderung verbunden; zweitens ist Inklusion ein Entwicklungsprozess, der mit Begriffspaaren wie Institutionalisierung und Medizin, Integration und Förderung sowie durch die Skizzierung der Unterschiede von Integration und Inklusion beschrieben werden kann.

1. Gleichheit

Im philosophischen Diskurs um Gerechtigkeit und Andersheit ist ein begrifflicher Wechsel von Integration zur Inklusion festzustellen (vgl. Hinz 2002). Mit dem Begriff Inklusion werden Menschen mit Behinderung als in vollem Umfang zugehörig zu einem "Wir" begriffen, das wie selbstverständlich Differenzen in sich birgt. Anderssein und Ungleichheit wird so in den Fokus gerückt, dass "(...) einseitigen Anpassungsprozessen von vornherein der Boden entzogen" (Ebers 2013, S. 71) ist. Inklusion ist also begrifflicher Ausdruck eines auch praktischen Paradigmenwechsels, der mit bestimmt, was als Problem wahrgenommen wird und was nicht.

Mit diesem fundamentalen Gleichheitsbegriff geraten auch Diskriminierungen in einzelnen Lebenslagen in den Blick. Z.B. in der Lebenslage Bildung hat Deutschland starken Entwicklungsbedarf. "Mit einer Inklusionsrate in den Schulen von unter 20% liegen wir auf dem Niveau von Entwicklungsländern. In den anderen OECD-Ländern liegt der Wert bei 60-80%." (Degener 2013, S.14).

Ein weiteres Beispiel ist die Lebenslage von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen. Die Teilhaberechte des Artikels 19 der UN-BKR sind lediglich punktuell im praktischen Leben verwirklicht, weil sich das System der Hilfen nur langsam für die Zielperspektive Inklusion öffnet. Ein Blick auf die Quantität der stationären Wohnformen belegt das. Obwohl 1984 der Vorrang "ambulant vor stationär" in das Bundessozialhilfegesetz aufgenommen wurde, wurde das stationäre Angebot weiter ausgebaut.³

Die stationären Hilfeformen überwiegen nach wie vor "und gemeindeintegrierte Unterstützungsleistungen sind nur unzureichend realisiert, insbesondere für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen" (Seifert 2016, S. 52).

135.000 Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung, das sind ca. zwei Drittel der Empfänger und Empfängerinnen von stationären Leistungen zum selbstbestimmten Leben, leben in

3 In der Dekade 1991-2001 stieg die Anzahl der Heimunterbringungen von 103.519 auf 160.346 (vgl Rohrmann 2015).

Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Im ambulant betreuten Wohnen hat nur rund ein Viertel der Nutzer/innen kognitive Beeinträchtigungen (BAGÜS (Hrsg.) Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, zit. n. Seifert 2016). In Deutschland lebten zu Beginn des 21. Jahrhunderts ca. 78% aller Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung in Institutionen mit 40 oder mehr Plätzen (Großeinrichtungen) (vgl. Theunissen 2002).

2. Institutionalisierung und Medizin

Die historisch gewachsene "Institutionalisierung" der Behindertenhilfe wirkt bis heute (vgl. Schädler 2002). Maßnahmen der Behindertenhilfe wurden noch vor wenigen Jahren ausschließlich an Schädigungen, Defiziten oder Symptomen einer Behinderung ausgerichtet. Die zuständigen helfenden Instanzen und Organisationen hatten sich einem medizinischen Modell verschrieben, das vorgab, dass Menschen mit Behinderungen angesichts irreparabler Schäden am besten in "Sondereinrichtungen" "aufgehoben" seien. Bis zum Beginn der Industrialisierung reicht die Geschichte der Aussonderung und "Institutionalisierung" behinderter Menschen zurück. Ein wesentlicher Teil des Projekts der Moderne, die marktwirtschaftliche Industrialisierung, erforderte die Ausgrenzung der "Leistungsminderwertigen", die Gruppen der chronisch Kranken, Behinderten, störenden oder leistungsunfähigen Menschen in ein flächendeckendes System sozialer Institutionen. "Für die unbrauchbaren Alten wurden die Altersheime geschaffen, für Pflegebedürftige Pflegeheime, für unversorgte oder störende Kinder Waisenhäuser und Kindergärten, für geistig Behinderte Idiotenanstalten, für "Arbeitsscheue" Arbeitshäuser, für Straffällige erstmals eigene Gefängnisse und für die Irren eben Irrenanstalten" (Dörner 2017, S. 696). Damals begann eine gezielte Ausgrenzungspraxis durch eine institutionelle Versorgung behinderter Menschen.

"Der Schlachtruf 'Fortschritt = stationär vor ambulant' schien die Anstalten "sach-notwendig" zu machen" (ebenda, S. 697). Fachlich wird vom Paradigma der Institutionalisierung gesprochen, dem die Theorie zugrunde liegt, "dass man den Bedürfnissen dieser Menschen am besten gerecht werden könne, wenn man sie zusammengruppiere und sie von anderen Menschen isoliere" (Polloway u.a. zit. n. Theunissen 2002, S.1).

3. Integration und Förderung

Leider werden Menschen mit Behinderung immer noch aufgrund individueller biologischer Merkmale anders behandelt und aus dem gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt. Obwohl zu jeder Zeit Strömungen in der Heilpädagogik existierten, die auch soziale Aspekte in das Verständnis von Behinderung einschlossen. Sie blieben jedoch randständig. Heilpädagogen wie Georgens und Deinhard hatten das ökonomische Elend, den "Pauperismus", "die Verkümmerung und Entartung" sowie die Not weiter Teile der Jugend als gesellschaftliches Problem erkannt und klammerten gesellschaftliche Ursachen in ihrer Theorie und Praxis der "Idiotenerziehung" keineswegs aus, doch blieb ihr pädagogischer Humanismus gleichermaßen wie Seguins sozialistisch orientiertes Konzept (1912) bis in die heutige Zeit hinein wirkungslos (vgl. Theunissen, G. 2000).

Die gesellschaftliche Aufbruchstimmung der 1970er Jahre mit ihrer Forderung nach mehr Demokratie – auch in den sozialen Institutionen – ließ in Deutschland neue soziale Bewegungen entstehen. Nach dem Vorbild der US-Bürgerrechtsbewegung formierten sich im Bereich der Behinderung neue Selbsthilfeorganisationen, die nach dem Recht auf Selbstbestimmung riefen. Zum Beispiel die

"Krüppelbewegung", ein selbstorganisierter Verbund von Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderung agitierte gegen Diskriminierung, Benachteiligung, Unterbringung und Fremdbestimmung in Pflegeheimen, Behindertenanstalten oder auch Psychiatrien. Diese Bewegungen behinderter Menschen stellten alle Arten von Sondereinrichtungen in Frage, hinterfragten den herrschenden Normalitätsbegriff. Sie wollten Selbstbestimmung, gesetzliche Gleichstellung sowie gemeindenahe Lebens- und Unterstützungsformen. Ihr Vorbild war die italienische Antipsychiatriebewegung. "Die Absage an die Anstalt, wie sie von der Demokratischen Psychiatrie in Italien formuliert wurde, war zugleich immer mit der Frage verbunden, wie Hilfe für Menschen mit Behinderung gestaltet werden kann, die auf Aussonderung verzichtet und dem Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung, soziale Teilhabe und Teilnahme sowie auf ihre ,persönliche Geschichte'" (Schädler 2002, S.77) Rechnung trägt. Eine Antwort war der Aufbau eines gemeindenahen Systems ambulanter Dienste für behinderte Kinder und Erwachsene. Eine andere Antwort war die Forderung nach Integration aller behinderten Kinder in Regelschulen und deren Begleitung durch Stützlehrer/innen. In Deutschland etablierte die Selbstbestimmt Leben Bewegung erste Ambulante Dienste, um Menschen mit Behinderung die Hilfen zukommen zu lassen, die sie brauchten, um in einer eigenen Wohnung oder mit Freunden zusammen leben zu können. Diese ambulanten Dienste sollten dazu beitragen, die Ohnmacht der Menschen mit Behinderung in den Dienstleistungsbeziehungen zu beenden, indem sie z.B. die Verantwortung über ihre Finanzen erhielten.

