

Teilhabe

DIE FACHZEITSCHRIFT DER LEBENSHILFE

IN DIESEM HEFT

WWW.LEBENSHILFE.DE

WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Gute Arbeit

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Selbstvertretung von Werkstatträten

PRAXIS UND MANAGEMENT

Personalentwicklung

Assistenz

Eingliederungshilfe und Pflege

POSITION

COVID-19

INFOTHEK

Erwiderung – Meinung – Kritik

Bibliografie

Veranstaltungen



NEU aus dem Lebenshilfe-Verlag







Hans-Jürgen Pitsch, Ingeborg Thümmel

Gestern konnte ich's noch!

Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz professionell begleiten

1. Auflage 2020, 15,8 x 23,5 cm, broschiert 348 Seiten, ISBN: 978-3-7639-6124-5; im Buchhandel 29,50 Euro [D] Bestellnummer LFK 087 Sonderpreis für Lebenshilfe-Mitglieder: 26,50 Euro [D]

Im Mittelpunkt dieses Buchs stehen Handlungskonzepte zur Gestaltung eines lebenswerten Lebens für demenziell erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung. Um dies zu erreichen, werden erstmalig Konzepte, Verfahren und Methoden aus der Geistigbehindertenpädagogik, der Medizin und Krankenpflege, der Seniorenbetreuung, der Geriatrie und der konventionellen Dementenbetreuung erörtert, verändert und zusammengeführt, um sie für diese Klientel nutzbar zu machen.

Eine Maßgabe zur Gestaltung eines lebenswerten Umfelds ist, dass dement werdende Menschen in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben können. Diese allerdings muss an ihre Bedürfnisse angepasst werden. Auch die Tätigkeiten des Begleit- und Pflegepersonals werden sich ändern müssen. Eine professionelle Begleitung verlangt Expertenwissen über wirksame Interventions- und Interaktionskonzepte.

Neben diesen Konzepten werden auch verbal-sprachliche oder multimodale Formen dargestellt, die es ermöglichen, mit demenziell erkrankten Menschen in Kommunikation zu bleiben. Ein weiterer Fokus liegt auf einem Randbereich der bisherigen Förderpädagogik, der sich mit dem Sterben, der Trauer und der Erinnerung auseinandersetzt.

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.)

Aufsichtspflicht und Haftung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung

Eine Arbeitshilfe für Eltern und Mitarbeitende in Diensten und Einrichtungen

2., aktualisierte Auflage 2020, 17 x 24 cm, broschiert, 144 Seiten, ISBN: 978-3-88617-577-2; Bestellnummer LEA 577 13,- Euro [D]; 16.- sFr.

Das Thema »Haftung« ist in den letzten Jahren verstärkt ins öffentliche Bewusstsein gerückt und spielt in immer mehr Lebensbereichen eine große Rolle. Gerade auch Mitarbeiter*innen aus den sozialen, pflegenden und betreuenden Berufen spüren zunehmend Unsicherheit in Bezug auf die Frage, wie weit ihre Pflichten gehen und wann sie für einen entstehenden Schaden eintreten müssen.

Diese Broschüre gibt einen Überblick über die bestehende Rechtslage, um mehr Handlungssicherheit beim Umgang bzw. der Arbeit mit Menschen mit Behinderung zu schaffen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der zivilrechtlichen Haftung als für die Praxis relevantester Bereich.

Allerdings gibt es keine allgemein gültigen Handlungsanweisungen, denn Haftung ist immer eine Frage des Einzelfalls. Es kommt stets auf die konkreten Umstände und Gegebenheiten an.

Im umfangreichen Anhang sind über 20 Fälle aus der Rechtsprechung der letzten Jahre zusammengefasst und kommentiert.

Ulrich Hähner, Ulrich Niehoff, Rudi Sack, Helmut Walther

Vom Betreuer zum Begleiter

Eine Handreichung zur Leitidee der Selbstbestimmung

10. Auflage 2020, unveränd. Nachdruck der 9., vollständig überarb. und aktualis. Auflage 2016, DIN A5, 304 Seiten, ISBN 978-3-88617-324-2; Bestellnummer LBS 324 19,50 Euro [D]; 24.50 sFr.

Die Neuauflage enthält viele überarbeitete, einige wenige praktisch unveränderte, und dazu auch neue Beiträge, etwa zu rechtlichen Aspekten der Selbstbestimmungsdiskussion, zum Aspekt der Barrierefreiheit sowie zur Frage der Chancen von Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf auf ein selbstbestimmtes Leben. Abgerundet wird das Ganze mit einem Augenzwinkern: In einer »Typologie« stellen sie uns die Frage, wie unterschiedliche »Typen« von Kolleg*innen in den letzten 20 Jahren mit dem Gedanken der Selbstbestimmung umgegangen sind.

Doch die Grundaussagen bleiben unverändert aktuell: Um das Leitbild »Selbstbestimmung« durchzusetzen, muss sich die Rolle der Professionellen fundamental verändern. Das Begleitungshandeln wird sich daran orientieren müssen, welche Vorstellungen behinderte Menschen haben von den Formen der Hilfestellungen, die sie wünschen.

Teilhabe 2/2020

EDITORIAL	
Gute Arbeit, Partizipation und Teilhabe	48
POSITION	
COVID-19 und Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung Team des Lehrstuhls "Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung" an der Universität zu Köln	50
WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG	
Betriebliches Gesundheitsmanagement in Einrichtungen der BehindertenhilfeLotte Habermann-Horstmeier	56
Selbstvertretung von Werkstatträten in NRW – ausgewählte Ergebnisse eines Modellprojekts	64
PRAXIS UND MANAGEMENT	
Personalentwicklung in Zeiten der Personenzentrierung und des Fachkräftemangels Heike Kruse	68
Assistenz im Bundesteilhabegesetz	72
Eingliederungshilfe und Pflege – von der Schnittstelle zur Nahtstelle Jonas Kabsch	77
INFOTHEK	
Sexuelle Selbstbestimmung und Behinderung	
DHG-Preis 2020	
Call for Poster DIFGB	
Erwiderung – Meinung – Kritik	84
Bibliografie	
Veranstaltungen	86
IMPRESSUM	
	87

Gute Arbeit, Partizipation und Teilhabe

Liebe*r Leser*in,

in der Debatte um eine inklusive Gesellschaft stehen in der Regel die "Betroffenen" - Menschen mit Beeinträchtigung - im Fokus. Normative Anforderungen (UN-BRK) und gesetzgeberische Bestimmungen wie Personenorientierung (BTHG) richten sich dabei nicht nur an Politik, Gesetzgeber und Bevölkerung, sondern besonders an die sozialen Organisationen bzw. Dienste und Einrichtungen selbst und ihre Verbände. Die Verbände in der Behindertenhilfe und der freien Wohlfahrtspflege haben seit der Verabschiedung der UN-BRK vor mehr als zehn Jahren ihre Grundsatzprogramme, Satzungen und fachlichen Konzeptionen um entsprechende Zielsetzungen erweitert oder grundsätzlich überarbeitet, um dem Paradigmenwechsel auch programmatisch und praktisch zu folgen.

Doch was geschieht, wenn aufgrund problematischer Arbeitsbedingungen der betriebliche Alltag in den Diensten und Einrichtungen diesem Anliegen entgegensteht? Aktuell zeigt die Corona-Krise eine besonders prekäre Situation auf. Hilfen und deren Finanzierung müssen abgesichert und Personal umstrukturiert werden. Die Folgen des Fachkräftemangels, der seit Jahren in vielen Feldern des Sozialsektors vorliegt, sind derzeit besonders zu spüren.

Dabei sind ausreichend verfügbares und geeignetes Personal sowie zeitgemäße, mitarbeiterorientierte Konzeptionen der Führung und Organisationsentwicklung notwendige Erfolgsbedingungen für Veränderungsprozesse auf dem Weg zu Teilhabe und Inklusion. Zusätzlich bedarf es verbindlicher Partizipation (z. B. Abbau von Hierarchien, geteilte Entscheidungsfindung und dezentrale Umsetzungsverantwortung) von beruflich und von ehrenamtlich Engagierten in den Diensten, Einrichtungen und Vereinigungen. Denn ohne substanziell verbesserte betriebliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie Veränderung von grundlegenden Mentalitäten und Strukturen wird Teilhabe nicht gelingen.

Die Debatte zum Fachkräftemangel hat nur wenig an den Arbeitsbedingungen für Mitarbeitende verbessert. Der Inklusionsrhetorik der Politik bzw. der Gesetzgebung ist keine Neuverteilung gesellschaftlicher Ressourcen gefolgt. Vielerorts wird dagegen darum gekämpft, den Status quo zu sichern. Die Fachkräfteproblematik den Einrichtungsträgern zu überlassen, die untereinander in Kosten- und Leistungskonkurrenz stehen, ist ein schlechter Weg. Ihr ökonomischer Spielraum ist aufgrund mangelnder Rücklagen begrenzt. Jede konkrete betriebliche Sozialpolitik im Interesse der Beschäftigten dürfte an mangelnden Refinanzierungsoptionen scheitern. Dies betrifft Betriebskindergärten bis hin zu Sonderregelungen für Pflegezeiten von Angehörigen (vgl. ABELKOCH 2020).

Dennoch haben Führungskräfte der sozialen Organisationen Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten, z. B. bestehende betriebliche Machtgefüge, Betriebshierarchien oder Führungsmodelle zu hinterfragen. Außerdem ist ein Stakeholdermanagement wichtig, welches nicht allein für die betreuten Menschen und die Mitarbeiter*innen attraktiv ist, sondern auch für weitere primäre Anspruchsgruppen (Vereinsmitglieder, Eltern und Angehörige, engagierte Bürger*innen), die ehrenamtliche oder freiwillige Mitwirkung attraktiv macht.

Gute Arbeit vor Ort

Anhand des DGB-Index Gute Arbeit (https://index-gute-arbeit.dgb.de/) lässt sich für jeden Betrieb und jede soziale Organisation überprüfen, inwieweit das Führungspersonal seinen Handlungsspielraum bei der Gestaltung guter Arbeitsbedingungen nutzt. Elf Indikatoren geben den Beschäftigten ein Fragenraster an die Hand, mit dem sie Entwicklung und Fortschritte ihres Dienstes oder ihrer Einrichtung beurteilen können:

1. Ressourcen

- (1) Gestaltungsmöglichkeiten,
- (2) Entwicklungsmöglichkeiten,
- (3) Betriebskultur, (4) Sinn der Arbeit;

2. Belastungen

(5) Arbeitszeitlage, (6) Emotionale Anforderungen, (7) Körperliche Anforderungen, (8) Arbeitsintensität;

3. Einkommen und Sicherheit

- (9) Einkommen,
- (10) Betriebliche Sozialleistungen,
- (11) Beschäftigungssicherheit

Es ist leicht erkennbar, dass der Einfluss der betrieblichen Leitungsebene auf die Gestaltung der Indikatoren von Gruppe 1 zur Gruppe 3 abnimmt. Die Sozialtransfers, das gesellschaftliche Sozialbudget aus Steuern, Sozialversicherungen und privater zahlungsfähiger Nachfrage, alle in ihrer Höhe mittelbar abhängig vom Profitsektor, sind meist politisch gedeckelt und haben insofern massiv Einfluss auf Einkommen und Sicherheit. Dies beeinflusst die "Kostensätze", die zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern ausgehandelt werden und wirkt sich somit auf die zu zahlenden Löhne und Gehälter der Beschäftigten aus.

Bei den Indikatoren der Gruppe 1 dürfte jedoch der Handlungsspielraum des Führungspersonals größer sein, um den Betrieb in eine inklusionsorientierte soziale Organisation mit ausgeprägtem Partizipationsanspruch überführen zu können. Die Grundannahme dabei ist, dass professionelle Akteure in der Behindertenhilfe, die an der Entwicklung eines inklusiven Gemeinwesens mitwirken sollen und wollen, auf ein gemeinsames und verbindliches Verständnis von Partizipation, Empowerment und Selbstvertretung bauen müssen.

"Gute Arbeit" ist dann gut und nachhaltig und trägt zu persönlicher Teilhabe oder zur Förderung inklusiver Praxis bei, wenn sie im Rahmen einer partizipativen, mitarbeiterorientierten Führung und Arbeitsorganisation erbracht wird und einen entsprechenden Mentalitätswandel befördert.

Gute Arbeit im Verband

Die Verbände sind ihren Mitgliedern und ihrem satzungsgemäßen Auftrag verpflichtet und nehmen damit eine anwaltschaftliche Position im sozialpolitischen Raum ein. Teilweise lässt sich jedoch die Frage stellen, ob sie noch Interessenvertretung sind oder ob sie sich zu sozialwirtschaftlichen Unternehmensträgern mit Firmen-Logo entwickelt haben, für deren Leitungsebene Größenwachstum, Markanteile oder Profit (wie im Gesundheitssektor) vorrangige Handlungsmaximen sind? Handeln sie dann noch für und im Namen der Betroffenen, der Eltern und Angehörigen?

Dabei verfügen die Verbände über einen Fundus an programmatischen Zielen und fachlichen Konzeptionen, die weit über das hinausgehen, was die Sozialgesetzgebung von den sozialen Dienstleistungsunternehmen verlangt. Mit dem Mandat ihrer Mitglieder ausgestattet sind sie keine ausgelagerten quasi-staatliche Einrichtungen und Dienste, die nur das leisten wollen bzw. sollen, was im Gesetz steht. Im Interesse der von ihnen vertretenen Menschen und mit dem Anspruch der Satzungen und Grundsatzprogramme beurteilen sie die Folgen von Sozialpolitik und Sozialgesetzen anhand realer Verbesserungen von konkreten Lebenslagen. Dies tun sie unabhängig von Parteien, aber konsequent parteiisch.

Gute Arbeit in der Kommune

Sozialraumorientierung ist ein weiterer Bestandteil teilhabeorientierter "guter Arbeit". Eine inklusive soziale Infrastruktur (Mobilität, Wohnen, Gesundheit, Pflege usw.) in der Kommune, die für alle Lebensalter und Lebenslagen die alltägliche Daseinsvorsorge sicherstellt, muss mit den sozialen Diensten aller Träger vor Ort sozialplanerisch und kooperativ verbunden werden. Die Förderung individueller Teilhabeoptionen lässt sich nur gemeinsam mit anderen Organisationen und Partnern, bürgerschaftlich Engagierten und nicht zuletzt einer aufgeschlossenen Kommunalverwaltung erreichen. "Gute Arbeit" ist dann am Gemeinwesen, an der Förderung kollektiv nutzbarer Teilhabeoptionen orientiert.

Doch scheint es fast immer noch unmöglich, gleichwertige Lebensverhältnisse - gefordert im Grundgesetz und gleichwertige Teilhabe-Lebenslagen, erhoben an unterschiedlichen Orten. messbar miteinander zu vergleichen, weil kein für die Kommunen verpflichtender gemeinsamer Indikatoren-Kanon verfügbar ist. Dabei lassen sich Fortschritte und Erfolge mit einschlägigen Indikatoren überprüfen, z. B. mit dem Kommunalen Index für Inklusion der Montagsstiftung Jugend und Gesellschaft (2012), der eine geeignete Basis böte für eine inklusive Sozialplanung und Sozialberichterstattung in den Kommunen.

Um "Teilhabeerfolge" überprüfbar zu machen, ist ein handlicher Indikatoren-Katalog erforderlich, der grundsätzlich in allen Regionen eingesetzt werden kann. In wissenschaftlichen Projekten sind diese zu entwickeln und breit zu diskutieren. Denn es kann

nicht oft genug betont werden: Eine inklusive, barrierefreie Infrastruktur kommt allen Bürger*innen in der Kommune zu gute.

Gute Arbeit für Alle

Die Chance, gemeinsam neue Wege zu gehen, erfordert jedoch eine ehrliche Analyse der "Systemfehler" in der bestehenden Infrastruktur der sozialen Sicherungssysteme. Genauso müssen soziale Diensten und Einrichtungen bereit sein, Tradiertes zu überdenken und neue Entwicklungswege zu beschreiten. Mit der Gewissheit, dass Partizipation die Grundlage für Demokratie darstellt, bietet das gemeinschaftliche Engagement von Kommunalpolitik, Kommunalverwaltung, lokalen Institutionen, Unternehmen und engagierten Bürger*innen Aussicht auf die Lösung vielfältiger bestehender und nahender Probleme auf dem Weg zu einem inklusiven Gemeinwesen. Die Übertragbarkeit vielfältiger kommunaler Partizipations-Erfahrungen zum Bürgerschaftlichen Engagement (vgl. SELLE 2010) in betriebliche Partizipations-Modelle mag zwar nicht immer möglich sein, doch es dürfte sich lohnen, sie dafür zu erschließen.

Andreas Zobel, Berlin

LITERATUR

ABEL-KOCH, Jennifer (2020): Mittelständler setzen im Wettbewerb um Fachkräfte auf familienfreundliche Arbeitsbedingungen. In: KfW Research, Nr. 278, 13. Februar 2020.

www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-Fokus-Volkswirtschaft/Fokus-2020/Fokus-Nr.-278-Februar-2020-Beruf-und-Familie.pdf (abgerufen am 8.04.2020).