Die Basis der Forderungen der politischen Behindertenbewegung nach gleichberechtigter Teilhabe und Selbstbestimmung war ein Verständnis von Behinderung, das der medizinischen Sichtweise entgegengestellt wurde. "Nach unserer Ansicht ist es die Gesellschaft, die behindert (...). Behinderung ist etwas, das zusätzlich auf unsere Beeinträchtigungen aufgesetzt wird, indem wir unnötigerweise isoliert und von der vollen Teilhabe in der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Behinderte Menschen sind deshalb eine unterdrückte Bevölkerungsgruppe" (Union of Physically impaired Against Segregation/Disability Alliance: Fundamental Principles of disability. London 1976, S.31, zit.n. Hermes, S.4). Behauptet wird auch heute noch immer mal wieder, Menschen mit Behinderung würden leiden, weil ihnen etwas fehlen würde, Gliedmaßen, Augen oder ein schnelles Gehirn.⁴ Doch empowerte Menschen mit und ohne Behinderung wissen, dass es die Treppen sind, die Rollstuhlfahrern/innen das Leben schwer machen, dass es die fehlenden Gestaltungsmöglichkeiten in stationären Einrichtungen sind, die selbstbestimmtes Wohnen erschweren.

Der Begriff Integration spielte in den letzten Jahrzehnten vor allem eine Rolle in der Diskussion um die schulische Eingliederung behinderter Kinder. Doch "während die Behindertenbewegung unter Integration die grundsätzliche Abkehr von allen Sondersystemen für die Betroffenen versteht, finden sich vor allem im schulischen Bereich ganz andere Auslegungen dieses Begriffs" (Hermes o.J.). Integration kann ein gemeinsamer Unterricht in der Allgemeinen Schule sein. Feste und Feiern, auch ein Besuch einer Sonderschule werden hin und wieder als Integration bezeichnet. Besonders problematisch ist, dass zwar integrativere Wege zugelassen und Strukturen verändert werden, doch traditionelle Sichtweisen, wie das Kind ohne Förderbedarf ist das Normale, das Kind mit sonderpädagogischem Förderbedarf das Problemkind, hartnäckig bestehen bleiben. Solange ein Integrations- und Förderbedarf einseitig einem Kind mit Behinderung zugeschrieben wird, steht das alte medizinische Modell von Behinderung im Vordergrund.

4. Inklusion in Abgrenzung zu Integration

In den Debatten darüber, wie die Gesellschaft mit Menschen mit Behinderungen umgeht, ist mal von Integration, dann wieder von Inklusion die Rede. "Manchmal werden diese Begriffe synonym gebraucht, dann wieder wird von Inklusion als einer Steigerungsform, als einer anspruchsvollen Form der Integration geredet" (Prantl 2014). Der Duden gibt eine Unterscheidungshilfe. Beide Begriffe haben einen lateinischen Ursprung. "Integrare" heißt wiederherstellen und ergänzen. "Includere" heißt einschließen (vgl. Duden 1963). Einschluss meint nicht Wegsperren, sondern Zugehörigkeit. Um es zu verdeutlichen: Integration hat das Ziel, die Menschen mit Behinderung in die bestehenden Strukturen einzuordnen, z.B. in der Sonderpädagogik die Wiedereingliederung bisher ausgegliederter Kinder in die Regelklassen. Der Begriff "Inklusion" meint jedoch vielmehr. Inklusion heißt Zugänge verschaffen, Barrieren abbauen. Bei Inklusion geht es aber nicht nur um bautechnische Aufgaben. Inklusion intendiert die Zugänglichkeit der gesamten Gesellschaft. Inklusion will die Veränderung bestehender Strukturen und Haltungen jedes/er Einzelnen derart, dass das Anderssein jedes Menschen Normalität ist.

⁴ Vgl. die Dokumentation der Ausstellung "Der imperfekte Mensch" in Berlin 2001.

V. Bedingungen inklusiven Wohnens

Was ist zu tun, dem Ideal der Inklusion im Bereich des Wohnens und Zusammenlebens im Gemeinwesen näher zu kommen? Welche Bedingungen sind notwendig? Ist eine Stärkung der Sozialraumorientierung vor allem durch eine Stärkung der ambulanten Hilfe hilfreich? Wird die Teilhabe in der Lebenslage Wohnen durch eine personenzentrierte Leistungsgewährung gestärkt? Mit welcher Haltung unterstützt Soziale Arbeit eine inklusive Entwicklung? Was können die Leistungsanbieter tun? Diese Fragen werden im Folgenden erörtert.



1. Abschied vom Heim?

Laut einer bundesweiten repräsentativen Befragung im Jahr 1971 wollten noch zwei Drittel der Bevölkerung eine Heimunterbringung geistig behinderter Kinder den Vorzug gegenüber einem Verbleib in der Familie geben. Die Heimunterbringung sollte sogar möglichst weit weg erfolgen, in gering besiedelten Orten. Menschen mit schweren körperlichen Behinderungen wurden als soziale Fremde angesehen, zu denen ein gesellschaftlich exterritorialer Ort jenseits des alltäglichen Gesichtsfeldes passt (vgl. Rudloff 2013).

Gleichwohl verstärkten die Bundesregierung und auch die Landesregierungen seit den 1970er Jahren die Förderung barrierefreier Wohnungen im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus. Seit den 1980er Jahren weitete sich die Zahl der Modell- und Alternativprojekte auf dem Feld des Wohnens von Menschen mit Behinderungen immer mehr aus. Die Hilfeform des sogenannten betreuten Wohnens entstand. Von den Trägern der Hilfe wurden Plätze in kleineren Wohneinheiten mit einem abgestuften Wohnkonzept geschaffen. Die Wohneinheiten wurden von Menschen bewohnt, denen oft ein vergleichsweise hohes Maß an Selbständigkeit zugetraut wird. Auch wenn diese Form der Hilfe vielen Menschen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität ermöglichte, wird der Anspruch der Teilhabe und Selbstbestimmung oft doch durch die institutionelle Logik der Beschaffung, Verwaltung und Finanzierung konterkariert. Inzwischen sind – vor allem auch für Menschen mit psychischen Problemen und im Alter – weitere Wohnmodelle dazu gekommen. Mehrgenerationenhäuser, inklusive Wohngemeinschaften, Wohnprojekte und Wohnquartiere entstehen in vielfältiger Ausfertigung (vgl. Klauß 2016, S. 29).

Dörner sieht drei gesellschaftliche Strukturveränderungen, die diese Entwicklung möglich machten. Erstens eine "zunehmende Sozialraumorientierung (Viertel, Dorfgemeinschaft, Quartier)" (Dörner 2017, S.712) und das Bemühen um eine intakte Nachbarschaft (als der erste konzentrische Kreis um die Familie herum), die den Sozialraum erst lebendig werden lässt. Zweitens einen Trend, wonach sich die Kommunalverwaltungen und auch die Institutionen der Freien Wohlfahrtspflege umstellen vom "industrietypischen diagnostischen Säulenmodell (Spezialisierung auf Junge, Alte, Suchtkranke, Behinderte usw.) auf ein Sozialraummodell zur Abdeckung des Hilfebedarfs in Form einer Reform "bottom up" (ebenda). Drittens sei mit der UN-BRK, seit 2009 Gesetz in Deutschland, eine gesetzliche Grundlage gelegt, die Druck auf die gesellschaftliche Entwicklung ausübt. Ein Gesetz, "das uns endlich wieder mit langfristigen, menschenrechtsorientierten Zielen ausstattet: eine Schule für alle, ein Wohnraum für alle (...) sowie für jeden Sozialraum das Recht auf Inklusion, wo alle Menschen,

die dort leben wollen, dies auch tun können (ohne vorher ausgegrenzt und dann wieder integriert zu werden)" (Dörner, S. 714).

Noch überwiegen die stationären Einrichtungen bei den Wohnangeboten für Menschen mit Behinderungen. Doch die Ambulantisierungsquote im bundesweiten Durchschnitt beträgt mittlerweile ca. 48%. Im Jahre 2012 lag diese noch bei 44%. "D.h. praktisch jeder zweite Erwachsene, der Leistungen zum Wohnen erhält, wohnt mit ambulanter Unterstützung im eigenen Wohnraum" (BAGüS, Hrsg. 2017. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bericht 2015, S. 15). Die Quote ist jedoch regional und lokal sehr unterschiedlich. In einzelnen Bezirken Niederbayerns und der Oberpfalz liegt die Quote unter 30%. Die höchste Quote weist Berlin mit 69,6% auf. In Niedersachsen beträgt sie 44,4% (vgl. ebenda).

Wie steht es heute grundsätzlich um die stationären Einrichtungen, die Heime? Ist der mehr oder weniger ausgesprochene Verdacht, die stationären Angebote würden grundsätzlich Selbstbestimmung und Teilhabe unterlaufen, noch berechtigt? Sind stationäre Wohnformen immer noch totale Institutionen im Sinne des amerikanischen Soziologen Erving Goffmann? Goffmann (1972) untersuchte zu Beginn der 1960er Jahre das Verhalten von Menschen in Psychiatrien und Gefängnissen und definierte Kriterien einer totalen Institution. Ein wesentliches Merkmal ist z.B., "dass das Leben aller Bewohner an einer Stelle stattfindet, dass Tätigkeiten und Lebensgewohnheiten (z.B. Essenszeiten) geplant sind, dass das Leben in einer solchen Institution oftmals einhergeht mit der Isolierung von der Gesellschaft oder mit einer demütigenden oder herabsetzenden Behandlung sowie dem Verlust von Eigentum durch Umzug" (Arend 2009, S. 31).

Niemand soll bestimmen, wie wir leben sollen.

Bei der Schaffung neuer Einrichtungen hat sich das gemeindenahe Wohnheim mit bis zu 24 Plätzen durchgesetzt. Hinzugekommen sind stadtteilintegrierte Wohngruppen, die den Wohnformen von Menschen ohne Behinderung nahekommen. All diesen in Konzept, Größe, Lage oder Personalausstattung verschiedenen Wohnformen ist gemein, dass die Leistungen nahezu alle Lebensbereiche erfassen: wie die Unterkunft, die Verpflegung, die Hauswirtschaft, die Pflege, die Betreuung, die Lernförderung, die sozialen Kontakte. Und für all das hat die Einrichtung die Gesamtverantwortung. "Die meisten Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, hatten nie eine Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen ein Leben in einer Einrichtung. Sie mussten sich mit diesen Lebensbedingungen arrangieren" (Müller-Fehling 2012, S.135). Ebenso wie ihre Eltern, die nach jahrzehntelanger Pflege und Betreuung keine Kraft mehr haben, die Situation zu verändern. Dennoch, gäbe es Alternativen mit angemessenen Bedingungen, würden sich manche Menschen für die Lebensformen entscheiden, die sich denen nichtbehinderter Menschen am meisten ähnelten.⁵

Die stationären Wohnangebote bleiben trotz zunehmender Quartiersnähe Sondersysteme, oft außerhalb oder am Rande vom normalen Leben und fast vollständig als berufliches Expertensystem organisiert. Doch gerade für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen bieten die vorhandenen Strukturen der stationären Einrichtungen ein hohes Maß an Versorgungssicherheit und Angebotsvielfalt. Die Entscheidungsmöglichkeit, neue Vorstellungen des Wohnens zu verwirk-

Die Kundenstudie von Seifert in 2010 sagt, dass in den betreuten Wohnformen 42% der Menschen anders wohnen möchten als jetzt (vgl. Seifert 2010).

lichen, haben jedoch in der Regel nur Menschen mit geringem Unterstützungsbedarf. Wenn sie die Möglichkeit haben, entscheiden sie sich für die ambulanten Bedingungen, gegen die stationäre Wohnform (vgl. Seifert 2010). Die Leistungsträger unterstützen diese Entwicklung, auch weil dieser Personenkreis im ambulanten System die größten Einsparungen gegenüber einer stationären Leistung erzielt. "2009 betrugen die Pro-Kopf-Ausgaben im ambulanten Bereich 8.001 Euro, während die Pro-Kopf-Ausgaben im stationären Bereich 28.925 Euro betrugen (Müller-Fehling 2012, S. 135). Bleiben die starken Unterschiede der Finanzierung des ambulanten und stationären Bereichs bestehen oder geht die "Schere" noch weiter auseinander, drohen unterschiedliche Hilfesysteme: auf der einen Seite ein gemeindeintegriertes ambulantes Hilfesystem, auf der anderen Seite stationäre Wohnformen für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Die UN-Konvention gilt jedoch für alle.

"

Wir wollen angemessene Betreuung.

Für Klie sind viele Heime in Deutschland auch Lernorte neuer Formen der Pflege, der Teilhabe und Kultur (Klie 2014). Zweifellos bleiben jedoch "auch in den modernen Gewändern der Expertenstandards, der Pflegeplanung, der ernährungsphysiologisch ausgewogenen Verpflegung (...) Heime immer noch reglementierend, bleibt eine kommunikative Trennung zwischen Personal und Bewohnerinnen und Bewohnern bestehen" (Klie 2014, S. 101). Dennoch können für Klie Heime auch progressive Subkulturen darstellen, z.B. für Menschen mit Demenz, die dort besonders günstige Bedingungen für eine ihnen mögliche Lebensgestaltung finden und einen Ort, an dem ihnen Respekt entgegengebracht werden kann.

"In manchen konzeptionell 'progressiven' Heimen, in denen man in 'Ruhe verrückt' werden darf, wird Teilhabe auf andere Weise erfahrbar, sodass es den Bewohnerinnen und Bewohnern gutgehen kann, auch unter der Bedingung von Demenz und trotz der Abhängigkeit von der Hilfe anderer" (ebenda, S. 102). Trotz des Drucks durch den entstandenen Wettbewerb der Heimanbieter.

Die stationären Maßnahmen sollten also differenziert betrachtet werden. Bestätigt wird das durch neuere Ergebnisse einer Befragung von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen.⁶ Danach schneiden die Einrichtungen gut ab. Zum Punkt Zufriedenheit sind sie in bestimmten Bereichen deutlich besser als ambulante Maßnahmen. "Mit Blick auf Wohnqualität, auf Freizeitgestaltung und auf Gesundheit sind Menschen in Heimen signifikant zufriedener als die Nutzer/innen ambulanter Maßnahmen" (Speck, u.a. 2017, S. 15). Dies gilt besonders auch für die Frage nach der sozialen Einbindung. "Menschen in Heimen fühlen sich weniger einsam als die Nutzer/innen ambulanter Leistungen, auch finden sie sich Stigmatisierungen weniger ausgesetzt" (ebenda). Auch mitentscheidend für die Wahl, ob eine stationäre oder ambulante Wohnform genutzt wird, ist der Grad der Selbständigkeit der Betroffenen. Wie bei einem Beispiel in Hamburg. Dort gibt es die Möglichkeit der pädagogischen Betreuung (PBW) mit geringer Intensität im eigenen Wohnraum. "Die Finanzierung der PBW beläuft sich auf vier bis acht Stunden in der Woche und ist auf 24 Monate begrenzt. Danach ist bisher als Unterstützung nur die Wohn-

assistenz vorgesehen." (Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg 2011). Bei dieser Art der Betreuung ist ein hoher Grad der Selbständigkeit der betroffenen Menschen erforderlich. Viele werden so von der Teilhabe ausgeschlossen. Ihr Leben findet weiterhin in einer Sonderwelt statt.

Diese Beispiele machen deutlich, dass Ambulantisierung an sich noch keinen qualitativen Wert hat. Vielmehr sollte die Qualität sowohl von stationären als auch ambulanten Leistungen offener diskutiert werden.

Die Einführung der Pflegeversicherung und die Veränderung der Heimförderung durch die Bundesländer ließ sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege einen "Quasimarkt" entstehen, der unter stark reglementierenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen einen Wettbewerb unter den Anbietern zulässt. Der liberale Geist habe die Heimbranche erfasst, so Klie. Überkapazitäten in der stationären Pflege und die Dominanz monetärer Steuerung in der Betriebsführung von Heimen zeigen für Klie "die negativen Seiten eines in den Anfängen durchaus belebenden Wettbewerbs im Wohlfahrtsstaat Deutschland" (ebenda, S. 103). Der Vordenker der deutschen Heimszene und Chef der Bremer Heimstiftung, Alexander Künzel, fordert eine Reduzierung der Heimplätze um 50% und setzt auf kleinräumige Versorgungseinheiten mit Quartiersbezug (vgl. Klie, S.103f). Ein Teil der deutschen Altenhilfeakteure zieht die Konsequenz aus diesen Entwicklungen und bekennt sich zu einer sowohl betriebswirtschaftlichen als auch sozialräumlichen Kalkulation. "Sie bekennen sich zur Investition in das Quartier und laden ein, die Heimverantwortung territorial umzudefinieren und dieses Prinzip auf einzelne Stadtviertel, Dörfer und Quartiere zu konkretisieren" (ebenda, S. 104). In diesem Verständnis sollten Heime nicht nur betriebswirtschaftlich, sondern auch gemeinwesenorientiert kalkuliert werden. In einer zweifachen Orientierung von Markt und Quartier bzw. Sozialraumbezug liegt die Herausforderung für die kommunalen Gebietskörperschaften, Leistungsträger und -anbieter, um inklusives Wohnen zu verwirklichen.

Wir wollen zu jeder Zeit in unserem Leben selbst-bestimmen, wo wir wohnen.