Montagstiftung Jugend und Gesellschaft (Hg.) (2012): Kommunaler Index für Inklusion.

www.kmk-pad.org/fileadmin/Dateien/download/VERANSTALTUNGSDOKU/Inklusion2012/KommunenundInklusion_Arbeitsbuch_web.pdf (abgerufen am 8.04.2020).

SELLE, Klaus (2010): Gemeinschaftswerk? Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger an der Stadtentwicklung. Begriffe, Entwicklungen, Wirklichkeiten, Folgerungen. https://digital.zlb.de/viewer/resolver? urn=urn:nbn:de:kobv:109-opus-96262 (abgerufen am 8.04.2020).

COVID-19 und Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung

Stellungnahme des Lehrstuhls Pädagogik und Rehabilitation für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung der Universität zu Köln im April 2020 zur Vulnerabilität des Personenkreises

l Teilhabe 2/2020, Jg. 59, S. 50 - 54

I KURZFASSUNG Im Rahmen des nationalen und internationalen Krisenmanagements zur Eindämmung der Corona-Pandemie wurden im März 2020 weitreichende und einschneidende Maßnahmen, Forderungen und Regelungen eingeführt. Diese betreffen alle Menschen gleichermaßen, jedoch mit höchst unterschiedlichen Auswirkungen. Die Gruppe der Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung erweist sich in dieser Zeit als besonders vulnerabel. Dabei spielen gesundheitliche, sozioökonomische und psychosoziale Faktoren in komplexer Weise zusammen. Der Lehrstuhl für Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung der Universität zu Köln wirft in diesem Beitrag einen analytischen Blick auf die besondere Vulnerabilität von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung in der Corona-Krise. Es werden erste konkrete Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis vorgestellt und eine Programmatik für weitergehende Forschung in diesem Bereich formuliert.

I ABSTRACT COVID-19 and People with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. In March 2020, national and international crisis managements had to seize a large number of measures, demands, and regulations in order to halt the spread of the Corona-pandemic. All people in the world were affected by those measures, but in different ways and with different impacts. In these times of crisis, people with profound intellectual and multiple disabilities (PIMD) represent one of the most vulnerable groups of society who is facing a complex combination of health, socioeconomic and psychosocial factors. The chair of Pedagogics and Rehabilitation for People with PIMD at the University of Cologne in Germany takes an analytical view on the particular vulnerability of people with PIMD in times of the Corona-crisis, issues first political and practical recommendations and defines its own approach for a continued research.

COVID-19

Nachrichten über die Verbreitung des Krankheitserregers SARS-CoV-2 (auch als "neues Coronavirus" bekannt) und den Verlauf der dadurch übertragenen Viruserkrankung COVID-19 dominieren seit Januar 2020 nicht nur in Deutschland die aktuelle Berichterstattung. Immer wieder ist zu hören, dass Infizierte höchst unterschiedliche Symptome zeigen, dass allerdings bei der überwiegenden Mehrheit der Infizierten (die Rede ist von mindestens 80 %) selten schwerwiegende Krankheitsverläufe zu erwarten sind (vgl. Robert Koch-Institut 2020). Zugleich wird immer wieder auf besonders gefährdete Risikogruppen verwiesen, deren Ansteckung durch die verschiedenen Maßnahmen des sogenannten "social distancing", also des Abstand-Haltens voneinander, verhindert oder zumindest verzögert werden soll. Das übergeordnete Ziel ist, eine adäquate gesundheitliche Versorgung aufrechtzuerhalten und die Gefahr einer plötzlichen Überlastung des Gesundheitssystems abwehren zu können.

Zwar sind nicht alle Menschen unmittelbar gesundheitlich von der Corona-Pandemie betroffen. Jedoch zeitigen die weitreichenden und einschneidenden Einschränkungen des öffentlichen Lebens zumindest eine mittelbare Betroffenheit, die alle Personen und Gruppen erreicht. Dies gilt über alle Ländergrenzen, die Grenzen zwischen gesellschaftlichen Schichten und zwischen sozialen Milieus hinweg. Sowohl in gesundheitlicher als auch in psychosozialer und sozioökonomischer Hinsicht bestehen jedoch erhebliche Unterschiede, wie diese Betroffenheit sich äußert und welche Ausmaße und konkreten Folgen sie für das Leben der Einzelnen bedeuten. Wir wollen im Folgenden auf die Betroffenheit für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung in Deutschland eingehen und dabei die besondere Vulnerabilität des Personenkreises herausstellen.

Die Vulnerabilität von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung

Der Begriff der Vulnerabilität, wie er zur Beschreibung der besonderen Gefähr-

POSITION

dung einzelner Personengruppen innerhalb medizinischer und (gesundheits-) politischer Diskurse aktuell verwendet wird, ist überwiegend medizinischindividualistisch geprägt (vgl. BURG-HARDT et al. 2017, 97–101). Er beschreibt physiologische und psychologische Eigenschaften, die Betroffene dazu prädisponieren, im Falle einer Infektion einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf zu erleiden. In diesem Sinne vulnerabel sind laut Robert Koch-Institut:

"ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für schweren Verlauf ab etwa 50-60 Jahren); Raucher; Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen: des Herzens (z. B. koronare Herzerkrankung), der Lunge (z. B. Asthma, chronische Bronchitis), Patienten mit chronischen Lebererkrankungen); Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit); Patienten mit einer Krebserkrankung. Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr schwächen, wie z. B. Cortison)" (Robert Koch-Institut 2020).

Bereits ein erster Blick auf die Situation der Personengruppe der Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung zeigt zum einen, dass von einer großen Schnittmenge zwischen diesen und der Risikogruppe im Sinne des Robert Koch-Instituts auszugehen ist. So wird proportional zur Gesamtbevölkerung auch die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung immer älter – aktuellen Zahlen aus Westfalen-Lippe zufolge ist etwa ein Drittel der Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, über 50 Jahre alt (vgl. THIMM et al. 2018, 26). Darüber hinaus sind Menschen mit geistiger Behinderung weitaus häufiger von akuten und chronischen Krankheiten betroffen, die das Immunsystem beeinträchtigen, und in deren Folge sie besonderer medikamentöser und anderweitig therapeutischer Behandlungen bedürfen. Daten, die aus Erfahrungen mit der H1N1-Pandemie im US-amerikanischen Raum im Jahre 2009 gewonnen wurden, berichten davon, dass innerhalb der pädiatrischen Patient*innen bei "Kindern und Jugendlichen mit besonderen Gesundheitsbedürfnissen" (Children and Youth with Special Health Care Needs, CYSHCN), zu denen auch Kinder und Jugendliche mit geistiger und schwerer Behinderung zählen, ein signifikant höheres Risiko besteht, im Falle einer Infektion spezieller intensivmedizinischer Behandlung zu bedürfen und gegebenenfalls der Krankheit zu erliegen (vgl. PEACOCK, MOORE & UYEKI 2012). Die erhöhte Vulnerabilität dieser Gruppe betrifft vorrangig Kinder mit besonderen und chronischen Bedingungen der neurologischen Entwicklung und/oder der Lungen.

Zum anderen zeigt sich angesichts der Personengruppe, dass ein Vulnerabilitätsbegriff, der lediglich individuelle körperliche und psychische Dispositionen fokussiert, sich als unzureichend erweist, um die Gefahr und Verletzbarkeit der betroffenen Menschen angesichts dieser Gesundheitskrise adäguat zu beschreiben. Eine umfassende Analyse kommt nicht umhin, psychosoziale und sozioökonomische Faktoren in ihrer Wechselwirkung mit psychophysischen Faktoren miteinzubeziehen (vgl. BURGHARDT et al. 2017, 103-110). Dies zeigt sich bereits hinsichtlich der Vielgestaltigkeit und Komplexität der Ursachen für die besondere Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen bzw. für die Wahrscheinlichkeit, im Falle einer Ansteckung schwere Krankheitsverläufe zu erleiden. Beispielsweise ist bekannt, dass Menschen mit Trisomie 21 überdurchschnittlich häufig von einer Schilddrüsen-Dysfunktion betroffen sind (vgl. DING-GREINER, KRUSE 2010, 23) und mit Herzfehlern geboren werden (vgl. HAVEMAN, STÖPPLER 2010, 84) oder dass sie unter bestimmten neurologischen Störungen mit neuromuskulären Beeinträchtigungen leben, die Schluck- und Atemprobleme verursachen können (vgl. PROESMANS et al. 2015). Jedoch führen ebenso Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung zur mangelhaften Diagnostik gesundheitlicher Besonderheiten sowie zu unzureichenden präventiven und therapeutischen Maßnahmen im Falle (auch drohender) akuter oder chronischer Erkrankungen (vgl. BÖSSING, SCHROOTEN & TIESMEYER. 2019).

Kommunikation, Verständigung und Orientierung

Für den günstigen Verlauf einer Krankheit und den Erfolg therapeutischer Maßnahmen sind Prozesse des Verstehens und Verständigens von zentraler Bedeutung. Die häufig eingeschränkte Verbalsprache bringt für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung hier besondere Herausforderungen und mithin besondere Verwundbarkeiten mit sich. Für die individuelle Behandlung von Krankheiten gilt im Allgemeinen, was im Besonderen für eindämmende Strategien gegen Pandemien auf Ebene der Bevölkerung gilt: Nicht nur die fachkundige Anwendung der richtigen

Behandlungsmethode durch medizinisches Fachpersonal ist entscheidend, sondern ebenso das entsprechende gesundheitsförderliche Coping-Verhalten einzelner Patient*innen. Dies wiederum erfordert Zugang zu umfassenden und leicht verständlichen Informationen, die besonders gefährdete und potenziell gefährdende Personen darüber aufklären, wie sie sich zum eigenen Schutz und zum Schutz anderer zu verhalten haben. Vor allem in Pandemie-Situationen ist der Kommunikation über Gesundheitsrisiken eine besondere Bedeutung beizumessen, wenn es beispielsweise darum geht, über aktuelle Entwicklungen und Strategien zu informieren oder zu selbstschützenden Verhaltensweisen anzuregen (vgl. VAUGHAN, TINKER 2009, 324).

Auffällig an der aktuellen Berichterstattung ist neben der hohen Informationsdichte und der Geschwindigkeit der Statusaktualisierungen der besondere Stellenwert, der den Einschätzungen, Prognosen und Stellungnahmen ausgewiesener Expert*innen und Wissenschaftler*innen, insbesondere der Medizin, Virologie und Okonomie beigemessen wird. Angesichts der Komplexität und der hohen Dynamik der Veränderungen reicht es momentan nicht aus, die Bürger*innen mit bloßen Fakten und Informationen über das tagesaktuelle Geschehen zu versorgen. Indem die öffentlichen Medien nun häufiger und ausführlicher hochspezialisierte Beobachter*innen zu Wort kommen lassen, reagieren sie auf das individuelle Bedürfnis, dem komplexen Geschehen subjektiven Sinn verleihen zu können, die Bedeutung der Informationen in Bezug auf verschiedene Bereiche der eigenen Alltagswelt besser einschätzen und einordnen zu können, um trotz aller Unübersichtlichkeit weiterhin orientiert zu bleiben. Vor diesem Hintergrund helfen kommentierte und detailreiche Aufklärungs- und Informationskampagnen dabei, Lageberichte und gesundheitspolitische Entscheidungen besser nachvollziehen und die damit einhergehenden Unannehmlichkeiten leichter ertragen zu können. Kurz gesagt: Wir haben nicht nur ein individuelles Bedürfnis, über aktuelles Geschehen informiert zu sein, sondern ebenso, dargebotene Informationen in einem übergeordneten Kontext zu verstehen und im letzten Schritt die Konsequenzen, die sich daraus ableiten lassen, akzeptieren zu können. In der individuellen Verarbeitung solcher Informationen gibt es jedoch große Unterschiede, die unter anderem von psychologischen, sozialen, kulturellen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Faktoren abhängen (vgl. VAUGHAN, TINKER 2009, 324). Es ist also von

immenser Bedeutung, dass solche Aufklärungskampagnen nicht exklusiv gestaltet, sondern an die individuellen Bedarfe der jeweiligen Adressat*innen angepasst werden.

Krise, Komplexität und geistige Behinderung

Den einzelnen Bürger*innen werden in Zeiten der Krise und Verunsicherung hohe behaviorale, kognitive, psychische und affektive Anpassungsleistungen abverlangt. Eingeschliffene Gewohnheiten, Handlungsmuster und Abläufe müssen unter fremdbestimmenden Zwängen rapide eingestellt oder verändert werden. Bedürfnisse müssen untergeordnet und Prioritäten neu sortiert werden. Vorstellungen von Normalität, etablierte Erklärungsmuster und Werturteile werden durch eine sich rasant verändernde Realität immer aufs Neue auf die Probe gestellt. Lang gewähnte Sicherheiten und gefasste Pläne in Bezug auf die nahe und fernere Zukunft geraten ins Wanken. Das eigene Selbstverhältnis in der Spannung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung erfährt eine radikale Verschiebung. Mit einer Situation konfrontiert zu sein, die einerseits nur schwer zu ertragen ist und der man andererseits ohnmächtig gegenübersteht, strapaziert die eigenen Fähigkeiten, mit Stimmungen, Aufmerksamkeitsstrukturen und Energien hauszuhalten. Die Ruhe zu bewahren, ist in unruhigen und beunruhigenden Zeiten am meisten gefordert, in Zeiten also, in denen diese Tugend zugleich die größte Herausforderung darstellt.

Versetzt man sich nun in die Lage von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung, lässt sich leicht vergegenwärtigen, wie viel härter diese Gesundheitskrise diesen Personenkreis trifft. Die beschriebene Komplexität sowie die damit einhergehenden behavioralen, kognitiven, psychischen und affektiven Zumutungen markieren bei den meisten Menschen ohne geistige Behinderung den Unterschied zwischen Alltag und Krise. Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung befinden sich hingegen permanent in einem erhöhten Spannungsverhältnis von Autonomie und Fremdbestimmung (vgl. HARMEL 2011), sodass die eingangs gezeichnete Situation bereits ihren Alltag unter "normalen Verhältnissen" beschreibt. Aufgrund sprachlicher und kommunikativer Barrieren haben Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung oftmals Schwierigkeiten, sich angesichts der Komplexität und der hohen kognitiven Anforderungen der normierten Alltagswelt zu orientieren. Veränderungen haltgebender Strukturen, die sich in Gewohnheiten, etablierten Abläufen und festen Ritualen widerspiegeln, können gerade deswegen starke Verunsicherung, Irritation und Angst herbeiführen. Aufgrund ihrer institutionellen Unterbringung befinden sie sich meist in asymmetrischen Beziehungen und Angewiesenheiten (vgl. DEDE-RICH 2007, 147-151), in denen ihnen eine ständige Regulation und Unterordnung ihrer eigenen Bedürfnisse zugunsten fremdbestimmter Pläne zugemutet wird. Hinzu kommen gesellschaftliche Erschwernisse, etwa dass Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung immer noch eine Randstellung im öffentlichen und kulturellen Leben einnehmen und von barrierefreien Zugängen zu Informationsinfrastrukturen in weiten Teilen abgeschnitten sind. Bereits vor der Corona-Krise befand sich ein Großteil der Personengruppe in Situationen starker Isolation, Vernachlässigung und Vereinzelung. Nicht immer werden Möglichkeiten zur Verfügung gestellt, um Bedürfnisse, Sorgen und Nöte mitzuteilen, wenn dies nicht über konventionelle Verständigungskanäle und Symbolsysteme möglich ist. Im Falle häuslicher Gewalt, Vernachlässigung und Nötigung, ist für sie oftmals kein staatlicher Wächter durch eigene Initiative erreichbar. Auf vielfältige Weise sind sie auf die Hilfsbereitschaft und Offenheit von Unterstützer*innen angewiesen, deren Zeitressourcen derweil noch stärker rationiert werden müssen. als es der ökonomische Imperativ und die Bürokratisierung der Pflege schon vor der Krise verlangte. Die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie verursachen massive Zuspitzungen, Einschnitte und Umwälzungen ausnahmslos auf all diesen Ebenen.

Herausforderungen für das Versorgungs- und Hilfesystem

Aus den bisherigen Ausführungen wird unmittelbar ersichtlich, wieviel die ohnehin hohen Herausforderungen an das pädagogische, medizinische und pflegerische Fachpersonal wachsen, das die Verantwortung für diese Menschen in dieser prüfenden Zeit übernehmen will und muss. Diese Herausforderungen zeigen sich aktuell vor allem im Umgang mit ambivalenten und dilemmatischen Situationen, die durch konfligierende Anforderungen entstehen: Im Sinne des Infektionsschutzes gilt das Gebot, Körperkontakt so vollständig wie möglich zu reduzieren. Jedoch bedürfen viele Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung intensiver Unterstützungs- und Pflegemaßnahmen, deren Durchführung ein hohes Maß an unerlässlichem Körperkontakt erfordert. Ebenso ist die Gefahr von Einsamkeit und Isolierung gegen das Gebot sozialer Distanzierung abzuwägen. Für Verantwortliche gilt es nun im Einzelnen zu bedenken, ob sie den ihnen anvertrauten Menschen eher die Gefahr zumuten können, erhebliche psychische und körperliche Schäden durch Vernachlässigung zu erleiden oder durch helfende Maßnahmen das Risiko einer Ansteckung zu erhöhen.