Wie ist aber ein Sozialraumbezug der ambulanten und stationären Hilfen vor dem Hintergrund einer inklusiven Zielsetzung voranzutreiben? Es bleibt zum einen der Weg, die gesetzlich vorgegebene Möglichkeit der Teilhabe in der Praxis der Behindertenhilfe stärker umzusetzen. Des Weiteren ist das, was Dörner eine Reform "bottom up" nennt, mit passenden Instrumenten voranzutreiben. Ein Instrument ist eine konsequente personenzentrierte Leistungsgewährung, die neben den individuellen Fähigkeiten der Menschen mit Behinderung auch die Ressourcen in den jeweiligen Sozialräumen aktiviert. Mit dem Persönlichen Budget steht dafür ein Finanzierungsinstrument zur Verfügung, das die Gestaltungsmöglichkeiten der betroffenen Menschen stärkt, das aber bisher wenig genutzt wird. Ein weiteres Instrument ist eine Soziale Arbeit, die eine personenzentrierte Leistungsgewährung unterstützt. Eine intakte Nachbarschaft, die sich nach dem Leitbild einer sorgenden Gemeinschaft richtet, ergänzt das professionelle Hilfesystem um das für die Entwicklung einer inklusiven Gemeinde notwendige Bürgerengagement. Auch dieser Ansatz wird nicht für alle Menschen mit Behinderung ausreichend sein.

⁶ Das Forschungsprojekt "Baescap" Bewertung aktueller Entwicklungen der sozialpsychiatrischen Versorgung auf Basis des Capabilities-Approachs und der UN-BKR (www.Baescop.org.Teilprojekt C) will das empirische Dunkel der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen aufhellen. Dazu wurden 6.098 Fragebögen über kooperierende Leistungsanbieter an Nutzer/innen sozialpsychiatrischer Leistungen der Eingliederungshilfe verteilt. Die Rücklauquote beträgt 31%.

2. Teilhabe



Der Teilhabebegriff wird in der Literatur als Gegenbegriff gegen Ausgrenzung, Ablehnung oder Fremdbestimmung genutzt. Die meisten Hinweise zur Frage der Teilhabe finden sich in den Kommentaren zum SGB IX. Hier wird der Begriff Teilhabe in Verbindung zu Fragen des Persönlichen Budgets als normativer und rechtlicher Begriff thematisiert. Er ist in diesem Zusammenhang ein relativer Begriff, der ein Verhältnis zu strukturellen Aspekten, wie z.B. der Lebenslage Wohnen, definiert (vgl. Kardorff, Mensching 2009). Die Norm gibt die UN-BKR vor: Jeder Mensch mit Behinderung soll die Möglichkeit haben, nicht nur in einer Gemeinde zu leben, sondern auch alle Dienstleistungen nutzen zu können, die auch nichtbehinderten Menschen offenstehen. Das SGB IX setzt diese Norm nicht nur für die Rehabilitation von Menschen mit Behinderung fort. Sie ist sogar für alle Sozialgesetzbücher verbindlich gesetzlich normiert. Bislang sei jedoch von den von dieser Norm abgeleiteten Prinzipien bei Kostenträgern, bei Einrichtungen und Diensten in der beruflichen Praxis der Behindertenhilfe wenig angekommen, so ein maßgeblicher Kommentator des SGB IX.

Gleichwohl, es gilt weiterhin, Teilhabe und Selbstbestimmung müssen für Menschen mit Behinderung sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting angewendet werden. Ein Instrument dafür ist das Persönliche Budget. Mit ihm sollen Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind das Recht haben, über "Ort, Zeitpunkt, Art und Weise der Leistungserbringung und über Helferpersonen zu entscheiden, ihre Wünsche zu äußern und zwischen Alternativen zu wählen (…)" (Kardorff, Mensching 2009, S. 11), weil sie die Expertise in eigener Sache besitzen.

3. Das Persönliche Budget

Mit dem Persönlichen Budget können Menschen mit Behinderung direkt Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation einkaufen. Das stärkt die Betroffenen gegenüber den Leistungsanbietern, indem er oder sie zur/m Kundin/en wird. Die Verwendungsfähigkeit des Budgets gibt den Menschen Entscheidungsmöglichkeiten in die Hand, die sie bei anderen Leistungsarten nicht haben. Mit neuen Wahlmöglichkeiten kann auch eine Angebotsvielfalt entstehen.

Trotz dieser Vorteile sind die Menschen mit Behinderung, die Angehörigen, die Leistungsträger und Leistungsanbieter skeptisch gegenüber dem Persönlichen Budget. Das zeigt ein Blick auf die Zahlen. Nach der Sozialhilfestatistik gemäß SGB XII erhielten am Jahresende 2013 8.516 Personen Eingliederungshilfe in Form eines Persönlichen Budgets.⁷ Am Jahresende 2012 waren es 8.403 Personen, eine Steigerung von 1,3% gegenüber dem Vorjahr. Die Dauer der Budgetgewährung stieg um 5 Monate von 28 auf 33 Monate. Das Durchschnittsalter der Empfänger/innen stieg 2013 im Vergleich zum Vorjahr auf 38,9 Jahre.

In Niedersachsen wurden bis zum Ende des Jahres 2013 351 Budgets gewährt. Davon waren 6 trägerübergreifend. Das Durchschnittsalter der Empfänger/innen betrug 37,6 Jahre und die Durch-

7 Es handelt sich dabei um Persönliche Budgets, die von Sozialhilfeträgern gewährt wurden, bzw. an denen ein Sozialhilfeträger beteiligt war. Die Praxisberichte zeigen, dass dies bei der ganz überwiegenden Mehrheit der Fall war.

schnittsdauer der Gewährung 32,8 Monate (vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Statistik der Sozialhilfe. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2015).

Die Ursachen für die geringen Zahlen sind vielfältig. U.a. sind dies mangelnde Information, fehlende Budgetassistenz, Widerstände bei Leistungsträgern, eine ablehnende Haltung bei Leistungsanbietern. Misstrauen auf allen Seiten gehört dazu, wie auch die fehlenden gelungenen, langfristig tragfähigen Beispiele.⁸ Eine kleinliche, auf kurzfristige Einsparungen orientierte Budgetbemessung, deutlich unterhalb des Sachleistungswertes, trägt auch nicht zur Vertrauensbildung bei.

Auch die Kombination von ambulanten und stationären Leistungen und deren Finanzierung mit dem Persönlichen Budget wird wenig genutzt. Es scheint, als seien die ambulanten Formen der Leistungserbringung vom stationären System abgekoppelt. Menschen mit Behinderung befinden sich entweder im stationären System mit sehr umfassender Verantwortung des Einrichtungsträgers für ihre Lebensführung oder sie befinden sich im ambulanten System. Ein Wechsel zwischen den Systemen ist theoretisch möglich, doch ein Wechsel zieht in der Regel einen Wohnungswechsel oder gar auch einen Ortswechsel nach sich. Nicht selten ist ein Wechsel dann auch mit dem Verlust von Freunden, Nachbarn, Mitbewohnern und vertrauten Betreuungskräften verbunden. Auch eine gesetzlich garantierte Rückkehrmöglichkeit vom ambulanten ins stationäre System ist kein Schutz vor dem Verlust wichtiger Bezugspersonen.

4. Personenzentrierte Leistungsgewährung

Ein zentrales Element des neuen Teilhabegesetzes ist die personenzentrierte Leistungsgestaltung. Eine konsequente personenzentrierte Leistungsgestaltung kann die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung aufheben, z.B. indem das Gesamtpaket eines stationären Angebots aufgelöst und neu zusammengesetzt wird unter der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, der eigenen Ressourcen des Menschen mit Behinderung und seiner Umwelt sowie ggf. auch externer Anbieter. In einer Wohneinrichtung sowohl zeitweise als auch dauerhaft zu bleiben, eröffnet auch Menschen, die schon im stationären System leben, die Möglichkeit, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben und gleichwohl andere Betreuungsformen in Anspruch zu nehmen. Eine Anbindung der Leistungen und des Bedarfs an die Person führt zur Unabhängigkeit vom Ort der Leistungserbringung. Zudem trennt es auch auf der einen Seite die "Leistungen zur Unterkunft und zum Lebensunterhalt von den Betreuungsleistungen auf der anderen Seite" (Müller-Fehling 2012, S.136). Diese Trennung erfordert von den Leistungsanbietern ein deutlich höheres Maß an Flexiblität und eine noch stärkere Anpassung an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung. Diese Flexibilität leisten heute schon die Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen, wenn sie sich auf ambulante Betreuungszusammenhänge einlassen.

Vgl. für ein gelungenes Beispiel Tahtaci 2016.

5. Unterstützende Soziale Arbeit

Wir wollen mehr als nur Pflege und Grundversorgung.