Diese Ambivalenz ist Ausdruck der Komplexität der Lebenswirklichkeit dieser Menschen sowie der Anforderungen ihres Unterstützungsbedarfs. Barbara FORNEFELD (2008) sieht in der hohen Anforderung, die Menschen mit Komplexer Behinderung an das System stellen, eine Gefahr, die sich im Zuge der Corona-Krise weiter zuspitzen dürfte.

"Menschen mit Komplexer Behinderung strapazieren das Versorgungssystem materiell, weil ihr Unterstützungsbedarf als kostenintensiv gilt. Sie strapazieren bzw. überfordern das Versorgungssystem aber auch konzeptionell, weil gängige pädagogischtherapeutische Konzepte und Methoden bei ihnen nur unzureichend greifen" (FORNEFELD 2008, 118).

Die Folge sei, dass Versorgungs- und Hilfesysteme Komplexitätsreduktion betreiben, um die an sie gerichteten sozialpolitischen und wirtschaftlichen Anforderungen zu erfüllen, indem sie Menschen mit Komplexer Behinderung entweder kategorisch ausschließen oder auf ihre Körperlichkeit reduzieren und ihnen lediglich eine Grundversorgung ihrer medizinisch-pflegerischen Bedarfe zukommen lassen. Wurde dieser Mechanismus der Exklusion bisher durch die wirtschaftlichen Interessen eines sich auf dem Rückzug befindenden Wohlfahrtsstaates befeuert, der durch die Individualisierung von Verantwortung nach Einsparungsmöglichkeiten suchte, befindet sich derselbe Motor momentan im Krisenmodus. In seinen historischen Analysen, in denen Andreas KUHLMANN unter anderem die humanitären Katastrophen des 20. Jahrhunderts und deren Auswirkungen auf den Umgang mit Menschen mit Behinderung analysiert, zeigt er einen eskalativen Mechanismus auf, der auf der gegenseitigen Verstärkung von Krisenbewusstsein einerseits und andererseits allzu zukunftsberauschtem Aktivismus basiert, von dem man sich einen schnellen Ausgang aus der Krise erhoffte. Je sensibler die Wahrnehmung für die Krisenhaftigkeit der Situation sei, desto niedriger liege die Hemmschwelle für

drastische Maßnahmen. Je höher andererseits die Bereitschaft sei, zu drastischeren Maßnahmen zu greifen, desto stärker falle auch das Krisenbewusstsein aus (vgl. KUHLMANN 2001, 40). Anders ausgedrückt: Je höher die Möglichkeit eingeschätzt wird, die Situation verändern zu können, desto weniger hinnehmbar erscheint diese. Je unerträglicher wiederum die Situation erscheint, desto gerechtfertigter erscheinen nun die Maßnahmen, die einen vermeintlichen Ausweg versprechen. Dass die Hemmschwelle gegenüber verhältnismäßig gering wirkenden Verletzungen gegen Wohl und Würde einer Person sinken könnte, ist eine Gefahr, die in Extrem- und Krisensituationen dringend im Auge zu behalten ist. "Der anwaltschaftliche Einsatz für diejenigen, die nicht für sich selbst sprechen können" (DEDERICH, SCHNELL 2009, 81) und die "Sicherung humaner Qualität auch unter den Bedingungen knapper ökonomischer Ressourcen" (ebd.) lassen sich aus dem Katalog der ethischen und politischen Programmatik für die Heil- und Sonderpädagogik von Martin SCHNELL und Markus DE-DERICH vielleicht als die Gebote der Stunde herausgreifen.

Naturkatastrophen, gesellschaftliche Desaster und Vulnerabilität

Es zeigt sich, dass physiologische Dispositionen in der Verwundbarkeit gegenüber den Wirkungen und Folgen der Pandemie zwar eine nicht unerhebliche, jedoch bei weitem nicht die einzige Rolle spielen, und dass ferner die Ausblendung anderer Faktoren einen unzulässigen Reduktionismus darstellt. Dass auf der Makroebene einerseits Krankheit und Armut, andererseits Behinderung und Armut signifikant miteinander korrelieren und Gesundheitsrisiken nicht lediglich im psychophysischen Substrat wurzeln, sondern in gesellschaftliche und ökonomische Wirkzusammenhänge eingebettet sind, ist längst keine Neuigkeit mehr (vgl. WALD-SCHMIDT 2014, 179). Internationale Forscher*innen der Disability Studies widersprechen seit geraumer Zeit der medizinisch-individualistischen Vereinseitigung und Verengung der Probleme und Ursachen, die um das gesellschaftliche und kulturelle Phänomen Behinderung ranken. Ebenso lassen sich Naturkatastrophen nur in ihrer Wechselwirkung mit den gesellschaftlich gemachten Bedingungen, die vor und nach der Katastrophe vorzufinden sind, adäquat erfassen. So stellen Mark PRIESTLEY und Laura HEMINGWAY heraus, dass die analytische Isolation vermeintlich medizinischer Behinderungsursachen von den sozialen und kulturellen Zusammenhängen sowie den konkreten Folgen einer Schädigung ebenso künstlich ist wie analog die Unterscheidung zwischen Naturkatastrophen und ihren gesellschaftlichen Folgen. Anhand zweier Fallstudien zeigen sie, "that natural hazards are realised disproportionately as human disasters for disabled people, and particularly for disabled people in low-income communities" (PRIESTLEY, HEMINGWAY 2006, 3). Die unterschiedliche Wucht, mit der die aktuelle Pandemie im globalen und lokalen Armutsgefälle im Leben einzelner Menschen und Gruppen einschlägt, stellt abermals unter Beweis, dass die Folgeschäden einer Naturkatastrophe unauflösbar mit den bereits vorher stattfindenden sozialen Desastern verwickelt sind. In der gesellschaftlichen Lebenswirklichkeit vieler Menschen mit Behinderung spitzt sich diese Verflechtung von Katastrophen und gesellschaftlichen Folgen, wie dem Zitat von PRIEST-LEY und HEMINGWAY zu entnehmen ist, auf besondere Weise zu.

Für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung beginnt die komplexe Krise nicht erst mit der Ausbreitung des Corona-Virus. Jedoch droht deren Ausgangslage, die in den letzten Jahrzehnten ohnehin – bedingt durch stetig voranschreitende Prozesse der Ökonomisierung des Sozialen und der Entsolidarisierung der Gesellschaft – von stetig wachsenden Exklusionsgefahren geprägt war (vgl. DEDERICH 2008, 31–36), sich im Zuge dieser verstärkten Gesundheitskrise weiter zu verschärfen. Soziale Katastrophen folgen Naturkatastrophen meist auf dem Fuße, wenn sie diesen

Handlungsempfehlungen für Politik, Forschung und Praxis

Die Maßnahmen, Forderungen und Regelungen, die im Rahmen des nationalen und internationalen Krisenmanagements getroffen werden, appellieren an zwei Grundpfeiler gesellschaftlichen Zusammenhalts. Der erste besteht in der solidarischen Verantwortungsübernahme gegenüber den besonders verwundbaren und gefährdeten Gruppen unserer Gesellschaft. Der andere besteht in der kollektiven Einsicht, dass gegenseitige Aufmerksamkeit, Hilfsbereitschaft und Rücksichtnahme die aktuell wesentlichen Tugenden darstellen, durch die diese Krise in erster Linie überwunden werden kann. Nichts jedoch macht Menschen in einer Zeit, in der sie mehr denn je auf den Schutz und die Fürsorge anderer Menschen angewiesen sind, verwundbarer, als übersehen zu werden. Vor allem Menschen mit Komplexer Behinderung schweben seit jeher in der Gefahr, "im Dunkeln zu stehen" (FORNEFELD 2008, 50). Sie sind in besonderem Maß davon bedroht, sowohl durch die breite Öffentlichkeit, als auch durch die Hilfsund Versorgungsnetze übersehen zu werden, die ursprünglich dazu dienen sollten, die an den Rand Gedrängten, Abgehängten und Ausgeschlossenen der Gesellschaft zu schützen und in die Mitte der Gesellschaft zurückzuholen (vgl. ebd.). Dementsprechend gilt es dringend, die Gesellschaft dafür zu sensibilisieren, dass Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung unabhängig ihres Alters zur COVID-19-Hochrisikogruppe gehören. Die politischen

Soziale Katastrophen folgen Naturkatastrophen meist auf dem Fuße, wenn sie diesen nicht längst in Form gesellschaftlich verursachter Vulnerabilitäten Vorschub geleistet haben.

nicht längst in Form gesellschaftlich verursachter Vulnerabilitäten Vorschub geleistet haben. Ein umfassender Vulnerabilitätsbegriff ist damit auch als "gesellschaftsdiagnostische bzw. gesellschaftskritische Figur" (BURGHARDT et al. 2017, 104) zu begreifen, der es "um die Analyse und Kritik von gesellschaftlichen Prozessen und Wirkkräften [geht], die – etwa durch Stigmatisierung, Vorenthaltung von Anerkennung, Benachteiligung, Marginalisierung oder Exklusion – entweder zu einer Erhöhung einer dispositionsbedingten Vulnerabilität bestimmter Individuen führen oder selbst als Ursache von Vulnerabilität anzusehen sind" (ebd.).

Akteure müssen diesen Personenkreis und die Komplexität ihrer Situation gerade jetzt und auch zukünftig in besonderem Maße in ihre Überlegungen zum Gesundheitsschutz einbinden. Vor allem im Maßnahmenkatalog zum Gesundheitsschutz muss die besondere Ausgangsbedingung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung berücksichtigt werden. Hierzu zählen die Sicherstellung der Betreuung, Pflege und Unterstützung, die Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung verlässlich benötigen. Informationen zum Gesundheitsschutz und zur Aufklärung über aktuelle Entwicklungen sowie Hintergrundinformationen über die veränderten Rahmenbedingungen der Betreuung, Pflege und Unterstützung müssen dem Personenkreis verstärkt barrierefrei zugänglich und verständlich gemacht werden. Mit der Einstufung von Einrichtungen der Behindertenhilfe als systemrelevant muss ein bedarfsgerechter Personalschlüssel zur Abdeckung des zusätzlichen Mehraufwands durch weitere Schutzvorkehrungen in Pflege und Begleitung sichergestellt werden. Dass Mitarbeiter*innen aus Werkstätten für behinderte Menschen und aus tagesstrukturierenden Einrichtungen als flexible Lösung aktuell in Wohneinrichtungen zur Abdeckung des personalen Mehraufwands eingesetzt werden, ist sicherlich begrüßenswert, erfordert gleichzeitig jedoch Schulungen der betroffenen Mitarbeiter*innen in einem bedürfnisentsprechenden und schützenden Umgang. Die Verantwortung zum Gesundheitsschutz sowie die pädagogische Verantwortung liegen in der Hand der Träger der Behinderten- und Eingliederungshilfe sowie der Wohlfahrtsverbände und dürfen nicht aufgrund fehlender einheitlicher Maßnahmenkataloge und entsprechender struktureller Bedingungen auf die einzelnen pädagogischen/ pflegerischen Fachkräfte übertragen werden. Mit diesen Forderungen schließen wir uns unter Hinweis auf die Berücksichtigung der speziellen Bedarfe von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung weitestgehend den Forderungen des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe an (vgl. Deutscher Berufsverband der Pflegeberufe 2020). Der Gemeinschaft der Forschenden, die dem Personenkreis ihr besonderes Interesse widmet, obliegt nun die Verantwortung, aktuelle Fragestellungen rund um die gegenwärtige und zukünftige Betroffenheit und Verletzbarkeit von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung angesichts der derzeitigen Krisensituation zu bearbeiten. Akute Probleme und prognostizierbare Folgeprobleme müssen eruiert und systematisiert werden, die sich in der pädagogischen und pflegerischen Praxis sowie in gesellschaftlichen Zusammenhängen angesichts dieser Notsituation auftun. Lösungen und Konzepte müssen erarbeitet werden, die zur Würdigung, Begleitung und Verbesserung der Praxis dienen, die bereits jetzt von vielen engagierten professionellen und ehrenamtlichen Unterstützer*innen getragen wird. Insgesamt ergeht besonders in Krisenzeiten an die Forschung der Heilund Sonderpädagogik der ethische Auftrag, nicht nur die leibliche, sondern ebenso die soziale Vulnerabilität vernachlässigter und übersehener Personengruppen und die sich daraus ergebende Verantwortung im Auge zu be-

halten (vgl. DEDERICH 2003, 72-75). Das Ziel dieses Auftrags ist die Aufklärung von Politik und Öffentlichkeit, um auf dieser Basis weiterhin für die Anerkennung ihrer Bedarfe, die Verfügbarmachung benötigter Ressourcen und die Her- und Sicherstellung notwendiger Schutzräume zu werben.

LITERATUR

BÖSSING, Carina; SCHROOTEN, Katrin; TIESMEYER, Karin (2019): Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Walther, Kerstin; Römisch, Kathrin (Hg.): Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Wiesbaden: Springer VS, 51-87. BURGHARDT, Daniel et al. (2017): Vulnerabilität. Pädagogische Herausforderungen. Stuttgart: Kohlhammer. DEDERICH, Markus (2003): Ethische Fragen der Geistigbehindertenpädagogik. In: Fischer, Erhard. (Hg.): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – Aktuelle Herausforderungen. Oberhausen: Athena Verlag, 60 - 68

DEDERICH, Markus (2007): Abhängigkeit, Macht und Gewalt in asymmetrischen Beziehungen. In: Dederich, Markus; Grüber, Katrin (Hg.): Herausforderungen. Mit schwerer Behinderung leben. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag, 139-152. DEDERICH, Markus (2008): Der Mensch als Ausgeschlossener. In: Fornefeld, Barbara (Hg.): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München: Reinhardt, 31–49

DEDERICH, Markus; SCHNELL, Martin W. (2009): Ethische Grundlagen der Behindertenpädagogik: Konstitution und Systematik. In: Dederich, Markus; Jantzen, Wolfgang (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 2. Stuttgart: Kohlhammer, 59-83.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) (2020): Wir fordern: umfassende Unterstützung für Pflegende im Kampf gegen Corona. www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2020/ corona-unterstuetzung-fuer-pflegende.php (abgerufen am 26.03.2020)

DING-GREINER, Christina;

KRUSE, Andreas (2010): Menschen mit geistiger Behinderung. In: Dies. (Hrsg.): Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 13-30

FORNEFELD, Barbara (2008): Pädagogische Leitgedanken als Ausschluss-Prinzipien? In: Dies. (Hg.): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik.

München: Reinhardt, 108-147.

HARMEL, Hilke (2011): Subjekt zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Eine kritische Literaturanalyse und ihre Bedeutung für die Behindertenpädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

HAVEMAN, Meindert; STÖPPLER, Reinhilde (2010): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

KUHLMANN, Andreas (2001): Politik des Lebens - Politik des Sterbens. Biomedizin in der liberalen Demokratie. Berlin: Alexander Fest Verlag

PEACOCK, Georgina; MOORE, Cynthia; UYEKI, Timothy (2012): Children with special health care needs and preparedness: experiences from seasonal influenza and the 2009 H1N1 influenza pandemic. In: Disaster medicine and public health preparedness 6 (2), 91-93.

PRIESTLEY, Mark; HEMINGWAY, Laura (2007): Disability and disaster recovery: A tale of two cities? In: Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation 5 (3-4), 23-42. PROESMANS, Marijke et al. (2015): Respiratory Morbidity in Children With

Profound Intellectual and Multiple Disability. In: Pediatric pulmonology 50 (10), 1033-1038.

Robert Koch-Institut (2020):

Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Stand: 13.3.2020. www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/ Neuartiges Coronavirus/Steckbrief. html?nn=13490888 (abgerufen am 19.03.2020).

THIMM, Antonia et al. (2018): Wohnsituation Erwachsener mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe und Umzüge im Alter.

www.lwl.org/spur-download/pdf/mutig. pdf (abgerufen am 19.03.2020).

VAUGHAN, Elaine; TINKER, Timothy (2009): Effective Health Risk Communication About Pandemic Influenza for Vulnerable Populations. In: American Journal of Public Health 99 (52), 324-332

WALDSCHMIDT, Anne (2014): Macht der Differenz. Perspektiven der Disability Studies auf Diversität, Intersektionalität und soziale Ungleichheit. In: Soziale Probleme 25 (2), 173-193.

Die Autor*innen:

Team des Lehrstuhls "Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung" an der Universität zu Köln

Philipp Seitzer, Timo Dins, Maria Busch, Lena Grüter, Theresa Stommel, Julia Fischer-Suhr, Ingeborg Sungen, Michaela Naumann, Vertr. Prof*in Dr. Caren Keeley

www.hf.uni-koeln.de/30058

philipp.seitzer@uni-koeln.de

Teilhabe haben oder nicht haben? Gar keine Frage!

TEILHABE – die Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe – bietet viermal im Jahr Fachbeiträge aus Wissenschaft und Forschung, Praxis und Management sowie eine Infothek mit Neuigkeiten, Buchbesprechungen und Veranstaltungshinweisen.

Informativ. Sachlich. Engagiert. www.zeitschrift-teilhabe.de



Denn wer hat, hat:
nämlich immer aktuelle Fachinformationen von Profis für
Profis, ganz bequem im Abo
als Zeitschrift oder E-Paper.
Beim Abschluss eines Neuabonnements im Jahr 2020
erhalten Sie zusätzlich alle
Hefte des Themenjahrs 2019
"Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf".

BESTELLUNG

Hiermit bestelle ich die Fachzeitschrift TEILHABE (bitte ankreuzen und ausfüllen)

- ☐ als Print-Ausgabe im Jahresabonnement: 43,00 €
- ☐ als Print-Ausgabe im Jahresabonnement für Lebenshilfe-Mitglieder: 33,00 €
- ☐ als E-Paper im Jahresabonnement (2 Endgeräte): 36,00 €
- ☐ als E-Paper zum reduzierten Preis im Jahresabonnement (2 Endgeräte) für Bezieher des Print-Abos, Lebenshilfe-Mitglieder und Studierende: 18,00 Euro
- ☐ Ich möchte **zusätzlich kostenlos** die vier Hefte des Themenjahres 2019 "Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf" erhalten.

Alle Preise inkl. Mwst. und Versandkosten bzw. Zustellgebühr. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht 6 Wochen vor Ablauf des berechneten Zeitraums gekündigt wird. Widerrufsgarantie: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung für das Print-Abo innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen kann. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs (Datum des Poststempels).

Anrede: □ Frau □ Herr
Name, Vorname:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Datum: Unterschrift:

Bitte senden an: Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. Abo-Verwaltung, Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg Fax: 06421/491-167, E-Mail: hauke.strack@lebenshilfe.de



Lotte Habermann-Horstmeier

Betriebliches Gesundheitsmanagement in Einrichtungen der Behindertenhilfe

I Teilhabe 2/2020, Jg. 59, S. 56 – 63

I KURZFASSUNG In den letzten Jahren haben sich die Arbeitsbedingungen in der Behindertenhilfe erheblich verschlechtert. Dies hat bereits Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. Trotzdem wird wenig unternommen, um die Beschäftigten so lange wie möglich gesund im Beruf zu halten. Das Wissen, welche Möglichkeiten das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) hier bietet, ist gering. Ziel eines guten BGM ist es, die Umgebung und die Bedingungen in der Einrichtung so zu verbessern, dass es sich positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt und es den Beschäftigten leichter fällt, sich gesundheitsbewusst zu verhalten.

I ABSTRACT Workplace Health Management in Facilities for People with Disabilities. Working conditions for employees working in facilities for people with disabilities have deteriorated considerably in recent years. This already has a negative impact on employee health. Nevertheless, little is done to keep employees healthy in their jobs for as long as possible. There is only little knowledge of the possibilities that workplace health management (WHM) offers here. The main target of a good WHM in this field is a health-promoting environment and health-promoting conditions that make it easier for the employees to behave in a health-conscious manner, so that the result is a positive impact on the health of the employees.

Aktuelle Situation

In den letzten Jahren haben sich die Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe erheblich verschlechtert. In vielen Bereichen kann sogar von einer prekären¹ Situation gesprochen werden. Leitungskräfte in den Einrichtungen führen dies u. a. auf eine hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter*innen bei unterdurchschnittlicher Bezahlung zurück. Die hohe Belastung liegt ihrer Ansicht nach u. a. am steigenden Durchschnittsalter der zu betreuenden Menschen mit Behinderung und dem damit verbundenen erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf. Gleichzeitig nimmt auch das Durchschnittsalter der Beschäftigten zu. Dies alles führt dazu, dass sich der Fachkräftemangel hier besonders stark bemerkbar macht (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, BÜHRER 2014, 50 f.). In der Folge werden oft unqualifizierte Hilfskräfte eingestellt, was wiederum zu neuen Problemen führen kann. Es ist daher nicht verwunderlich, dass ein Großteil der Beschäftigten im Betreuungsbereich die eigene Tätigkeit als stark belastend empfindet (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016b, 518 ff.). Als Hauptgrund wird zu wenig Zeit für die zu betreuenden Menschen mit Behinderung genannt. Hinzu kommen ein immer größer werdender Pflegebedarf, auf den man bisher nur unzureichend eingestellt ist, sowie eine mangelhafte Arbeitsorganisation und ein schlechtes Arbeitszeitmanagement (insbesondere ungünstige Arbeitszeiten und ein häufiges kurzfristiges Einspringen für Kolleg*innen; vgl. HABERMANN-HORSTMEI-ER, LIMBECK 2016b, 519; HABER-MANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2018, 434 ff.). In einer Studie aus dem Jahr 2015 (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016c, 27 ff.) schätzten die dort befragten Betreuungskräfte ihren Gesundheitszustand als deutlich schlechter ein als der Durchschnitt der altersentsprechenden Bevölkerung in Deutschland. 83,1 % der Befragten gaben an, dass sie im Jahr zuvor mindestens einmal krank

1 Prekäre oder atypische Beschäftigungsverhältnisse sind durch eine geringere materielle/soziale Absicherung, schlechtere Arbeitsbedingungen, geringere Arbeitnehmer*innenrechte, mangelnde betriebliche Interessenvertretung, wenig Weiterbildungs- und Aufstiegschancen gekennzeichnet (vgl. WEINKOPF, HIEMING & MESAROS 2009, 6).

WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

zur Arbeit gegangen waren. Etwa drei Viertel waren in dieser Zeit mindestens einmal krankgeschrieben. Fast die Hälfte befürchtete ein Burnout² in näherer Zukunft. Die meisten Betreuungskräfte mit schlechtem Gesundheitszustand stellten dabei einen Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation und ihrem Gesundheitszustand her (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2017, 28 ff.). Knapp 40 % waren zudem der Ansicht, dass sich die Betreuungsqualität negativ auf das Wohlbefinden der zu betreuenden Menschen mit Behinderung auswirkt (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER & HORSTMEIER 2019, Folie 8 ff.).

Trotz des erheblichen Mangels an qualifizierten Arbeitskräften unternehmen viele Einrichtungen bislang nur wenig, um ihre Beschäftigten so lange wie möglich gesund im Beruf zu halten. Zwar gaben im Jahr 2014 45 % der in einer Studie befragten Institutionen3 in Südbaden an, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingerichtet zu haben (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, BÜH-RER 2015, 365). Angeboten wurden dort jedoch vor allem Gesundheitsschulungen und Gesundheits-Checks sowie einige "Mitmach-Angebote" in den Bereichen Bewegung und Ernährung. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Feldern Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen wurden nicht genannt. Auch dies deutet darauf hin, dass sich viele Einrichtungen der Behindertenhilfe bislang noch nicht näher mit dem "Betrieblichen Gesundheitsmanagement" beschäftigt haben.

Bislang findet man in Einrichtungen der Behindertenhilfe nur selten ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept, das die Bedingungen vor Ort berücksichtigt und die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Beschäftigten mit einbezieht. Ein solches Konzept sollte eine Senkung der gesundheitlichen Risiken der Mitarbeiter*innen und eine Verbesserung ihres physischen und psychischen Gesundheitszustands zum Ziel haben. Dabei ist zu beachten, dass je nach Alter, Geschlecht und Funktionsebene der Beschäftigten ganz unterschiedliche gesundheitliche Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit auftreten können. So geben weibliche Betreuungskräfte im Alter von 35 bis 44 Jahren besonders oft gesundheitliche Probleme an, während bei den Männern die 45- bis 54-Jährigen am häufigsten betroffen sind. Auch nennen weibliche Leitungskräfte im Betreuungsbereich deutlich häufiger Gesundheitsprobleme als ihre männlichen Kollegen (HABER- MANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016c, 27 f.; HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2018, 435 ff.). Hinzu kommen spezifische Risikofaktoren, die in der Art der Arbeit und den Arbeitsbedingungen begründet sind. Besonders oft werden im Betreuungsbereich mangelhafte Arbeitszeitbedingungen, insbesondere häufige Überstunden, lange Arbeitsschichten, häufige Wochenenddienste, häufiges, kurzfristiges Einspringen für Kolleg*innen sowie fehlende Rückzugsmöglichkeiten in den Pausen genannt (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIM-BECK 2016b, 519). Die Betroffenen sehen den zunehmenden Personalmangel, das Fehlen von qualifiziertem Personal und eine mangelnde Mitbestimmung bei der Dienstplangestaltung als wichtige Gründe hierfür an. Hinzu kommt das Gefühl, immer weniger Zeit für die eigentliche Arbeit - die Betreuung der Menschen mit Behinderung - zu haben. Dies gilt insbesondere in Bereichen, wo ältere Menschen mit Behinderung und größerem Pflegebedarf betreut werden sowie in Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Störungen und Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung leben. Die Probleme bei der Dienstplangestaltung sind nicht selten ein Zeichen für eine generell mangelhafte Kommunikation innerhalb der Einrichtung, insbesondere jedoch zwischen den einzelnen Hierarchieebenen. Hinzu kommen oft Kommunikationsprobleme mit anderen Bereichen (Werkstatt, Therapeut*innen, medizinische Einrichtungen) sowie mit Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer*innen. Dies alles kann zu einem schlechten Arbeitsklima und zu Stress bzw. Stressfolgeerkrankungen bei den Beschäftigten führen (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016a, 52 ff.). Stress kann direkt und indirekt auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Bewohner*innen in den Einrichtungen haben, was die Situation z. B. durch vermehrt auftretende "Verhaltensauffälligkeiten" weiter verschlimmern kann. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. vor allem im Bereich des Arbeitszeitmanagements, eine Reduzierung der Überstunden, eine verträgliche Gestaltung der

Glossar

Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung beschreibt alle Aktivitäten und Maßnahmen, die der Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen dienen. Gesundheitsförderung soll somit einen Prozess in Gang setzen, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie dadurch zu einer Stärkung ihrer Gesundheit befähigt.

Prävention

Ziel der Prävention ist es, durch soziale oder medizinische Maßnahmen bzw. Verhaltensweisen die Entstehung von bestimmten gesundheitlichen Schädigungen zu verhindern (*Primärprävention*). Darüber hinaus verhindern präventive Maßnahmen das Fortschreiten einer bereits bestehenden Erkrankung (*Sekundärprävention*) und/oder vermeiden Folgeschäden (*Tertiärprävention*).

Verhältnisassoziierte Maßnahmen

Verhältnisassoziierte Maßnahmen wollen die Gesundheit von Menschen dadurch verbessern, dass sie ihre Umwelt sowie ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen positiv beeinflussen. Auf diese Weise sollen Gefahren abgewendet werden, die möglicherweise von solchen Bedingungen ausgehen (Beispiele für verhältnisassoziierte Maßnahmen: Einführung eines ergonomischen Schichtsystems, klimafreundliche Büros, Angebot gesünderer Speisen in der Kantine, überdachte Fahrradständer, Anbindung an das örtliche Fahrradwegenetz).

Verhaltensassoziierte Maßnahmen

Verhaltensassoziierte Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, das Verhalten der Menschen so zu beeinflussen, dass es ihrer Gesundheit dient. Da das individuelle Handeln und Verhalten der Menschen vor allem bei der Entstehung chronischer Erkrankungen eine bedeutende Rolle spielen, kann auf diese Weise ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit sinken (Beispiele für gesundheitsschädigendes Verhalten: Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel).

² Burnout-Syndrom: Stressbedingter, schleichender Prozess, der durch eine körperliche, emotionale, geistig-mentale und soziale Erschöpfung gekennzeichnet ist.

³ Dies waren ausschließlich Einrichtungen, die über einen Betriebsrat bzw. eine Personalvertretung verfügten.

Wochenendarbeit sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsklimas können hier also sinnvolle Ansatzpunkte für ein umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement sein.

Was versteht man unter einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement?

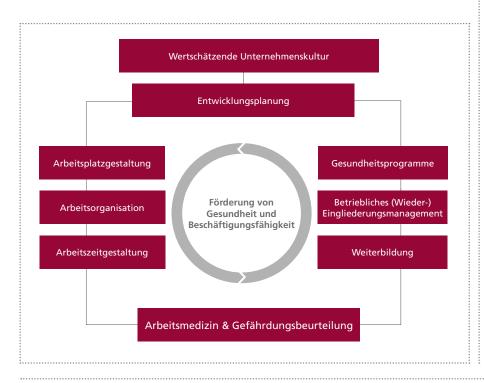
Die Basis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) bilden die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) und die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (vgl. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 1997). Im Zentrum der Betrachtung stehen dabei die Gesundheit und das Wohlbefinden der arbeitenden Menschen. Nur gesunde Mitarbeiter*innen sind in der Lage, ihre Arbeitskraft bestmöglich in den Dienst ihres Unternehmens zu stellen, sodass sich dies dann auch positiv auf die Unternehmenssituation auswirkt. Typisch für ein gutes BGM ist eine Kombination aus verhältnisund verhaltensassoziierten Maßnahmen (HABERMANN-HORSTMEIER 2017a, 37-44; RICHTER, ROSENBROCK 2018; HABERMANN-HORSTMEIER, LIPPKE 2019), bei denen der Blick auf die Ressourcen4 der Mitarbeiter*innen gerichtet ist. Genutzt werden hierzu u. a. moderne Managementinstrumente.

Betriebliches Gesundheitsmanagement bezieht nicht nur die Führung eines Unternehmens in die Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen mit ein, sondern alle Betriebsangehörigen sowie ggf. auch noch andere beteiligte Akteur*innen. Es schafft gesundheitsfördernde Strukturen und leitet Prozesse ein, die die Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen ermöglichen. Dabei geht es immer von den im jeweiligen Unternehmen vorhandenen Bedingungen aus. Bedeutsam für ein gutes BGM ist eine detaillierte Planung im Rahmen eines Gesamtkonzepts. Die auf dieser Basis ausgewählten Maßnahmen sollen wissenschaftlich fundiert sein. Der Erfolg der Maßnahmen wird im Rahmen einer Evaluation überprüft. Effektive⁵ und effiziente⁶ Maßnahmen werden anschließend nachhaltig im täglichen Arbeitsleben verankert (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER 2019, 39 ff.).

BGM-Akteur*innen

Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Unternehmensleitung das Konzept mitträgt. Zudem sollten alle beteiligten Gruppen in die Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen einbezogen werden (Teilhabe aller Beteiligten [Partizipation]; vgl. FRICZEWSKI 2017).

Abb.1: Grundlegende Handlungsansätze für ein gutes Betriebliches Gesundheitsmanagement (eigene Darstellung, in Anlehnung an MORSCHHÄUSER, SOCHERT 2007)



Zu den BGM-Akteur*innen gehören daher neben der Unternehmensleitung auch alle Beschäftigten (einschließlich der Beschäftigten in der Küche, im Hausmeisterbereich usw.), insbesondere jedoch die Vertreter*innen der jeweils im Blickpunkt stehenden Bereiche oder Abteilungen. Aber auch die Personalabteilung und – falls vorhanden – der Betriebsrat, die BGM-Fachkraft, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Betriebsarzt / die Betriebsärztin sollten in die Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen einbezogen werden. Weitere in- und externe Akteur*innen können bei Bedarf noch hinzukommen, wie z. B. Spezialist*innen aus den Bereichen Wissenschaft und Technik oder aus der Praxis, Vertreter*innen einer Krankenkasse, wenn BGM-Maßnahmen mit ihrer Unterstützung geplant werden oder auch Vertreter*innen der Stadtverwaltung, wenn Maßnahmen geplant sind, die auch das Umfeld der Einrichtung betreffen.

Handlungsansätze im Rahmen des BGM

Zu den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen eines guten Betrieblichen Gesundheitsmanagements gehören eine wertschätzende Unternehmenskultur und ein gutes, kooperatives Führungsverhalten. Charakteristisch für ein funktionierendes BGM ist eine ganzheitliche integrative Strategie, die ineinandergreifende Aktivitäten auf unterschiedlichen Handlungsebenen umfasst (Entwicklungsplanung). Da sich BGM-Maßnahmen stets an den im Unternehmen vorhandenen Bedingungen orientieren, können alle Bereiche des Unternehmens zu ihrem Ausgangspunkt werden (siehe Abb. 1). Hierzu gehören z. B. Arbeitsorganisation, Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung, Betriebliches (Wieder-)Eingliederungsmanagement (BEM) und Weiterbildung. Aber auch die Arbeitsmedizin und die Gefährdungsbeurteilung sowie ggf. im Untenehmen bereits vorhandene Gesundheitsprogramme können hier eine Rolle spielen.