Wenn Inklusion gewollt ist, sollte möglich sein, an jedem Lebensort den Bedarf von Menschen mit Behinderung durch unterschiedliche Leistungsformen zu decken: durch ein Persönliches Budget, durch Geldleistungen, Sachleistungen oder durch integrierte Leistungen bei sehr komplexem Bedarf. Dadurch werden neue Anforderungen an die Beratung, Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung, Abgrenzung und Zuordnung von Leistungen gestellt. Eine große Herausforderung ist zudem die Sicherung und Koordination der Leistungen und Leistungserbringer, insbesondere im ambulanten System. Notwendig sind dafür professionsspezifische Standards, Kompetenzen für die Planung, Organisation und Kontrolle von Einzelleistungen, für das Erschließen von gesellschaftlichen und lokalen Ressourcen im Quartier und deren Nutzbarmachung. Hier entstehen neue Herausforderungen für Soziale Arbeit.

In der Behindertenhilfe hat sich hinsichtlich der Autonomie der leistungsberechtigten Menschen zwar viel Positives getan. Gleichwohl gibt es bei den Fachkräften und in den Strukturen immer noch Reste einer paternalistischen Haltung. Man meint, den Willen anderer Menschen besser beurteilen zu können als diese selbst. "In der UN-Behindertenrechtskonvention ist immer wieder die Rede von "Unabhängigkeit" und "Autonomie"" (Hinte 2016 S. 80). Diese Betonung macht deutlich, dass es um den Willen und die Wahlmöglichkeit der Menschen geht. Der leistungsberechtigte Mensch soll selbst wählen können und auch selbst aktiv sein. Die entscheidende Frage ist: Wird ernst genommen, was die Menschen wollen, oder glaubt man zu wissen, was gut für sie ist? Hinte formuliert die notwendige Haltung der Professionellen so: "Dein Wille wird ernst genommen – er ist mir nicht Befehl, aber ich will mich ihm mit meinen fachlichen und den leistungsgesetzlichen Möglichkeiten stellen und dabei alles Mögliche tun, damit Du in Deinem Lebensumfeld möglichst selbständig leben kannst" (Hinte 2016, S.87).

Welche Konsequenzen kann der ernstgenommene Wille der Menschen mit Behinderung auf Maßnahmen und Einrichtungen der Behindertenhilfe haben?



Wir wollen bessere Wohnangebote.

Bisher fehlt es an einer Kultur der systematischen Erarbeitung des Willens leistungsberechtigter Menschen. Die Teilhabepläne der Jugend- und Behindertenhilfe sind voll von Zielen, die von den Kostenträgern für die Betroffenen formuliert wurden (vgl. Hinte 2016, S. 80). Der Wille und die Bedürfnisse der Betroffenen müssen in Zielen formuliert werden! Wenn ein Wille und die passende Zielformulierung die Grundlage für das jeweilige Unterstützungsarrangement wären, hätte das weitreichende Konsequenzen für die Maßnahmen und Einrichtungen der Behindertenhilfe. An vielen Orten wird über sog. Hilfebedarfsgruppen gesteuert. Das Ergebnis ist, dass die jeweils vorgehaltenen Hilfen die jeweiligen "Lösungen" dominieren. Es wird geschaut wo der betroffene Mensch mit seiner Hilfebedarfsgruppe reinpasst und dort wird er dann untergebracht. Diese gesetzlich definierten Bedarfsgruppen führen letztlich zu einer Fehlsteuerung. Niemand hat einen "stationären Hilfebedarf" oder braucht "ambulante Eingliederungshilfe". Vielmehr gibt es für jeden Menschen

formulierbare Ziele. Für die muss dann ein passendes Unterstützungssetting entwickelt werden "und zwar jenseits von Leistungsarten, Hilfebedarfsgruppen oder anderen vorbereiteten Kategorien, die die Menschen in Schubladen werfen. Auf der Grundlage der formulierten Ziele für leistungsberechtigte Menschen braucht es deshalb einen kreativen Mix von flexiblen Personen, technischen Geräten, sozialräumlichen Ressourcen und Immobilien, damit der leistungsberechtigte Mensch bei der Erreichung seiner Ziele unterstützt wird. Dazu brauchen wir Leistungserbringer, die jenseits der Versäulung "ambulant" und "stationär" (...) in der Lage sind, passgenaue individuelle Hilfesettings unter flexibler Nutzung formeller und informeller Ressourcen zu kreieren" (ebenda, S. 82) und betriebswirtschaftlich in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Angebotsstrukturen dauerhaft gewährleisten zu können.

6. Die sorgende Gemeinschaft

Das System der Hilfen für Menschen mit Behinderung im Sozialraum ist bisher weitgehend ein professionelles System. Um einen Sozialraum inklusiv zu gestalten, sollten jedoch für das Lernfeld "Behindertenhilfe" die Bürger/innen, Ehrenamtliche, die Angehörigen mitverantwortlich sein.9 Der Begriff Mitverantwortung für den öffentlichen Raum, den Hannah Arendt geprägt hat, ist Teil des Leitbilds der "Caring Community", einer sorgenden Gemeinschaft (vgl. Klie 2014, S. 113ff). Eine sorgende Gemeinschaft braucht zwar strukturelle Unterstützung wie eine normierte Teilhabe. Sie ist jedoch vor allem eine kulturelle Herausforderung und Aufgabe. Sie verlangt eine personale Haltung der Offenheit z.B. gegenüber Menschen mit Behinderung. Vertrauen ist die Ressource einer offenen Haltung, die für einen neuen Modus der gegenseitigen Sorge sorgen kann. Das Leitbild stößt auf erhebliche Resonanz, ob nun in Formen generationenübergreifender Wohnprojekte, in Genossenschaften, in Selbsthilfegruppen oder in Wohngruppen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung. Charakteristisch für diese Projekte sollte das Prinzip der geteilten Verantwortung sein. "Angehörige, Freunde und Ehrenamtliche teilen sich auf Augenhöhe die Verantwortung für die Sorge der auf Pflege angewiesenen Menschen mit beruflichen Helfern und Professionellen" (ebenda, S. 207). Vielerorts ist durch das Zusammenwirken der Gemeinde mit professionellen Versorgungsformen und Strukturen "eine Kultur der Sorge" (ebenda, S. 208) entstanden. Eine "Kultur der Sorge" kann eine Antwort auf die Herausforderung eines Lebens in Nachbarschaft von Menschen mit und ohne Behinderung sein.

Vgl. das Kommunikationsmodell "Trialog". Der Trialog kann zum besseren Verstehen der professionellen und bürgerschaftlicher Perspektive beitragen (vgl. dazu Hellige 2015).

VI. Menschen mit Behinderung kommen zu Wort

Zum Niedersächsischen Aktionsplan haben erstmalig Menschen mit Behinderung selbst eine Stellungnahme für die LAG FW erarbeitet. Moderiert und begleitet wurde das Modellprojekt von der Leibniz Universität Hannover und dem Fachausschuss Behindertenhilfe der LAG FW.

Zur weiteren Umsetzung des Grundsatzes "Nichts über uns ohne uns" wurden so erste Erfahrungen mit der Beteiligung von Menschen mit Behinderung beispielhaft bei der Erstellung der Stellungnahme zum Niedersächsischen Aktionsplan gesammelt. Der Aktionsplan ist maßgeblich relevant für die nächsten Jahre bezüglich der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung in Niedersachsen, die Beteiligung von Betroffenen ist somit sehr sinnvoll und notwendig.

Vor diesem Hintergrund hat sich eine Gruppe aus Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern aus den Reihen der in der LAG FW zusammengeschlossenen Verbände in einer Arbeitsgruppe zusammengefunden und sich gemeinsam mit Studierenden der Leibniz Universität Gedanken zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Niedersachsen gemacht. Dabei war ihnen besonders wichtig, dass die Menschen mit Behinderung nach ihrer Meinung gefragt werden und die thematischen Entscheidungen bestimmt haben. Die Gruppe der SelbstvertrerInnen hat sich in ihrer Stellungnahme zum Nds. Aktionsplan auf drei Bereiche konzentriert: Bildung, Wohnen und Mobilität. Ihre Forderungen zu den ausgewählten Bereichen haben die SelbstvertreterInnen in einer Stellungnahme zusammengetragen und in einfacher Sprache veröffentlicht.

Im Rahmen eines Festaktes am 12.10.16 war es der Gruppe der Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern zudem möglich, ihre gemeinsam erstellte Stellungnahme unter anderem Ministerpräsident Weil und Sozialministerin Rundt selbst vorzustellen und zu vertreten. Das Modellprojekt hat so einen positiven Abschluss gefunden.



Das Foto zeigt von links nach rechts: Robert Rempel, Rüdiger Banaszyk, Barbara Fuhrich, Jens Thieken, Detlef Janßen, Helga Hinkelmann, Mirja Theege, Werner Jewski. Nicht auf dem Foto: Dirk Kontny und Jürgen Kirsch.

Im Folgenden wird die Stellungnahme zum Themenfeld Wohnen abgebildet.



Deshalb fordern wir:



- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen zu wohnen. Das geht bisher nicht immer.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, sich auszusuchen, mit wem sie zusammen wohnen. Kein Träger darf das bestimmen.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, alleine zu wohnen.

Dieses Recht haben bisher nicht alle Menschen.

Wir wollen Privatsphäre! Jeder hat das Recht auf Privatsphäre!

Deshalb fordern wir:

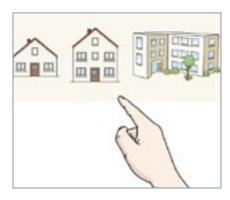


- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht auf ein Einzelzimmer. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Wohnheim müssen anklopfen, bevor sie das Zimmer betreten.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht auf ein Badezimmer für sich alleine. Auch wenn dann umgebaut werden muss. Jeder Mensch hat das Recht auf Privatsphäre.

Das ist noch längst nicht überall so.

Wir wollen selbst bestimmen, wie wir wohnen! Menschen mit Behinderung haben das Recht, selbst zu bestimmen, wo sie wohnen!

Deshalb fordern wir:



- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, sich auszusuchen, wo sie wohnen. Zum Beispiel: Auf dem Land oder in der Stadt.
- Für alle Menschen mit Behinderung sind Ärzte, Menschen und Geschäfte zu erreichen. Niemand braucht auf dem Dorf leben, wenn er oder sie das nicht möchte.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, so zu leben, wie sie es wollen. Sie entscheiden, ob sie in einem Wohnheim, in kleinen Wohngemeinschaften oder alleine leben wollen. Es ist egal, wie viel Unterstützung sie brauchen. Oder wo gerade ein Platz frei ist.

Das alles ist bisher noch nicht so.

Wir wollen mitbestimmen dürfen! Jeder hat das Recht auf Mitbestimmung!

Deshalb fordern wir:

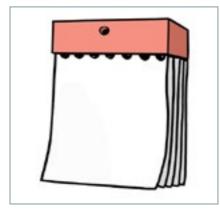


- Die Bewohnervertretung sollte mitbestimmen. Nicht nur mitwirken wie bisher.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht sich zu beschweren. Wenn sie sich beschweren, bekommen sie kein Problem mit den Betreuern. Sie werden ernst genommen. Das ist bisher nicht immer so.
- Erfahrungen von Menschen mit Behinderung zeigen: Die Meinung von Menschen mit Behinderungen interessiert oft niemanden. Oft wird ihnen nicht richtig zugehört.

Mitwirkung geschieht oft nur als Alibi.

Wir wollen uns selbst organisieren! Jeder hat das Recht, sich selbst zu organisieren!

Deshalb fordern wir:



- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht ihr Zimmer selbst einzurichten. Zum Beispiel: Sie suchen Möbel, Wandfarbe und Tapeten selbst aus. Auch wenn die Farbe oder Möbel den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Wohnheim nicht gefällt.
- Alle Menschen mit Behinderungen haben das Recht, ihren Tag selbst zu planen. Das Wohnheim schreibt Ihnen ihren Tagesplan nicht vor. Zum Beispiel: Es wird gemeinsam geplant, wer Zeit für den Küchendienst hat. Das wird in manchen Wohnheimen noch einfach eingeteilt.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, ihre Freizeitaktivitäten selbst zu wählen. Bisher bekommen sie manchmal Extraaufgaben, wenn sie keine Lust auf eine Freizeitaktivität haben. Das ist nicht in Ordnung.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, ihre Termine selbst abzustimmen. Auch wenn sie Hilfe dabei brauchen. Zum Beispiel: Sie haben das Recht, selbst zum Arzt gehen oder sich mit Freunden zu treffen.

Das ist bisher nicht immer so.

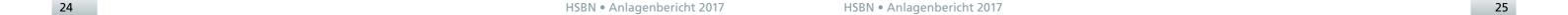
Wir wollen freie Entscheidungen treffen können! Jeder hat das Recht auf freie Entscheidungen!

Deshalb fordern wir:



- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, frei zu leben und selber zu entscheiden. Verschiedene Möglichkeiten werden erklärt. Dafür muss Zeit da sein.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, Hilfe zu bekommen, wenn sie welche brauchen. Sie brauchen aber auch genug Freiheit, um selbst zu bestimmen. Der Mensch mit Behinderung entscheidet selbst, nicht die Assistentinnen und Assistenten.
- Alle Menschen mit Behinderung haben das Recht, ernst genommen zu werden. Erwachsene Menschen mit Behinderung müssen wie Erwachsene behandelt werden. Sie brauchen nicht immer fragen, ob sie etwas dürfen.

Das ist nicht überall so.



Wir wollen von den Vermietern ernst genommen werden! Jeder hat das Recht, von Vermietern ernst genommen zu werden!

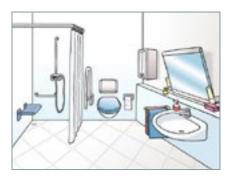
Deshalb fordern wir:



- Mehr Vermieterinnen und Vermieter sind verpflichtet, Wohnungen an Menschen mit Behinderungen zu vermieten.
- Erfahrungen zeigen, dass einige Vermieterinnen und Vermieter sagen: Der ist behindert, der soll hier nicht einziehen.
- Das ist nicht in Ordnung.
- Es ist schwer für Menschen mit Behinderung eine Wohnung zu finden.
- Vermieterinnen und Vermieter müssen die Menschen mit Behinderung ernst nehmen. Dinge dürfen nicht nur mit den Betreuern geregelt werden.

Wir wollen mehr barrierefreien Wohnraum! Jeder hat das Recht auf barrierefreien Wohnraum!

Deshalb fordern wir:



- Es gibt mehr barrierefreie Wohnungen. Wohnungen müssen nach bestimmten Standarts neu- oder umgebaut werden.
- Barrierefreie Wohnungen werden oft für alte Menschen mit viel Geld gebaut. Den Geldgebern geht es darum, möglichst viel Geld zu verdienen. Das ist nicht in Ordnung.
- Es sollte ein Gesetz geben: Wenn jemand 10 Wohnungen baut, sollten 2 davon barrierefrei sein.
- Barrierefreie Wohnungen sind für alle da, nicht nur für alte Menschen oder Menschen mit Behinderung. Zum Beispiel für eine Mutter mit Kinderwagen. Wichtig ist: es gibt keine Treppen, sondern die Wohnungen sind ebenerdig oder haben einen Fahrstuhl.

VII. Fazit

Auf der gesellschaftlichen Ebene sind durch Gleichstellungs- und Teilhabegesetze die gesetzlichen Rahmenbedingungen für ein inklusives Wohnen gesteckt. Die UN-Behindertenrechtskonvention hat dem Anspruch auf eine selbst gewählte Wohnform mit gleichberechtigtem Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsleistungen politische Schubkraft verliehen. Dennoch es fehlt immer noch an einer ausreichenden praktischen Umsetzung. Ohne flankierende strukturelle Interventionen oder eine Veränderung der Haltung der beteiligten Akteure würde die Zielperspektive Inklusion in einer normativen Überhöhung verharren.

Menschen mit Behinderung liefen schon immer Gefahr, aus dem Gemeinwesen ausgegrenzt zu werden. Für sie gab und gibt es teilweise auch heute noch eine gesonderte Unterbringung. Die im 19. Jahrhundert entstandenen Anstalten waren Ausdruck einer Denkweise, Menschen mit einer Behinderung brauchten zum Leben sogenannte "Schonräume". Teilhabe gelingt in "Schonräumen" jedoch nur in einem künstlich geschaffenen Teilbereich. Vom gesellschaftlichen Leben bleiben die Menschen so weitgehend ausgeschlossen. Ein inklusives Wohnen setzt also u.a. voraus, Wohnquartiere so zu konzipieren und zu gestalten, dass unterschiedliche Menschen zusammenleben können und somit keine Sonderwelten entstehen. D.h. auch barrierefreier und bezahlbarer Wohnraum muss vorhanden sein. "Die Bedingungen für ein gutes nachbarschaftliches Verhältnis zwischen den Wohnenden für Begegnungen und Aktivitäten müssen günstig sein. Einrichtungen sowie Unterstützungsangebote sollten erreichbar und zugänglich sein. Mobilität und Selbstversorgung gewährleistet werden" (Klauß, T. u.a. 2016, S.32). "Barrierefreiheit" ist ein Schlüssel zur Inklusion. "Barrierefreiheit" geht über den räumlichen Zugang zu privatem Wohnraum und zu öffentlichen Einrichtungen hinaus. Sie meint u.a. auch den barrierefreien Zugang zu Informationstechniken, aber auch den barrierefreien Zugang zur medizinischen Versorgung. D.h. in diesem Kontext, für Menschen mit Behinderung sollte es in ihrem jeweiligen Wohnort ein Recht auf eine medizinische Versorgung geben, die die besonderen Aspekte der zugrundeliegenden Behinderung und die Bedürfnisse des behinderten Menschen berücksichtigt. Denn das deutsche Gesundheitswesen hat gemäß §2a SGB V die Verpflichtung, den besonderen Belangen behinderter Menschen gerecht zu werden.