Der Public Health Action Cycle als BGM-Grundlage

Maßnahmen im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden stets systematisch geplant und durchgeführt. Hierzu gehört auch eine klare Regelung der jeweiligen Zuständigkeiten. Im Rahmen der Planung werden verschiedene Werkzeuge des Projektmanagements genutzt, wie etwa die Fehlzeiten- und die Altersstrukturanalyse,

⁴ Ressourcen: Einflussfaktoren, die die Gesundheit eines Menschen fördern können.

⁵ Die Effektivität ist ein Maß für die Wirksamkeit einer Maßnahme. Sie beschreibt das Verhältnis von erreichtem Ergebnis zum zuvor definierten Ziel. Mit Hilfe dieser Maßangabe kann der Grad der Zielerreichung festgestellt werden.

⁶ Als Effizienz bezeichnet man den Wirkungsgrad einer Maßnahme. Hierzu setzt man Wirkung bzw. Nutzen ins Verhältnis zum betriebenen Aufwand.

die Mitarbeiter*innenbefragung und der Work Ability Index (Näheres dazu in HABERMANN-HORSTMEIER 2019). Grundlage der Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen ist der Public Health Action Cycle. Mit seiner Hilfe können gesundheitsassoziierte Probleme im Unternehmen identifiziert und die vorrangig zu behandelnden Probleme bestimmt werden (Priorisierung). Anschließend werden hierzu konkrete Ziele formuliert sowie nach passenden Strategien und Methoden gesucht, mit deren Hilfe man diese Ziele am besten erreichen kann. Es folgt die Umsetzung (Implementierung) der auf diese Weise vorbereiteten BGM-Maßnahmen. Idealerweise wird der ganze Prozess bereits während der Planung und Umsetzung überprüft und bewertet (Prozessevaluation). Ob die durchgeführten Maßnahmen ihr Ziel erreicht haben, kann dann im Rahmen einer Ergebnisevaluation festgestellt werden. Die so gewonnenen Erkenntnisse können erneut in den Prozess einfließen. Der Zvklus beginnt nun von vorne, entweder um den laufenden Prozess zu verbessern oder um neue Probleme zu definieren.

Risikofaktoren als BGM-Ansatzpunkte

Menschen sind in der Regel nicht nur entweder gesund oder krank. Es gibt zahllose Zwischenstufen, in denen sie sich mehr oder weniger krank bzw. gesund fühlen (Modell der Salutogenese nach ANTONOVSKY 1997). Der Grad der Gesundheit eines Menschen wird durch verschiedenste Faktoren beeinflusst. Diese Faktoren können vom menschlichen Organismus selbst ausgehen oder von den sozialen Beziehungen und ökologischen Umweltbedingungen, in denen er lebt. Es handelt sich dabei entweder um Schutzfaktoren (Ressourcen, protektive Faktoren), die die Gesundheit fördern, oder um Belastungsfaktoren, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen können. Faktoren, die die menschliche Gesundheit - alleine oder gemeinsam mit anderen Faktoren - beeinträchtigen können, nennt man auch Risikofaktoren. Da viele dieser Faktoren potenziell veränderbar sind, können sie Ansatzpunkte für BGM-Maßnahmen sein.

Die wichtigsten Risikofaktoren (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, EGGER & BOLLIGER-SALZMANN 2018) sind

- > Stress,
- > Bewegungsmangel,
- > ungesunde Ernährung,
- > Alkoholmissbrauch,
- > Tabakrauchen.

In der Arbeitswelt können z. B. auch Arbeitszeitmodelle zu Risikofaktoren

werden, wenn sie sich negativ auf die Gesundheit auswirken können (z. B. Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit). Im Folgenden werden die einzelnen Risikofaktoren näher betrachtet. Daneben nennt Tabelle 1 beispielhaft verschiedene BGM-Maßnahmen, die an den genannten Risikofaktoren ansetzen.

Stress

In den letzten Jahrzehnten hat die Bedeutung von Stress als Risikofaktor im Arbeitsbereich stark zugenommen. Negativer Stress entsteht durch ein Miss-

verhältnis zwischen den Anforderungen, die an eine Person gestellt werden, und den Möglichkeiten und Fähigkeiten dieser Person, die Anforderungen zu kontrollieren bzw. zu bewältigen (Coping). Als Stressfaktoren werden dabei innere und äußere Reize bezeichnet, die auf den Menschen einwirken und eine Anpassungsreaktion von ihm erfordern (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER 2017, 33 ff.). In der Arbeitswelt kommen zahlreiche äußere Faktoren vor, die zu Stressoren werden können (z. B. Lärm, Hitze, problematische Beziehungen zu Kolleg*innen/Vorgesetzten, Überforderung,

Tab.1: Beispiele für BGM-Maßnahmen

Risikofaktoren	Beispiele für BGM-Maßnahmen
Stress	 > genügend Personal > Arbeitsabläufe besser planen > Anweisungen klar formulieren > Arbeitsunterbrechungen verhindern > Regeln zur Kommunikation einführen > Arbeitsklima verbessern > Lärm am Arbeitsplatz vermeiden
Bewegungsmangel	 Integration von Bewegungsphasen in den Arbeitsablauf speziell ausgestattete Räume/Außenflächen für Bewegungspausen Anschluss der Einrichtung an das örtliche Fuß- und Radwegenetz, den ÖPNV; überdachte Fahrradständer regelmäßige Bewegungsangebote für Beschäftigte und ihre Familien (z. B. Wandern, Tanzen, Schwimmen)
Ungesunde Ernährung	 Kurse, die Wissen über gesunde Ernährung und ihre Zubereitung vermitteln; gemeinsames Zubereiten der Gerichte mehr gesunde Nahrungsmittel in der Kantine / am Kiosk keine XXL-Portionen; kein Verkauf von Soft- und Energy- drinks, von kalorien-, zucker- und fettreichen Snacks
Alkoholmissbrauch	 Arbeitsbedingte Risikofaktoren für Alkoholkonsum identifizieren (z. B. soziale Spannungen, schlechtes Betriebsklima, Mobbing, soziale Isolation, hoher Leistungs- und Zeitdruck) Aufklärungs- und Informationskampagnen Betriebsvereinbarung "Alkohol"
Rauchen	 > Betriebsvereinbarung "Rauchen" > kein Zigarettenautomat auf dem / in der Nähe des Betriebsgeländes, kein Verkauf von Tabakprodukten am Kiosk / in der Kantine > generelles Rauchverbot bzw. Rauchverbot in bestimmten Bereichen > Kurse zur Raucherentwöhnung
Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit	 > gesetzliche Vorschriften zu Länge/Häufigkeit von Nacht- und Wochenendarbeit einhalten > kurze Nachtschichtblöcke, keine Dauernachtschichten > ergonomisches Schichtsystem > regelmäßige betriebsärztliche Kontrollen

zu viel Arbeit, Zeitdruck, ständige Unterbrechungen, ungenaue Anweisungen, mangelnde Anerkennung). Hinzu kommen innere, persönlichkeitsbedingte Stressfaktoren wie ungenügende Problemlösungskompetenzen, Perfektionismus oder ein starkes Kontrollbedürfnis. Ob sich ein Mensch gestresst fühlt, hängt davon ab, wie er selbst die Situation be-

wertet. Stress entsteht vor allem in Situationen, in denen sich Menschen einer Situation hilflos ausgeliefert fühlen. Zu einem Gesundheitsproblem wird Stress, wenn er chronisch wird. Eine typische Stressfolgeerkrankung ist das *Burnout-Syndrom*. Aber auch Bluthochdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall können durch Stress (mit)verursacht werden.

Darüber hinaus beeinflusst chronischer Stress auch den Stoffwechsel, das Verdauungs- und das Immunsystem und kann die Lebenszeit verkürzen.

Bewegungsmangel

Viele Arbeiten werden heute im Sitzen, meist vor einem Bildschirm ausgeführt.

Umsetzung in die Praxis - ein Beispiel

Anhand des folgenden Beispiels wird eine typische Arbeitssituation in einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe näher betrachtet.

Aktuelle Situation in einer Behinderten-Wohneinrichtung

Seit Monaten gibt es erhebliche Personalprobleme. Täglich fehlen etwa 20 % der Betreuungskräfte wegen Krankheit. Die Anzahl der Fehlstunden steigt weiterhin an, zwei Betreuungskräfte sind langzeiterkrankt. Oft müssen Kolleg*innen kurzfristig für Erkrankte einspringen. Die Zahl an Überstunden und Wochenenddiensten bei Nicht-Erkrankten erhöht sich. Betreuungskräfte sind oft alleine für eine Wohngruppe zuständig (gilt z. T. auch für Auszubildende und fachfremde Kräfte). Sie sind stark gestresst und fühlen sich überlastet. Das Arbeitsklima verschlechtert sich, hinzu kommen Probleme mit der Einrichtungsleitung. Das schlechte Arbeitsklima wirkt sich zudem negativ auf die Situation der Bewohner*innen aus. Welche BGM-Maßnahmen können in diesem Fall ergriffen werden, um die gesundheitliche Situation der Beschäftigten dieser Einrichtung zu verbessen?

Einleitende BGM-Maßnahmen

Die Leitung der Einrichtung beruft eine Mitarbeiterversammlung ein, auf der die Problematik angesprochen und gemeinsam diskutiert wird. Anschließend erläutert die BGM-Fachkraft den Mitarbeiter*innen die Ideen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Rahmen eines Workshops. Ein Arbeitskreis "Arbeit und Gesundheit" wird eingerichtet mit folgenden den Akteur*innen: Einrichtungsleitung, Vertreter*innen der Betreuungskräfte aus den verschiedenen Wohngruppen, der Nachtwachen, der Tagesstruktur, der Verwaltung, dem Hausmeisterbereich und der Gemeinschaftsküche; ggf. auch offizielle Arbeitnehmer*innenvertretung, BGM-Fachkraft, Betriebsärztin / Betriebsarzt.

Erste Handlungsschritte des Arbeitskreises

Der Arbeitskreis beschließt eine Mitarbeiter*innen-Befragung durchzuführen / durchführen zu lassen, die die Probleme im Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit erfasst. Ein Fragebogen wird erarbeitet; es werden Fragen vermieden, die Rückschlüsse auf Personen zulassen. Nach der Auswertung werden die Ergebnisse der Belegschaft mitgeteilt. Der Arbeitskreis bespricht die Ergebnisse und stuft die Probleme nach Wichtigkeit ein. Zuerst sollen die gravierendsten Probleme angegangen werden. Es erfolgt eine Festlegung der Verantwortlichkeiten für die Planung, Umsetzung und Finanzierung der noch zu treffenden Maßnahmen. Die gefassten Beschlüsse werden schriftlich festgehalten.

Erarbeitung spezifischer BGM-Ziele im Rahmen eines Gesamtprogramms

Das Ziel des durch den Arbeitskreis erarbeiteten Gesamtprogramms ist es, die Bedingungen in der Einrichtung schrittweise so zu verbessern, dass sich dies positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt und es den Beschäftigten leichter fällt, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Der Arbeitskreis geht dabei folgendermaßen vor:

- Festlegung des Problems, das zuerst angegangen werden soll: Mangelhafte Arbeitszeitgestaltung (häufige Überstunden und Wochenenddienste, kurzfristiges Einspringen)
- > Finden von gesundheitsfördernden Strategien, die an den Ursachen des Problems ansetzen, z. B.
 - Bildung eines Pools aus sog. Springern, die kurzfristig für erkrankte Kolleg*innen einspringen (in Frage kommen z. B. Mitarbeiter*innen in Elternzeit, nicht berufstätige ehemalige Mitarbeiter*innen)
 - > Einstellung zusätzlicher Fachkräfte in der Betreuung
 - > Einbeziehung aller Betreuungskräfte in die Arbeitszeitplanung (Ziel: bessere Work-Life-Balance für alle)
 - > Regelmäßiger Austausch von Leitung und Beschäftigten zu aktuellen gesundheitsrelevanten Problemen

Die Mitglieder des Arbeitskreises gehen davon aus, dass sich die Maßnahmen auch positiv auf das Arbeitsklima und das Wohlbefinden der Bewohner*innen auswirken werden.

Umsetzung und Evaluation

Alle Mitarbeiter*innen werden über die geplanten Maßnahmen schriftlich informiert. Die Maßnahmen werden im nächsten halben Jahr zügig umgesetzt. Währenddessen werden die Mitarbeiter*innen jeweils schriftlich über die einzelnen, bereits erfolgten Schritte informiert. Es wird eine Evaluation durchgeführt: Mitarbeiter*innen im Betreuungsbereich werden vor Beginn der Umsetzung, nach einem viertel und nach einem halben Jahr zu Problemen bei der Arbeitszeitgestaltung und deren Auswirkungen befragt, sodass Verbesserungen/Verschlechterungen der Situation festgestellt werden können. Diese Ergebnisse fließen in die Tätigkeit des Arbeitskreises ein. Erfolgreiche Maßnahmen werden verstetigt, d. h. langfristig in den normalen Arbeitsalltag integriert.

Die Maßnahmen in diesem Beispiel machen deutlich, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement jeweils die Situation vor Ort und die Bedürfnisse der dort Beschäftigten einbezieht. In einer anderen Umgebung und mit anderen Beschäftigten könnten sie auch deutlich anders aussehen. Es zeigt auch, dass es in solchen Fällen auf längere Sicht hin weniger sinnvoll ist, Maßnahmen des Stressmanagements und Entspannungsmaßnahmen auszuwählen, da vor allem die Entspannungsmaßnahmen nicht an den Ursachen der Probleme ansetzen und das Stressgefühl bei den Betroffenen meist nur kurzfristig mindern.

Wenn Menschen sich dann auch in ihrer Freizeit wenig bewegen, kommt es zu einem chronischen Mangel an körperlicher Betätigung. Dies kann verschiedene pathophysiologische Prozesse im Körper auslösen, die die Basis für Folgeerkrankungen wie Muskelabbau, muskuläre Verspannungen, Osteoporose, Verdauungsprobleme usw. werden. Darüber hinaus kann ein Bewegungsmangel auch zu Bluthochdruck und Übergewicht (mit den entsprechenden Folgeerkrankungen) führen und die Psyche negativ beeinflussen.

Ungesunde Ernährung

Überernährung ist nicht nur in Deutschland ein gravierendes Problem. Wenn der Körper mehr Energie in Form von Nahrung aufnimmt als er benötigt, nimmt das Körpergewicht zu. Die Ursachen hierfür liegen u. a. im Konsum zu großer Mengen zucker- und fettreicher Nahrungsmittel und Getränke. Krankhaft erhöhtes Körpergewicht (Adipositas) kann zu zahlreichen Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Typ-2-Diabetes und Arthrose führen. Stark übergewichtige Menschen haben auch im Berufsleben oft Probleme. Sie sind nicht selten in ihrer täglichen Arbeit eingeschränkt, fallen häufiger aufgrund von Folgeerkrankungen aus und haben ein höheres Risiko, krankheitsbedingt früher in Rente zu gehen.

Alkoholmissbrauch

Alkohol gehört weltweit zu den zehn schädlichsten Drogen. In Deutschland trinkt jeder Einwohner über 14 Jahre im Durchschnitt 11,0 l reinen Alkohol pro Jahr (vgl. OECD 2017, 72 f.), 18,2 % der Männer und 13,8 % der Frauen zeigen einen riskanten Alkoholkonsum. Bereits der regelmäßige Konsum von mehr als 100 g reinen Alkohols pro Woche kann das Leben der Konsumenten erheblich verkürzen (vgl. WOOD et al. 2018, 1520). Zu den Folgen des chronischen Alkohol-Konsums gehören neben der möglichen Abhängigkeit auch körperliche Schäden (Fettleber, Leberzirrhose, Bluthochdruck, Herzmuskelerkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hirnschädigungen bis hin zur Demenzusw.) und negative Auswirkungen auf die Familie und die Gesellschaft. Alkoholkonsum während der Arbeit kann die Leistungsfähigkeit von Betroffenen stark einschränken und zu einer erhöhten Unfallgefahr führen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014, 4).

Rauchen

Durch das Rauchen entsteht meist sehr schnell ein Abhängigkeitsverhalten. Darüber hinaus ist Rauchen einer der größten Risikofaktoren für die Entstehung von chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen und bösartigen Tumoren (v. a. Lungenkrebs). Weltweit sterben jährlich mehr als 7 Mio. Menschen durch aktives Tabakrauchen und schätzungsweise weitere 1,2 Mio. Menschen

BGM-Maßnahmen in Zeiten der Corona-Pandemie

In Zeiten der COVID-19-Pandemie steht das Betriebliche Gesundheitsmanagement in den Einrichtungen der Behindertenhilfe vor ganz besonderen Aufgaben. Ziel ist es, Beschäftigte und Menschen mit Behinderung in Einrichtungen und im ambulant betreuten Bereich vor einer Ansteckung zu schützen, bis ein Impfstoff vorhanden ist. Zudem müssen die Beschäftigten angesichts der neuen, vielfältigen Aufgaben und des zusätzlichen Arbeitsvolumens vor körperlicher und psychischer Überlastung geschützt werden (HABERMANN-HORSTMEIER 2020).

BGM-Maßnahmen für den Risikofaktor "Infektionsgefahr"

- > Bereitstellen von genügend Schutzkleidung, medizinischen Schutzmasken, Desinfektionsmitteln, Seife über einen längeren Zeitraum
- > (Online-)Schulungen für die Beschäftigten in den Behinderteneinrichtungen zur Übertragbarkeit des Coronavirus SARS-CoV-2 und der korrekten Anwendung der Schutzmaßnahmen
- > (Online-)Schulungen zum Händewaschen und Abstandhalten in leichter Sprache für Menschen mit geistiger Behinderung; regelmäßiges gemeinsames Händewaschen als Ritual einführen
- > Beschränkung der Kontakte der Betreuungskräfte außerhalb der Einrichtung auf den engsten Familienkreis (hierbei besondere Vorsicht bei Betreuungskräften mit kleineren Kindern); Regeln zur Kommunikation einführen
- > Frühzeitiges Testen bei Verdachtsfällen (leichtes Krankheitsgefühl, leichter Husten, erhöhte Körpertemperatur) und sofortige Anordnung von Quarantänemaßnahmen, bis ein negatives Testergebnis vorliegt
- > Besondere Vorsicht bei den Risikogruppen (ältere Mitarbeiter*innen, Mitarbeiter*innen mit Vorerkrankungen wie chronischen Atemwegsinfekten, Herzerkrankungen, Störungen des Immunsystems/rheumatischen Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus)
- > Falls genügend Testmaterial vorliegt: Testung der Mitarbeiter*innen und der Menschen mit Behinderung in regelmäßigen Abständen

BGM-Maßnahmen für den Risikofaktor "Stress"

- > Ausreichend Personal, um die zusätzlichen Aufgaben zu bewältigen!
- > Ggf. zusätzliches Personal aus Werkstätten / Tagesstrukturen einsetzen, deren Einrichtungen derzeit geschlossen sind
- > Ggf. zusätzliche Hilfskräfte aus den Freiwilligendiensten anfordern, die derzeit in ihrem Bereich nicht eingesetzt werden
- In schweren Notsituationen (z. B. beim Ausfall weiter Teile der Belegschaft) kann auch die Hilfe der Bundeswehr im Rahmen des Amtshilfeverfahrens angefordert werden
- > Einhalten der maximalen Arbeitszeiten bei den einzelnen Beschäftigten, ausreichend Pausen in separaten Räumlichkeiten ermöglichen
- Regelmäßige Gespräche und Austausch im Team und mit den Leitungskräften (unter Einhaltung der Hygieneregeln oder virtuell)
- > (Virtueller) Austausch mit anderen Einrichtungen in ähnlicher Situation: Wie geht es den Beschäftigten und Menschen mit Behinderung dort? Wie machen die das? Was können wir von ihnen lernen?)
- > Für schöne Momente im Tagesablauf sorgen: gemeinsame Rituale für einen schönen Start in den Tag finden, singen und musizieren, die Räumlichkeiten schmücken, Feste im Jahresverlauf in kleinen Gruppen weiterhin begehen, in Grünanlagen / in die Natur gehen (unter Berücksichtigung der max. Personenzahl, der Abstandsund Hygieneregeln)
- Ängste bei den Beschäftigten durch Gesprächsangebote auffangen: die Angst, (1) die Infektion in die Einrichtung einzuschleppen, (2) selbst zu erkranken, (3) vor dem ersten Infektionsfall in der Einrichtung, (4) dass die Pandemie noch lange anhält und die eigenen Kräfte nicht ausreichen
- Kontakt zu psychologischen / sozialpsychologischen Diensten aufnehmen, um kontinuierlich und in besonderen Fällen Unterstützungsangebote einzuholen, ggf. regelmäßige (video-)telefonische Kontakte

an den Folgen des Passivrauchens. Raucher sterben im Durchschnitt etwa drei Jahre früher als Nichtraucher (vgl. WHO 2019). In Deutschland rauchen durchschnittlich 25 bis 29 % der erwachsenen Bevölkerung. Der Anteil der Raucher*innen ist in den Pflegeberufen besonders hoch (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum 2015, 46).

Schicht-, Nachtund Wochenendarbeit

Es handelt sich bei der Schichtarbeit um verschiedene Arbeitsmodelle, die nicht dem üblichen 8-Stunden-Tag entsprechen (z. B. Nacht- und Wechselschichten, unregelmäßige Arbeitszeiten). Sie stellen für die Betroffenen eine besondere Belastung dar und führen zu einem höheren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verdauungsprobleme, Schlafstörungen, Adipositas, Typ-2-Diabetes, Depressionen usw. Hinzu können vor allem bei der Nachtarbeit Schlafprobleme und kognitive Einschränkungen ("Denkstörungen") kommen. Aufgrund der eingeschränkten Aufmerksamkeit steigt die Unfallgefahr. Längerfristige Schichtarbeit kann mit einem ungesunden Ernährungsrhythmus und ungesundem Freizeit- und Bewegungsverhalten einhergehen und zu einer Störung der sozialen Beziehungen führen. Die gesundheitlichen Probleme nehmen bei den betroffenen Arbeitskräften mit dem Alter deutlich zu.

Kosten und Nutzen des BGM

Viele Führungskräfte in den Unternehmen gehen davon aus, dass ein Betriebliches Gesundheitsmanagement sehr kosten- und zeitintensiv ist und zögern deshalb mit der Einführung. Dies liegt u. a. daran, dass entsprechendes Wissen fehlt und falsche Vorstellungen weit verbreitet sind. Viele verstehen unter einem BGM vor allem verhaltensorientierte Gesundheitsprogramme (etwa zu Ernährung, Bewegung und Stress), die man – oft überteuert und ohne konkreten Bezug zur Situation vor Ort - bei entsprechenden Institutionen einkaufen kann. Doch ein gutes BGM geht weit darüber hinaus. Es gibt viele BGM-Maßnahmen, die ohne größeren zeitlichen und finanziellen Aufwand umgesetzt werden können. Andere Maßnahmen kosten vor allem Zeit - und damit indirekt auch mehr Geld für Personal. Natürlich gibt es aber auch Maßnahmen, für die genügend Geld bereitgestellt werden muss (z. B. für Umbaumaßnahmen). Daher sollten solche Maßnahmen möglichst von vornherein mitgedacht werden (z. B. bei der Planung eines Arbeitsbereichs oder bei der Einrichtung eines Raums). Auf diese Weise können auf längere Sicht Kosten gespart werden. Maßnahmen, die den Arbeitsbereich so umgestalten, dass gesundheitsbewusstes Verhalten leichter möglich ist, sind in der Regel wesentlich wirksamer und oft auch effizienter als kurzfristig durchgeführte Programme, die nur auf eine Verhaltensänderung der Beschäftigten abzielen. Hinzu kommt, dass BGM-Maßnahmen nicht nur aus gesundheitlicher, sondern oft auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht bzw. aus Umweltgesichtspunkten sinnvoll sein können (vgl. BÖDEKER 2017, 265 f.). Bereits bei der Planung von BGM-Maßnahmen ist eine klare Regelung hinsichtlich der Kostenübernahme nötig. Nach dem Präventionsgesetz (§ 20a SGB V) können die gesetzlichen Krankenkassen die Einrichtungen dabei finanziell unterstützen.

In den nächsten Jahren wird der demografische Wandel dazu führen. dass die Zahl der älteren Mitarbeiter*innen in der Behindertenarbeit weiter ansteigt. Da zudem bereits ein z. T. erheblicher Fachkräftemangel besteht, liegt es im Interesse der Einrichtungen, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen und damit jungen Nachwuchskräften ebenso wie älteren Mitarbeiter*innen gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen anzubieten, die es ihnen erlauben, möglichst lange und gesund im Arbeitsleben zu verbleiben. Um wirksam zu sein, müssen diese Bedingungen immer wieder an sich ändernde Situation in den Einrichtungen und an die älter werdenden Belegschaften angepasst werden. Insbesondere die Leitungskräfte in den Einrichtungen sind nun gefordert, diesen Prozess anzustoßen.

LITERATUR

Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt. **BÖDEKER, Wolfgang** (2017): Lohnt sich Betriebliche Gesundheitsför-

ANTONOVSKY, Aaron (1997):

derung? Ökonomische Indikatoren und Effizienzanalysen. In: Faller, Gudrun (Hg): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe, 263–270.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2014):

Alkohol am Arbeitsplatz. Die Auswirkungen von Alkoholkonsum. DHS Factsheet. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Stand: Dezember 2014.

Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) (2015): Tabakatlas Deutschland 2015 – Auf einen Blick. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

Europäisches Netzwerk

für betriebliche Gesundheitsförderung (1997): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.

FRICZEWSKI, Franz (2017): Partizipation

im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In: Faller, Gudrun (Hg): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe, 243–252.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte (2017a): Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hogrefe HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte (2017b): Risikofaktor "Stress". Bern:

Hogrefe.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte (2018a): Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen – zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: Hogrefe.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte (2018b): Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit. Bern: Hogrefe.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte (2019): Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Bern: Hogrefe.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte (2020): Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Corona-Pandemie. Ergänzungskapitel zu HABER-MANN-HORSTMEIER, Lotte (2018a): Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen – zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: Hogrefe; kostenloser Download voraussichtlich ab Mitte Juni 2020 über die Homepage des Hogrefe Verlages möglich.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; BÜHRER, Stefanie (2014): Arbeiten in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen in Deutschland. Eine Studie zur Arbeitssituation von Betreuungskräften aus Sicht der Wohneinrichtungen. Villingen-Schwenningen: Petaurus.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; BÜHRER, Stefanie (2015): Welche Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung bieten Behinderten-Wohneinrichtungen ihrem Betreuungspersonal an? – Ergebnisse einer Untersuchung in Südbaden. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 50 (5), 362–370.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; EGGER, Matthias; BOLLIGER-SALZ-MANN, Heinz (2018): Risikofaktoren. In: Egger, Matthias et al. (Hg): Public Health Kompakt. Berlin: De Gruyter, 182–196. HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte;

HORSTMEIER, Lukas M. (2019): Auswirkungen der Arbeitssituation in Behindertenwohneinrichtungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bewohner/-innen aus Sicht der Betreuungskräfte. Vortrag auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2019. TU Berlin,

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira (2016a): Arbeitsklima in Behinderten-Wohneinrichtungen in Deutschland. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 51 (1), 50–63.

14./15. März 2019

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte;

LIMBECK, Kira (2016b): Arbeitsbelastung: Welchen Belastungen sind die Beschäftigten in der Behindertenbetreuung ausgesetzt? In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 51 (7) 517–525.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira (2016c): Krank zur Arbeit. Gesundheitssituation von Beteuern in Behinderteneinrichtungen. In: Heilberufe-SCIENCE 7 (1), 25–39.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira (2017): Burnout-Gefährdung in der Behindertenarbeit. Subjektive Einschätzungen der Beschäftigten geben Hinweise. In: Prävention und Gesundheitsförderung 12 (1), 27–40.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira (2018): Einflussfaktoren auf die Arbeitsbelastung in der stationären Behindertenhilfe. In: Das Gesundheitswesen 80 (5), 433–443.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIPPKE, Sonia (2019): Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundärund Tertiärprävention. In: Tiemann, Michael; Mohokum, Melvin (Hg): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege-Therapie-Gesundheit. Heidelberg: Springer.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; SCHMID, Klaus; PLETSCHER, Claudia; KLIEN, Christine (2018): Arbeit und Gesundheit. In: Egger, Matthias et al. (Hg): Public Health Kompakt. Berlin: De Gruyter, 317–362.

MORSCHHÄUSER, Martina; SOCHERT, Reinhold (2007): Beschäftigungsfähigkeit erhalten. Strategien und Instrumente für ein langes gesundes Arbeitsleben. Essen: BKK Bundesverband.

OECD (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (abgerufen am 25.02.2020). RICHTER, Matthias; ROSENBROCK, Rolf (2018): Sinnvolle Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: Egger, Matthias et al. (Hg): Public Health Kompakt. Berlin: De Gruyter, 175–176. WEINKOPF, Claudia; HIEMING, Bettina; MESAROS, Leila (2009):

Prekäre Beschäftigung. Expertise für die SPD-Landtagsfraktion NRW. Duisburg: Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

WHO (2019): Tobacco. www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/tobacco (abgerufen am 25.02.2020):

WOOD, Angela M. et al. (2018): Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data on 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. In: The Lancet 391 (10129): 1513–1523.

i

Die Autorin:

Dr. med. Lotte Habermann-Horstmeier

Leiterin des Villingen Institute of Public Health (VIPH) an der Steinbeis+Akademie, Steinbeis-Hochschule Holding GmbH



Habermann-Horstmeier@viph-steinbeis-hs.de

Anzeige

Aus dem Lebenshilfe-Verlag

Wolfgang Hinte, Oliver Marco Pohl (Hrsg.)

Der Norden geht voran

Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe im Landkreis Nordfriesland

1. Auflage 2018, 17 x 24 cm, broschiert, 160 Seiten ISBN: 978-3-88617-326-6; Bestellnummer LBS 326 15,– Euro [D]; 18.– sFr.

Vermittelt aus unterschiedlichen Perspektiven Eindrücke über verschiedene Facetten sowohl des Prozesses der Entwicklung der kommunalen Landschaft in Nordfriesland als auch der Strukturen, Finanzierungsformen und Abläufe, die den Rahmen bilden für die Arbeit in der EGH im Landkreis Nordfriesland. Akteure aus dem Landkreis beschreiben die Essentials des Projekts und ziehen ein Zwischenresümee. Inhaltlich gerahmt durch einen Fachbeitrag von Wolfgang Hinte, der die leitenden Fachprinzipien darstellt.



Jonas Kabsch (Hrsg.)

Lebens Alter

Zu Kooperationen zwischen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe

1. Auflage 2018, 256 Seiten, Broschur 16,5 x 24 cm ISBN 978-3-88617-570-3, Bestellnummer LED 570 25,– Euro [D]; 31.– sFr.

Die bessere medizinische und pflegerische Versorgung führt zu einer deutlich längeren Lebenserwartung der Menschen mit Behinderung. Dafür werden umfassend ineinandergreifende flexible Konzepte benötigt: Eine adäquate Betreuung und Unterstützung für älter werdende Menschen mit Behinderung, die an ihre bestehende Lebenswelt und die darin erlebten Dimensionen anknüpft und die individuellen Wünsche und Vorstellungen eines gelingenderen Lebensabends Realität werden lässt. Das Ergebnis des Projekts >Lebens 🖒 Alter« ist ein konkretes Handlungskonzept für die Praxis.









Gianna Cannizzaro

Rüdiger Hartmann

Hans Oliva

Selbstvertretung von Werkstatträten in NRW – ausgewählte Ergebnisse eines Modellprojekts

I Teilhabe 2/2020, Jg. 59, S. 64 – 67

I KURZFASSUNG Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Das Modellprojekt "Selbstvertretung von Werkstatträten in NRW" (2016 bis 2019) verfolgte das Ziel, Rahmenbedingungen sowie die Umsetzung von Partizipation und Selbstbeteiligung von Werkstatträten zu erfassen. Im Rahmen des Projekts bearbeiteten fünf Werkstatträte jeweils eine für sie relevante Fragestellung. Anhand der Ergebnisse konnten übergreifende Faktoren ermittelt werden, die sich positiv auf die selbstbestimmte Arbeit der Werkstatträte und ihrer Vertrauenspersonen sowie die Zusammenarbeit mit Werkstattleitung auswirken.

I ABSTRACT Self-determination of People with Disabilities in Sheltered Workshops—Selected Results of a Model Project. Self-determination of people with disabilities is becoming increasingly important. The model project "Self-Representation of Werkstatträte (works council for disabled people working in sheltered workshops) in North Rhine-West-phalia" (2016 to 2019) pursued the goal of recording the conditions and the implementation of self-participation of the Werkstatträte. Within the framework of the project, five Werkstatträte worked on a question relevant to them. On the basis of the results, overarching factors that have a positive effect on the self-determined work of the Werkstatträte and their persons of trust as well as the cooperation with the management board were identified.

Ausgangssituation

Werkstatträte haben die Interessenvertretung der Beschäftigten in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) zur Aufgabe. Insbesondere achten sie darauf, dass Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen im Sinne der Beschäftigten eingehalten werden. Zudem nehmen sie Anregungen oder Beschwerden der Beschäftigten entgegen, prüfen diese und beantragen ggf. entsprechende Maßnahmen bei der Werkstatt. Die Anzahl der Mitglieder eines Werkstattrats richtet sich nach der Größe der Werkstatt und variiert zwischen minimal drei und maximal 13 Mitgliedern. Gewählt wird der Werkstattrat von allen

Werkstattbeschäftigten, die keine Arbeitnehmer*innen sind. Seine Amtszeit beträgt vier Jahre. Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen bedürfen in Werkstätten für behinderte Menschen angemessener Rahmenbedingungen. In der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO), die am 1. Juli 2001 in Kraft trat, wurden die Mitwirkung von Menschen mit Behinderungen in Werkstätten umfassend geregelt sowie die Zusammensetzung und Aufgaben des Werkstattrats detailliert beschrieben. Der Werkstattrat vertritt demnach die Interessen der Werkstattbeschäftigten, u. a. gegenüber der Werkstattleitung.