Bei den Wohnangeboten für Menschen mit Behinderung gibt es einen klaren Trend zum ambulant betreuten Wohnen. Ambulant betreutes Wohnen hat den Ruf, die Selbständigkeit der Menschen mit Behinderung und ihre Einbindung in unser Gemeinwesen zu stärken. Zwar überwiegen noch die stationären Einrichtungen bei den Wohnangeboten, doch die Ambulantisierungsquote im bundesweiten Durchschnitt lag 2015 schon bei 48%. Im Jahre 2012 lag sie noch bei 44%. D.h. praktisch jeder zweite Erwachsene, der Leistungen zum Wohnen erhielt, wohnte mit ambulanter Unterstützung im eigenen Wohnraum. Die Ambulantisierung der Behindertenhilfe birgt jedoch auch Risiken. Ein Risiko besteht darin, dass stationäre Wohnangebote überwiegend nur noch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, wie z.B. schwerer und mehrfacher Behinderung oder auffälligem Verhalten beherbergen. Sehr häufig wird der Zugang zu ambulanten Wohnformen von der Kompetenz der Menschen abhängig gemacht. Ein weiteres Risiko ist, dass die Betreuung im ambulanten Bereich auf das beschränkt bleibt, was Menschen in einer niedrigen Hilfebedarfsgruppe zusteht. Das Persönliche Budget kann hier zwar ein Instrument sein, die Teilhabe an inklusionsorientierten Wohnangeboten auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf zu erreichen. Doch die Gefahr besteht, dass Unterstützung vor allem die Gruppe der Menschen mit geringeren Lernschwierigkeiten erhal-

ten. Die Verwirklichung von Inklusionsideen birgt für den Personenkreis mit sehr hohem Unterstützungsbedarf vielfältige und große Herausforderungen und auch gesellschaftliche Anstrengungen. Unterschiedliche Hilfesysteme, also auf der einen Seite stationäre Wohnformen für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf und auf der anderen Seite ein gemeindeintegriertes ambulantes Hilfesystem, sind nicht hilfreich.

Ein weiterer Trend in der Behindertenhilfe ist eine "Deinstitutionaliserung". Eine "Deinstitutionalisierung" findet statt, wenn große Komplexeinrichtungen Plätze abbauen, Kapazitäten in kleinere Einheiten in Wohngebiete verlagern. "Deinstitutionalisierung" findet statt, wenn auf große Serviceeinrichtungen verzichtet wird. Die Wohnangebote folgen dann weniger einer Institutionslogik, jedoch eher der Öffnung zu einem gemeindeintegrierten Leben. Empowerment und die Respektierung des Willens der Menschen mit Behinderung sind in der Behindertenhilfe bekannt. Der Alltag ist in den Wohnheimen und Werkstätten jedoch oft nach wie vor von einer autoritativen Betreuung geprägt. Der Weg vom autoritativen hin zu einem demokratischen Kommunikationsstil, z.B. in Form eines Assistenzkonzepts, ist auch ein Aspekt von Deinstitutionalisierung, der weiter intensiviert werden sollte.

Eine differenzierte Ausgestaltung der Wohnangebote geht einher mit einer Zunahme der personenzentrierten Leistungsgestaltung. Die Anbindung der Leistungen und des Bedarfs an Personen führt zur Unabhängigkeit vom Ort der Leistungserbringung. Zudem trennt es die Leistungen zum Unterhalt und zur Unterkunft von den Betreuungsleistungen. Diese Trennung erfordert von den Leistungsanbietern ein deutlich höheres Maß an Flexibilität und eine noch stärkere Anpassung an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung. Eine weitere Herausforderung für die Einrichtungen der Behindertenhilfe ist, dass eine ganze Generation von Menschen mit Behinderung ins Rentenalter kommt, ihren Lebensmittelpunkt Werkstatt verliert und im Alter in eine neue Wohnungebung wechseln muss. Hilfreich für die Bewältigung dieser Herausforderung kann sein, dass in der Altenhilfe ein gemeinwesen- und quartiersbezogenes Denken als Lösungsstrategie für die Anforderungen des demografischen Wandels bereits deutlicher verankert ist (vgl. Schäper 2016).

Die Behindertenhilfe mit ihren stationären und ambulanten Wohnangeboten muss gemeinsam mit den Menschen mit Behinderung noch viel stärker in die Gesellschaft hineinwirken. Die Akteure müssen deutlich machen, dass Inklusion nicht nur ein Thema für Menschen mit Behinderung ist, sondern jeden angeht. Öffentlichkeitsarbeit in der Behindertenhilfe ist mehr als Fundraising oder eine medienwirksame Selbstdarstellung. Die Behindertenhilfe – auch die der stationären Einrichtungen – muss zur Gemeinwesenarbeit werden und in der Region, der Stadt, dem Stadtviertel gemeinsam mit anderen lokalen Akteuren Konzepte entwickeln. Diese "Sozialraumorientierung" wird hier als eine emanzipatorische Leitidee verstanden. Ihre Anforderung ist bei der Gestaltung des jeweiligen kleinräumigen Quartiers die Vielfalt von Lebenssituationen wahrzunehmen, wertzuschätzen und die Verschiedenheit von Interessen und Bedürfnissen von Menschen mit und ohne Behinderung nicht zu nivellieren, sondern im Prozess der Quartiersentwicklung zu berücksichtigen. Entscheidend für die Planung in der Eingliederungshilfe sollten nicht mehr nur ökonomische Kennund Vergleichszahlen sein, sondern auch ein kommunikatives Planungsverständnis. Die Kommunen sollten dabei im Rahmen ihrer hoheitlichen Aufgabe der Daseinsvorsorge die Federführung bei der Zusammenführung der verschiedenen Handlungsebenen (Bund, Länder, Kommunen, Bürger/innen) haben.

Erforderlich ist u.a. der Aufbau neuer Infrastrukturen in den Stadtteilen. Z.B. neue Beratungsstellen, Treffpunkte, Begegnungsmöglichkeiten kooperieren zunehmend mit traditionellen kommunalen Institutionen, wie etwa Stadtteilzentren. Eine früher ausschließlich behinderungsspezifisch ausgerichtete Infrastruktur entwickelt sich so hin zu einer inklusiveren Infrastruktur. Notwendig sind je nach Situation auch spezialisierte Angebote, die Sonderwelten für Menschen mit Mehrfachbehinderungen verhindern. Ein Hinweis dazu noch einmal aus dem Konzept einer barrierefreien Gesundheitsversorgung: Die jetzige Bundesregierung regt im Koalitionsvertrag eine gesetzliche Grundlage an, die eine Zentrumsversorgung analog den Sozialpädagogischen Zentren für behinderte Kinder und Jugendliche auch für erwachsene Menschen mit Behinderung vorsieht. Mittlerweile gibt es in Deutschland mehrere Medizinische Zentren für Menschen mit Behinderung, z.B. in Mosbach, in Hamburg-Alsterdorf. Spezialisierte Angebote sollen dazu beitragen, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei erwachsenen Menschen mit Behinderungen sicherzustellen, insbesondere dann, wenn die allgemeine medizinische Versorgung die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung nicht abbilden kann. Spezialisierte Angebote sollen keine Relikte von Sonderwelten sein, sondern als notwendige Ergänzungen zur Inklusion verstanden werden. Ihr Anliegen ist eine Doppelstrategie: Auf der einen Seite ist im medizinischen Ausbildungsbereich eine allgemeine Qualifizierung hinsichtlich der Fragen und Besonderheiten der Medizin für Menschen mit Mehrfachbehinderungen sicherzustellen; auf der anderen Seite die Schaffung ambulanter Kompetenzzentren, die über das notwendige Wissen verfügen (vgl. Dörner 2017).

Letztlich gelingen kann ein inklusives Wohnen nur dann, wenn sich alle Beteiligten als Lernende verstehen.