Im Zuge der Verabschiedung des BTHG wurde die WMVO¹ erstmals reformiert: Mit der zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Neufassung sollen die Werkstatträte in ihrer Position gestärkt werden, insbesondere durch neue Mitbestimmungsrechte und die Einführung der Frauenbeauftragten (§§ 39a-39c WMVO). Ein Ziel der WMVO bleibt es, dass der Werkstattrat soweit wie möglich mit den gleichen Rechten gegenüber der Werkstatt ausgestattet wird, die auch Mitarbeiter*innenvertretungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besitzen (Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. 2018). Bislang besitzen behinderte Beschäftigte in einer WfbM einen arbeitnehmerähnlichen Status.

Neben den Bestimmungen zur Mitwirkung der Werkstatträte in Werkstattangelegenheiten wurde die WMVO um neue Mitbestimmungsrechte für die Beschäftigten (§ 5 WMVO) ergänzt. Um beispielsweise die Mitwirkung der Werkstatträte bei der "Darstellung und Verwendung" des Arbeitsergebnisses zu erleichtern, sollen diesen laut Neufassung "wirtschaftliche und finanzielle Verhältnisse auch in leichter Sprache" vorgelegt werden. Mitbestimmungsrechte bestehen gemäß § 5 WMVO in folgenden Bereichen:

- "Ordnung und Verhalten der Werkstattbeschäftigten im Arbeitsbereich [...],
- > Beginn und Ende der täglichen Beschäftigungszeit [...],
- Arbeitsentgelte, insbesondere Aufstellung und Änderung von Entlohnungsgrundsätzen [...],
- > Grundsätze für den Urlaubsplan,
- Verpflegung,
- > Einführung und Anwendung technischer Einrichtungen, die dazu bestimmt sind, das Verhalten oder die Leistung der Werkstattbeschäftigten zu überwachen,
- Grundsätze für die Fort- und Weiterbildung,
- > Gestaltung von Sanitär- und Aufenthaltsräumen und
- > soziale Aktivitäten der Werkstattbeschäftigten."

Bestehen in Angelegenheiten der Mitwirkung Meinungsverschiedenheiten zwischen Werkstattleitung und dem Werkstattrat, so obliegt die endgültige Entscheidung der Werkstatt. Angelegenheiten der Mitbestimmung entscheiden Werkstattrat und Werkstattleitung grund-

sätzlich gemeinsam. Kann kein Konsens zwischen diesen beiden Akteuren erzielt werden, können beide Seiten die Vermittlungsstelle² hinzuziehen.

Ziele und Aufgaben des Modellprojekts

Das Modellprojekt "Partizipation und Selbstbeteiligung von behinderten Beschäftigten im arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis" (Kurzname: "Selbstvertretung von Werkstatträten in NRW") wurde von 2016 bis 2019 in Nordrhein-Westfalen durchgeführt.³ Mit dem Projekt wurde u. a. das Ziel verfolgt, Rahmenbedingungen und "Umsetzungsgrad" von Partizipation und Selbstbeteiligung der Werkstatträte zu erfassen. Dazu wurde eine Ist-Analyse durchgeführt, die sowohl die organisatorischen Rahmenbedingungen als auch die Arbeitsweise und Erfahrungen der Werkstatträte ermittelt.

In der dreijährigen Projektlaufzeit wurde den am Modellprojekt teilnehmenden Werkstatträten die Möglichkeit gegeben, ein für sie relevantes Thema bezüglich ihrer Werkstattratsarbeit vertieft zu bearbeiten und sich durch gezielte Aktivitäten im Bereich Öffentlichkeitsarbeit in der Werkstatt bekannter zu machen.

Eine Projektkoordination übernahm die Organisation von Austauschtreffen und hat die Werkstatträte bei der Bearbeitung der ausgewählten Themen unterstützt. Einige Projektergebnisse sind in einen Ratgeber für Werkstatt-Räte (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe 2019) eingeflossen, in dem unterschiedliche Themen aus der Arbeit von Werkstatträten ausführlich dargestellt werden. Der Ratgeber ist kostenlos auf der Internetseite der Diakonie RWL abrufbar. Er soll Werkstatträte bundesweit bei der Arbeit unterstützen und ihnen Anregungen und Ideen vermitteln. Hinweise darauf, wie hilfreich ein solcher Ratgeber für Werkstatträte sein kann, liefert eine Untersuchung aus dem Jahr 2018. So wurde festgestellt, dass Erfahrungen und Beispiele von anderen Werkstatträten für Werkstatträte hilfreich und ideengebend sein können (vgl. SCHACHLER 2018).

Wissenschaftliche Begleitung und Projektverlauf

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts wurde von der FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH – durchgeführt. Es wurde ein Evaluationsansatz umgesetzt, mit dem sowohl Strukturen und Prozesse als auch die Wirkungen bestimmter Aktivitäten erfasst werden konnten (formative und summative Evaluation). Zum einen wurde evaluierend im Sinne des Nachzeichnens der Projektumsetzung vorgegangen und zum anderen eine handlungsorientierte Begleitung durchgeführt. Im Projektverlauf wurden regelmäßig Zwischenergebnisse an alle Beteiligten zurückgemeldet.

Die Evaluation fokussierte und analysierte die Sichtweisen insbesondere folgender Akteurs-Gruppen: Vorsitz, Stellvertretung sowie weitere Mitglieder der Werkstatträte, Vertrauenspersonen der Werkstatträte, (Vertreter*innen der) Geschäftsleitung sowie Vertreter*innen der Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstatträte. Dazu wurden zu Beginn und am Ende der Projektlaufzeit leitfadengestützte Einzel- und Gruppengespräche in den teilnehmenden Werkstätten durchgeführt, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

Umgesetzt wurde das Projekt in drei Phasen: Eine *Initiierungsphase* diente dem Kontaktaufbau zwischen den Projektbeteiligten und der Konkretisierung sowohl der Projektinhalte als auch des Verlaufs. In dieser Phase wurde aus den zahlreichen Bewerbungen eine Auswahl von fünf WfbM mit ihren Werkstatträten getroffen.

Zu Beginn der *Durchführungsphase* stellte eine Bestandsaufnahme der Arbeit der Werkstatträte den zentralen Arbeitsschritt dar. Die Ist-Analyse zielte dabei auf die Erfassung der (organisatorischen und personellen) Rahmenbedingungen sowie auf die Arbeitsweise, vordringliche Themen und Erfahrungen der Werkstatträte im Hinblick auf Fragen der Mitwirkung und Mitbestimmung ab. Daraufhin wurden die Themen- bzw. Aufgabenbereiche abgestimmt, die die Werkstatträte im Projektverlauf vertieft bearbeiteten.

In der *Abschlussphase* wurden die aus dem Modellprojekt gewonnenen Ergebnisse in einem Abschlussbericht verschriftlicht (HARTMANN, OLIVIA & CANNIZZARO 2019) sowie der Ratgeber für Werkstatträte (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe 2019) fertiggestellt und veröffentlicht.

Ausgewählte Ergebnisse des Modellprojekts

Die Befragungsergebnisse⁴ verdeutlichen, dass strukturelle Rahmenbedingungen bedeutsam sind, damit Werkstatträte ihre Aufgaben angemessen erfüllen können. So stellen beispielsweise eigene Räumlichkeiten und eine angemessene sächliche Ausstattung (z. B. Laptops, personalisierte E-Mail-Adressen, Telefone und/oder Diensthandys) eine grundlegende Voraussetzung für die Arbeit der Werkstatträte dar. Eine Freistellung von der Arbeit für die Werkstattratsvorsitzenden (und ggf. auch für deren Vertretung) und für die vom Werkstattrat ausgewählte Vertrauensperson ist ebenfalls wichtig.

Anknüpfend an die Analyse des Ist-Stands wählten die am Modellprojekt beteiligten Werkstatträte die nachfolgenden Fragestellungen für eine vertiefte Bearbeitung aus:

- > Wie bearbeitet der Werkstattrat eine neue Anfrage der Werkstattbeschäftigten?
- > Wie bereitet der Werkstattrat die Freistellung der Vertrauensperson vor?
- > Wie lässt sich eine (gute) Zusammenarbeit des Werkstattrats mit der (Werkstatt)Leitung gestalten?
- > Wie kann der Werkstattrat sich bekannter machen?
- In welcher Form lässt sich die Teilnahme des Werkstattrats an Bewerbungsgesprächen des Fachpersonals realisieren?

Jeder Werkstattrat hat jeweils eine spezifische Fragestellung bearbeitet. Die dafür gewählten Vorgehensweisen sowie Ergebnisse werden im Folgenden kurz skizziert.

Bearbeitung einer neuen Anfrage durch den Werkstattrat

Nach Darstellung der fünf beteiligten Werkstatträte hat ihr Arbeitsumfang in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dies gilt nicht zuletzt auch für die Zahl der Anfragen von Werkstattbeschäftigten, die sich mit persönlichen Fragen bzw. Problemen an den Werkstattrat wenden.

Daher setzte sich ein Werkstattrat im Rahmen des Modellprojekts vertieft mit der Frage auseinander, wie Anfragen der

² Die Vermittlungsstelle besteht gemäß WMVO aus einem unparteiischen Vorsitz, auf den sich Werkstattrat und Werkstatt einigen müssen. Zudem benennen sowohl Werkstattrat als auch Werkstatt jeweils eine*n Beisitzende*n. Können sich Werkstattrat und Werkstatt nicht einigen, obliegt die endgültige Entscheidung der Vermittlungsstelle.

³ Das Projekt wurde von der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen (LAG FW NRW), unter Federführung des Diakonischen Werks Rheinland-Westfalen-Lippe e. V., konzipiert und von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert.

⁴ Die ausgewählten Befragungsergebnisse basieren auf den Angaben und Aussagen der befragten Werkstatträte und der Vertrauenspersonen.

Werkstattbeschäftigten zügig(er) und zielgerichteter bearbeitet werden können. Dabei ist es für die beteiligten Werkstatträte grundsätzlich wichtig, alle Anfragen angemessen und, wenn möglich, zeitnah zu beantworten.

Um die verschiedenen Arbeitsschritte beim Umgang und Ablauf mit Anfragen übersichtlicher zu gestalten, hat der dieses Thema bearbeitende Werkstattrat eine Checkliste entwickelt. Auf dieser Liste kann der Werkstattrat die jeweiligen Anliegen dokumentieren und die Zuständigkeit eines Werkstattratsmitglieds eintragen. Zudem kann er festhalten, ob das Anliegen bekannt ist, wer darüber Bescheid weiß und was ggf. bereits unternommen wurde. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Klärung, ob das Anliegen in den Zuständigkeitsbereich des Werkstattrats fällt. Nachdem der Werkstattrat sich ein eigenes Bild von der Situation gemacht hat, kann ein Lösungsvorschlag entwickelt werden. Damit kann sich der Werkstattrat anschließend an die jeweiligen Ansprechpartner*innen wenden. Auch sollte der Werkstattrat sich erkundigen, ob das Anliegen bearbeitet werden konnte oder nicht. Die Checkliste wurde in einfacher Sprache verfasst, sodass sie von jedem Mitglied des Werkstattrats genutzt werden konnte.

Vorbereitung der Freistellung der Vertrauensperson durch den Wertstattrat

Damit der Werkstattrat seine Aufgaben angemessen umsetzen kann, bedarf es oft der Unterstützung durch eine Vertrauensperson. Sie wird vom Werkstattrat, in der Regel aus den Reihen des Fachpersonals, ausgewählt. Eine Vertrauensperson kann dem Werkstattrat als "helfende Hand" dienen bzw. eine Beratungs- und Assistenzfunktion wahrnehmen, möglichst ohne den Werkstattrat zu beeinflussen. Für die Zusammenarbeit sollte der Vertrauensperson ausreichend Zeit zur Verfügung stehen.

Wie die Bestandsaufnahme verdeutlicht, fallen die Regelungen zur Freistellung von Vertrauenspersonen in den am Projekt beteiligten Werkstätten unterschiedlich aus. Sie reichen von festen verbindlichen Freistellungen (z. B. bis zu 50 % der Arbeitszeit) bis zu eher unverbindlichen Regelungen der Freistellungen bei Bedarf oder nach Absprache.

Um den Bedarf bzw. die Notwendigkeit nach einer verbindlichen Regelung der Freistellung der Vertrauensperson bei der Geschäftsleitung begründen zu können, entwickelte ein Werkstattrat ein Konzept, um den Bedarf nach Freistellung der Vertrauensperson zu ermitteln. Demnach sollten Werkstattrat und Vertrauensperson gemeinsam schriftlich dokumentieren, bei welchen Aufgaben der Werkstattrat die Unterstützung der Vertrauensperson benötigt (z. B. bei der Vorbereitung und Durchführung von Sitzungen des Werkstattrats bzw. bei Gesprächen mit der Geschäftsleitung) und wie viel Zeit die Erledigung dieser Aufgaben erfordert. Übergreifendes Ziel dieser Überlegungen war die Erstellung einer vollständigen Liste der Aufgaben und Zeiten, um empirisch festzustellen, wieviel Stunden die Vertrauensperson für die Unterstützung des Werkstattrats im Monat benötigt.

Die Gespräche über die Freistellung der Vertrauensperson wurden protokolliert und ausgewertet, um auf dieser empirischen Basis eine verbindliche Regelung zur Freistellung der Vertrauensperson zu erreichen und diese in einer Vereinbarung mit der Geschäfts- bzw. Werkstattleitung schriftlich zu regeln.

(Gute) Zusammenarbeit des Werkstattrats mit der Leitung

Ein weiteres Thema, das durch einen Werkstattrat bearbeitet wurde, betraf die Kommunikation und Kooperation zwischen Werkstattrat und Geschäftsführung bzw. Werkstattleitung.

Erfahrungen der fünf befragten Werkstatträte verdeutlichen, dass die Zusammenarbeit zwischen Werkstattrat und Geschäftsführung bzw. Werkstattleitung sehr unterschiedlich verlaufen kann. Wenn ein Werkstattrat beispielsweise die Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung verbessern möchte, sollten letztlich bestimmte Voraussetzungen beachtet bzw. erfüllt werden.

Wie das Modellprojekt gezeigt hat, stellen sowohl eine feste Ansprechperson bei der Geschäftsleitung als auch ein regelmäßiger und verbindlicher Sitzungsrhythmus zwischen Werkstattrat und Geschäftsführung eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Kooperation dar.

Der Werkstattrat sollte die Sitzungen mit der Geschäftsleitung gut vorbereiten und seine Argumente bzw. Vorschläge sachlich vortragen. Ein respektvoller und durch Vertrauen gekennzeichneter Umgang sollte für alle Akteur*innen die Grundlage für den Austausch darstellen.

Für gemeinsame Arbeitstreffen und Sitzungen ist es wichtig, dass ausreichend Zeit zur Verfügung steht, damit der Austausch in ruhiger Atmosphäre stattfinden kann. Über relevante Veränderungen in der Werkstatt sollte der Werkstattrat frühzeitig und in angemessener Form (beispielsweise einfache Sprache) informiert werden.

Wie kann der Werkstattrat sich bekannter machen? Entwicklung eines Info-Blatts (Flyer) mit Informationen und Fotos

Öffentlichkeitsarbeit ist für die Arbeit aller Werkstatträte sehr wichtig. Nur wenn Werkstattbeschäftigte den Werkstattrat kennen und über dessen Aufgaben informiert sind, können sie ihn auch für ihre Anliegen und Probleme nutzen.

Wie Erfahrungen der am Modellprojekt teilnehmenden Werkstatträte zeigen, haben Werkstatträte verschiedene Möglichkeiten, sich und ihre Arbeit bekannter zu machen. So kann z. B. auf der Internetseite der WfbM über die personelle Zusammensetzung und Aufgaben des Werkstattrats informiert werden. Aktuelle Informationen zur Arbeit können auch mit Hilfe eines Info-Bretts vermittelt werden. Im Rahmen des Projektvorhabens wurde von einem Werkstattrat ein Info-Blatt (bzw. Flyer) als wesentliches Element der Öffentlichkeitsarbeit gemeinsam entwickelt, das über den Werkstattrat und seine Arbeit Auskunft gibt.

Wenn ein Werkstattrat ein Info-Blatt erstellen möchte, sollte dieses Vorhaben mit der Geschäftsleitung abgesprochen werden. Zu Beginn sollte der Werkstattrat alle Ideen sammeln, welche Informationen im Info-Blatt stehen können. Beispielsweise könnte über die allgemeinen Aufgaben des Werkstattrats informiert und die Namen der Mitglieder des Werkstattrats aufgenommen sowie ggf. auch die Fotos abgebildet werden. Ein Info-Blatt enthält bestenfalls nur die wichtigsten Informationen, damit das Interesse der Werkstattbeschäftigten geweckt wird. Die Inhalte sollten möglichst verständlich bzw. in einfacher Sprache formuliert werden.

Gestaltung und Layout des Info-Blatts sollten genau überlegt und an die Werkstatt und ihre Beschäftigten angepasst werden. In einigen Werkstätten kann der Werkstattrat möglicherweise von Mitarbeiter*innen der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit unterstützt werden.