VIII. Handlungsempfehlungen

Zahlen und Fakten als Basis

In diesem Anlagenbericht wurde festgestellt, dass die statistische Ermittlung von entsprechenden Zahlen sehr schwierig ist. Dies ist aber als Basis für Schlussfolgerungen und die Gestaltung von Unterstützung notwendig. Daher sollte ermittelt werden, welches statistische Datenmaterial benötigt wird und dieses regelmäßig veröffentlicht werden. Dabei darf es keine Rolle spielen, dass aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeit die Zusammenführung des Datenmaterials schwieriger sein könnte.

Gleiche Lebensverhältnisse in Niedersachsen herstellen

Durch die verschiedenen Träger, die für die Leistungen zuständig sind, besteht die Gefahr, dass die Lebensverhältnisse für Menschen mit Behinderung in Niedersachsen sehr unterschiedlich sind. Durch eine einheitliche Zuständigkeit auf Landesebene könnte dieses Problem im Ansatz gelöst werden.

Verantwortung Sozialraumorientierung

Die kommunalen Gebietskörperschaften sind für ihren Sozialraum verantwortlich. Diese Verantwortung muss erkannt und vorgelebt werden. Es sollte Strukturen zum Austausch auf Landesebene geben.

Leben in Nachbarschaft braucht bezahlbaren und barrierefreien Wohnraum

Grundlage für ein Leben in Nachbarschaft ist für Menschen mit Behinderung bezahlbarer und barrierefreier Wohnraum. Dies bedeutet eine Kraftanstrengung für alle Beteiligten.

Finanzierung sichern

Die Anbieter müssen auf Dauer auch betriebswirtschaftlich in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Angebote und Strukturen dauerhaft gewährleisten zu können.

Wissenschaftliche Begleitforschung initiieren

Die Veränderungen für Menschen mit Behinderung müssen vermehrt erforscht werden. Die wissenschaftliche Begleitforschung sollte initiiert und gefördert werden. Dies betrifft sowohl Wohnverhältnisse im ambulanten Setting, wie auch im stationären Setting, da sich deren Zusammensetzung in den letzten Jahren nachweislich verändert hat.

Nur der Wille des Menschen mit Behinderung zählt!

Der Wille des Menschen mit Behinderung muss bei allen Entwicklungen in den Fokus genommen werden. Hierfür sind Instrumente zu entwickeln und anzuwenden. Dazu zählen auch Formen der unterstützten Kommunikation.

Literatur:

Arend, S. 2010. Auf dem Weg in die 5. Generation. In: Pro Alter. Nov./Dez., S. 32-35.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung 2016. Stellungnahme zum Referentenentwurf des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur UN- BKR, Pressemitteilung v. 13.5.2016. In: www.bag-selbsthilfe.de. Abgerufen am 6.2.2017.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) (Hrsg.) 2017. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bericht 2015.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) 2016. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention.

Degener, T. 2013. Mit der Kraft des Arguments: In Aktion Mensch e.V.(Hrsg.) Wissen Inklusion, S. 12-15.

Der imperfekte Mensch. Zur Dokumentation der Ausstellung in Berlin 2001. www.imperfekt.de. Abgerufen am 6.2.2017.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) 2015. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland.

Dörner, K. 2017. Wege der Psychiatrie. In: Dörner u.a. (Hrsg.). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, S. 689 – 714.

Duden. Das Herkunftswörterbuch. Eine Etymologie der deutschen Sprache 1963.

Ebers, T. 2013. Die Normalität der Ungleichheit. In: Aktion Mensch e.V. (Hrsg.) Wissen Inklusion, S. 71-73. Goffman, E. 1972. Asyle.

Hellige, B. 2015. Der Trialog. Besseres Verstehen. In: psychosozial Nr.21, S. 46-47.

Hermes, G. o.J. Von der Segregation über die Integration zur Inklusion. www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files als pdf, abgerufen am 6.2.2017.

Hinte, W. 2016. Sozialraumorientierung – was ist das eigentlich 2016. In: Terfloth u.a. (Hrsg.). Inklusion- Wohnen-Sozialraum. Grundlage des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde, S. 78-90.

Hinz, A. 2002. Von der Integration zur Inklusion-terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? In: Zeitschrift für Heilpädagogik Nr. 9, S. 354-361.

Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg 2011. Studie: Veränderungen der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung durch Veränderung der Wohnformen. www.Imbhh.de. Abgerufen am 6.2.2017.

Kardorff v. E.; Meschnig, A., 2009. Einführung in Kapitel 1-4 und 8-10. In: Garms-Homolova, V. u.a. (Hrsg.) 2009. Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden, S.11- 13.

Klauß, T. u.a. 2016. Zielperspektive Inklusion – Wohnen – und Teilhaben im Gemeinwesen. In: Terfloth, k.

u.a. (Hrsg.) Inklusion-Wohnen-Sozialraum, S. 24-40.

Klie, T. 2014. "Schafft die Heime ab!". In: Klie, T. 2014. Wen kümmern die Alten? S. 99-104.

Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen (LAG) 2016. Stellungnahme der Selbstvertreterinnen und Stellvertreter der LAG zur Umsetzung der UN- Behindertenrechtskonvention, www.lag-fw.de. Abgerufen am 6.2.2017.

Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung. (Hrsg.) 2016. Selbstbestimmt Wohnen im Alterauch für Menschen mit Behinderung!

Müller-Fehling, N. 2012. Sozialrechtliches Dreieckverhältnis in der Praxis. In: Sozialrecht aktuell, Nr. 4, S. 133-137.

Nahles, A. (2016). Vorwort. In Terfloth, K. u.a.2016. Inklusion-Wohnen-Sozialraum. Grundlagen des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde, S. 9-1.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.) 2016. Handlungsorientierte Sozialberichterstattung des Landes Niedersachsen Statistikteil Bericht 2016.

Öchsner, T. 2016. Des Zornes Wirkung. In: Süddeutsche Zeitung v. 30.11.2016.

Prantl, H. 2014. Für eine Demokratie ohne Barrieren. Inklusion – die neue deutsche Einheit. In: Blätter für deutsche und internationale Politik N.8, S. 73-82.

Rohrmann, E. 2005. Ambulant oder stationär. Vortrag auf der Veranstaltung Deinstitutionalisierung von Menschen mit Behinderung. In: www.forsea.de pdf. Abgerufen am 6.2.2017.

Rohrmann, E. 2007. Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit.

Rudloff, W. 2013. Behindertenhilfe und Behindertenpolitik in der "alten Bundesrepublik. Vortrag auf dem Fachtag "Behütet! Begrenzt!-Bevormundet!-Leben mit Beeinträchtigungen in Deutschland von 1945-1989. URL: https://www.lebenlernen-berlin.de. Abgerufen am 6.2.2017.

Schädler, J. 2002. Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit: strukturelle Voraussetzungen der Implementation offener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung.

Schäfer, C. 2017. Bundesteilhabegesetz von Bundestag und Bundesrat verabschiedet. In: Psychosoziale Umschau Nr.1, S. 20.

Schäper, S. 2016. Quartiersentwicklung un/oder Sozialraumorientierung? In: Terfloth, K. u.a. (Hrsg.) 2016. Inklusion-Wohnen-sozialraum. Grundlagen des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde, S. 91-102.

Seifert, M. 2010. Kundenstudie. Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung.

Seifert, M. 2016. Individuelle Lebensqualität im Bereich des Wohnens unter inklusiven Bedingungen. In:

Terfloth, K. u.a. (Hrsg.) 2016. Inklusion-Wohnen-sozialraum. Grundlagen des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde, S. 52-63.

Speck, A. u.a. 2017. BTHG: Neue Teilhabewelt mit neuen Teilhabechancen?! In: Psychosoziale Umschau Nr.1, S. 14-15.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2015. Statistik der Sozialhilfe 2013. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

Theunissen, G. 2000. Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit Schwerstbehinderten.

Theunissen, G., 2002. Inklusion – Partizipation – Empowerment. Leitbegriffe für eine Praxis des Miteinander. Vortrag im Rahmen der Integra 2002, basierend auf dem Artikel "Inklusion, Partizipation und Empowerment-Behindertenarbeit im Zeichen einer Umorientierung" In: Soziale Arbeit Nr. 10/2002. URL: http://www.assista.org/files/georg theunissen.pdf., S. 1-21. Abgerufen am 6.2.2017.

United Nations (UN) 2008. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35 ausgegeben zu Bonn am 31.12. 2008.

Welti, F. u.a. 2001. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit. Neuordnung der Leistungen für Menschen mit Behinderungen. Rehabilitations- und Teilhaberecht: die aktuelle Reformdiskussion, S. 4 – 17.