Teilnahme des Werkstattrats an Bewerbungsgesprächen von Fachpersonal

Unter Berücksichtigung der Souveränität der Werkstatt bei Personalentscheidungen kommt aus Sicht der befragten Werkstatträte der Beteiligung bzw. Mitwirkung des Werkstattrats bei Bewerbungsgesprächen von Werkstattpersonal eine hohe Bedeutung zu, da Werkstattbeschäftigte und Werkstattpersonal i. d. R täglich (eng) zusammenarbeiten (müssen). Eine Teilnahme des Werkstattrats am Bewerbungsverfahren bzw. an Bewerbungsgesprächen war zu Beginn des Modellprojekts in drei Werkstätten nicht vorgesehen.

Um die Idee bzw. den Wunsch umzusetzen, zukünftig an Bewerbungsgesprächen vom Werkstattpersonal beteiligt zu werden, sind Gespräche mit der Geschäftsleitung notwendig, die ein planvolles Vorgehen erfordern. Zu Beginn sollte der Werkstattrat eine Übersicht der Vor- und Nachteile einer Beteiligung an Bewerbungsgesprächen zusammenstellen. Beispielsweise lernt der Werkstattrat in einem Bewerbungsgespräch den*die Bewerber*in gleich persönlich kennen und erfährt, über welche Erfahrungen der*die Bewerber*in in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Behinderung verfügt. Eine regelmäßige Teilnahme des Werkstattrats bei den Bewerbungsgesprächen erfordert naturgemäß einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand.

Wenn die Geschäftsleitung einer Teilnahme des Werkstattrats an Bewerbungsgesprächen zustimmt, sollte sich der Werkstattrat auf die neue Aufgabe gut vorbereiten. Dabei ist zu bedenken, welches Werkstattratsmitglied zukünftig an Bewerbungsgesprächen teilnimmt. Darüber hinaus kann überlegt werden, eine Check-Liste mit Fragen an den*die Bewerber*in vorzubereiten. In diesem Zusammenhang sollte sich der Werkstattrat auch darüber informieren, welche Fragen nicht gestellt werden dürfen.

Da in vielen Werkstätten mehrere Personen an Bewerbungsgesprächen beteiligt sind, könnte es sinnvoll (hilfreich) sein, wenn der Werkstattrat mit allen Beteiligten in einer Vorbereitungsgruppe (Arbeitsgruppe) die Regeln und den Ablauf bei Bewerbungsgesprächen abstimmt.

Wenn die Geschäftsführung die Idee der Beteiligung des Werkstattrats ablehnt, sollte der Werkstattrat nach der Begründung der Ablehnung fragen und das Thema nach einiger Zeit erneut vortragen, nicht zuletzt auch deshalb, um auf die Bedeutung der Teilnahme an Bewerbungsgesprächen für den Werkstattrat hinzuweisen.

Schlussbemerkung

Die am Modellprojekt beteiligten Werkstatträte sowie die anderen befragten Akteur*innen (s. o.) bewerteten die Teilnahme am Modellprojekt durchweg positiv. Sowohl die Zusammenarbeit der beteiligten Akteur*innen untereinander als auch das Selbstverständnis der Werkstatträte haben sich im Projektverlauf positiv weiterentwickelt.

Anknüpfend an die qualitativen Ergebnisse der Evaluation konnten übergreifende Faktoren ermittelt werden, die sich positiv auf die Arbeit des Werkstattrats und der Vertrauenspersonen sowie die Kooperation mit der Geschäftsführung auswirken:

- > Die*der Vorsitzende des Werkstattrats ist gemäß Werkstätten-Mitwirkungs-Verordnung (WMVO) freigestellt.
- > Der Werkstattrat kennt seine Rechte und Pflichten und die Werkstätten-Mitwirkungs-Verordnung (WMVO).
- Die Mitglieder des Werkstattrats treffen sich regelmäßig zu Besprechungen, u. a. auch, um die Sitzungen mit der Geschäftsleitung vorzubereiten.
- > Werkstattrat und Geschäftsleitung haben einen festen und verbindlichen Sitzungsrhythmus vereinbart. Themen der Sitzungen werden nach Bedarf vereinbart.
- > Gespräche zwischen Werkstattrat und Geschäftsführung finden auf Augenhöhe statt.
- > Vor Durchführung einer Maßnahme wird der Werkstattrat rechtzeitig und umfassend von der Geschäftsleitung unterrichtet und die notwendigen Unterlagen in angemessener Form zur Verfügung gestellt.
- > Der Werkstattrat wird in dem notwendigen Umfang von der Vertrauensperson unterstützt. Die Freistellung der Vertrauensperson ist verbindlich geregelt.
- Der Werkstattrat kennt darüber hinaus Möglichkeiten, sich Unterstützung zu holen: Er kann z. B. bei der LAG WR NRW nachfragen oder er informiert sich bei anderen Werkstatträten.

Nicht zuletzt kann die Berücksichtigung bzw. Umsetzung dieser Faktoren entscheidend dazu beitragen, ein "gutes Gelingen" in der Zusammenarbeit, insbesondere zwischen Werkstattrat und Geschäftsleitung, dauerhaft zu realisieren.

LITERATUR

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (2018): Handreichung zum Bundesteilhabegesetz. www.bagwfbm.de/file/1148 (abgerufen am 19.06.2019).

Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (2019): Ein Ratgeber für Werkstatt-Räte von Werkstatt-Räten. www.diakonie-rwl. de/sites/default/files/aktuelles/werkstatt-ratgeber-endversion-bildschirm_0.pdf (abgerufen am 23.03.2020).

HARTMANN, Rüdiger; OLIVA, Hans; CANNIZZARO, Gianna (2019): Selbstvertretung von Werkstatträten in NRW ("Partizipation und Selbstbeteiligung von behinderten Beschäftigten in arbeitnehmerähnlichem Rechtsverhältnis") im Auftrag des Diakonischen Werks Rheinland Westfalen Lippe e. V. Unveröffentlicht. SCHACHLER, Viviane (2018):

Die Umsetzung der reformierten Werkstätten-Mitwirkungsverordnung aus Sicht der Beteiligten. Ergebnisse aus Gruppendiskussionen – Teil I. www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-b7-2018/ (abgerufen am 22.06.2019).

Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO): www.gesetze-im-internet. de/wmvo/WMVO.pdf (abgerufen am 16.01.2019).

i Die Autor*innen:

Gianna Cannizzaro

Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der FOGS GmbH

@ cannizzaro@fogs-gmbh.de

Rüdiger Hartmann

Projektleiter bei der FOGS GmbH

@ hartmann@fogs-gmbh.de

Hans Oliva

Geschäftsführer und Projektleiter bei der FOGS GmbH

@ oliva@fogs-gmbh.de

Anzeige







Heike Kruse

Personalentwicklung in Zeiten der Personenzentrierung und des Fachkräftemangels

Teilhabe 2/2020, Jg. 59, S. 68 - 71

I KURZFASSUNG In Zeiten der Inklusion müssen Mitarbeiter*innen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in ihre neue Rolle vom Betreuer zum Begleiter und zum Brückenbauer hineinwachsen. Zudem gibt es einen großen pädagogischen Fachkräftemangel, der die Einrichtungen vor zusätzliche Herausforderungen stellt. Der Artikel berichtet über einige Erfahrungen aus der Praxis, wie Fachkräfte frühzeitig angesprochen und angeworben werden können. Außerdem werden Maßnahmen in der Personalentwicklung vorgestellt, damit die Mitarbeiter*innen auf die aktuellen Themen in der Behindertenhilfe vorbereitet und dafür qualifiziert werden können.

IABSTRACT Personnel Development in Times of Person-Centeredness and Shortage of Specialist Staff. In times of inclusion, employees in institutions for people with disabilities must grow into their new role from caregiver to companion and bridge builder. In addition, there is a great lack of pedagogical specialists, which poses additional challenges for the institutions. The article reports about some practical experiences how to address and recruit specialists at an early stage. Furthermore personnel development measures are presented so that employees can be prepared and qualified for the current issues in disability care services.

Vom Betreuen zum Begleiten zum Brückenbauen

Die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am und im gesellschaftlichen Leben sowie ihr Weg zu einem selbstbestimmten Leben setzen voraus, dass an den Stellen, an denen es notwendig ist, Unterstützung für sie zur Verfügung steht. Für das Personal in Einrichtungen der Behindertenhilfe bedeutet dies, dass sie ihre (neue) Rolle vom Betreuer zum Begleiter finden müssen. Menschen mit Behinderung wird eine grundsätzliche Handlungs- sowie Entscheidungsfähigkeit zugesprochen, sie sind nicht mehr das Objekt von Betreuung, sondern gestalten selbstbestimmt ihr Leben und werden dabei, falls notwendig, begleitet. Das Hineinfinden der Mitarbeiter*innen in ihre neue Rolle geschieht nicht unbedingt automatisch und muss durch verschiedene Maßnahmen der Personalentwicklung in den Einrichtungen gefördert werden.

Eine weitere neue Rolle kommt auf das Personal in Zeiten der Inklusion zu. "Vom Begleiter zum Brückenbauer" heißt eine Handreichung der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (2016) in der die sozialraumorientierte Personalentwicklung im Fokus steht. Das Personal unterstützt Menschen mit Behinderung bedarfsorientiert darin, ihren Sozialraum für sich zu entdecken und zu erschließen. Damit kommen neue Anforderungen auf das Personal zu: "Neben der Bedarfsanalyse des Menschen mit Behinderung steht eine Sozialraumanalyse, neben dem Empowermentansatz die Fähigkeit, Netzwerke im sozialen Raum zu knüpfen und flexible Angebotsstrukturen zu schaffen" (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. 2016, 7).

Alle Mitarbeiter*innen in der Behindertenhilfe (Fachkräfte und Hilfskräfte) müssen mitgenommen werden auf einen Weg, der Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung ermöglicht und ihnen den Weg ebnet in ihr sozialräumliches Umfeld. Das Personal, als wichtigste und entscheidende Ressource in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung, gerät somit in besonderem Maße in den Fokus. Mitarbeiter*innen müssen

PRAXIS UND MANAGEMENT

sicher sein in ihrer Handlungskompetenz und hier setzt die Personalentwicklung an.

Fachkräftemangel

Der Fachkräftemangel ist in den Einrichtungen der Behindertenhilfe (und speziell in den Wohneinrichtungen) längst angekommen. Pädagogisches Fachpersonal wird in hoher Zahl für die Kinderbetreuung und -erziehung gesucht, da die Anzahl an Krippen- und Kindertagesstättenplätzen immer weiter ausgebaut wird. Die Anzahl des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten ist von 2009 bis 2018 um 56 % von 402.000 Personen auf 627.000 Personen gestiegen (vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2019, 7).

Aus den eigenen Erfahrungen der Autorin - als ehemalige Leitung mehrerer Wohneinrichtungen im Nordosten von Niedersachsen - sind die Bewerbungen von Erzieher*innen stark zurückgegangen. Viele Erzieher*innen bevorzugen die Arbeit in Kindertagesstätten. So sind beispielsweise die Arbeitszeiten in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe weniger attraktiv. Sie sind mit Schichtdienst sowie Wochenend- und teilweise Nachtdiensten verbunden. Es wurde zudem festgestellt, dass der Bewerber*innenmarkt für Heilerziehungspfleger*innen ebenso leer ist wie für Ergotherapeut*innen. Arbeitgebende müssen diese Problematiken angehen und ihre Attraktivität erhöhen, um Mitarbeiter*innen zu gewinnen und langfristig zu halten.

Arbeitgeber*innenattraktivität und Personalentwicklung

Wenn die Mitarbeiter*innenbindung im Fokus steht, müssen sich Arbeitgebende fragen, wie sie langfristig attraktiv für Mitarbeiter*innen bleiben und wie sie sich von anderen Arbeitgebenden abheben können. Personalentwicklung mit ihren verschiedenen Maßnahmen ist an dieser Stelle eine der grundlegenden Antworten. Personalentwicklung beinhaltet Strategien, Konzepte und Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, die Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeiter*innen eines Unternehmens kontinuierlich zu verbessern und an Veränderungen anzupassen. Sie "beschreibt Anforderungen an das Unternehmen und die darin tätigen Mitarbeiter*innen. Diese Anforderungen lassen sich aus den Kunden- oder Nutzerinteressen und -wünschen ableiten, unter Beachtung der gesetzlichen und sozialpolitischen Vorgaben" (KRU-SE 2008, 38).

Die Einrichtung, in der die Autorin tätig war, hat sich auf den Weg gemacht, systematisch im Bereich der Personalentwicklung aktiv zu werden. Im Folgenden werden exemplarisch drei Maßnahmen vorgestellt, die besonders erfolgversprechend sind.

Zusammenarbeit mit Ausbildungsstätten

Erzieher*innen, Heilerziehungspfleger*innen und Ergotherapeut*innen durchlaufen eine mehrjährige schulische Ausbildung, die etliche Praxiszeiten beinhaltet. Ebenso kombinieren duale Studiengänge im Bereich der Sozialen Arbeit Zeiten in der Praxiseinrichtung mit Präsenzzeiten an der Hochschule bzw. Berufsakademie. Genauso sind Praktika in grundständigen Hochschulstudiengängen der Sozialen Arbeit, Heilpädagogik u. a. vorgesehen. An dieser Stelle sollten Arbeitgebende genauer hinschauen und Kontakt aufnehmen. Welche Ausbildungsstätten und Hochschulen im eigenen Umkreis bieten sich für eine Kooperation an?

Die Einrichtung, in der die Autorin tätig war, hat beispielsweise in der Initiierungsphase eines schulischen Ausbildungsangebots im Bereich der Heilerziehungspflege beim Aufbau des Curriculums mitgearbeitet. Dabei wurden etliche Ressourcen eingesetzt, die nicht direkt der eigenen Arbeit zu Gute kamen. Langfristig jedoch hat sich diese Kooperation rentiert, denn die Einrichtung hat sich bei der Schulleitung und den Lehrkräften einen guten fachlichen Ruf erworben. Nun sind auch regelmäßig Praktikant*innen in der Einrichtung tätig.

Ein anderes Beispiel: An der in der Nähe befindlichen Hochschule für Soziale Arbeit findet jedes Semester für die neuen Student*innen eine Vorlesungsreihe zu den verschiedenen Arbeitsfeldern der sozialen Arbeit statt. Für den Bereich Behindertenhilfe nehmen Mitarbeiter*innen aus der Werkstatt und Bewohner*innen aus dem Bereich Wohnen teil. Sie erzählen aus ihrem Alltag. Dadurch erhalten die Studierenden einen lebendigen und authentischen Einblick in die Arbeit. Anfragen für Praktika und Praxissemester in den Einrichtungen nahmen dadurch zu. Außerdem konnten ein paar Student*innen nach ihrem Hochschulabschluss für eine langfristige Beschäftigung angeworben werden.

Praktika

Besonders Projekte bieten sich für Schüler*innen oder dual Studierende an, die in einer Einrichtung für eine Zeit lang mitarbeiten und ein Praktikum absolvieren. Sie können sich auch eigene Projekte suchen, die sie, ihren Fähigkeiten gemäß, planen und durchführen. Die Praktikant*innen erhalten eine*n festen Ansprechpartner*in, der oder die mit ihnen alle inhaltlichen Fragestellungen bespricht. Ansprechpartner*innen stehen auch als Reflexionspartner*innen zur Verfügung und geben Entwicklungsanreize. Die Quantität wie auch die Qualität der Betreuung während eines Praktikums sind entscheidend für die Frage, ob sich eine Person nach der Ausbildung vorstellen kann, wieder in die Einrichtung zurückzukehren. In unserem Fall hat es sich inzwischen in den Schulen herumgesprochen, dass wir uns der Anleitung sehr intensiv widmen, so dass wir immer Langzeitpraktikant*innen aus den verschiedenen Schulen im Haus haben, die sich zum Teil nach Beendigung ihrer Ausbildung auf eine Stelle in unserem Unternehmen bewerben. Auch die Haltung, die Mitarbeiter*innen und Leitung einer Einrichtung den Praktikant*innen gegenüber zeigen, sollte nicht außer Acht gelassen werden. Überspitzt gesagt, werden Praktikant*innen gern als finanziell günstige zusätzliche Kräfte betrachtet, die auch noch die ganzen ungeliebten Aufgaben übernehmen können, die Festangestellte ungerne übernehmen. Das Potenzial von Praktikant*innen wird dann jedoch verkannt. Sie sollten besondere Beachtung finden, denn Praktikant*innen bringen neue Ideen in die Einrichtung. Sie haben den Freiraum, kreative Projekte mit den Menschen mit Behinderung zu initiieren, die sonst gern als erstes im Alltagsgeschehen nach hinten geschoben werden.

Nebenjobs und Freiwilliges Soziales Jahr

Es gibt Auszubildende und Studierende, die neben ihrer (hoch-)schulischen Qualifizierung auf Erwerbtätigkeit angewiesen sind. Wann immer es geht, bieten wir ihnen bezahlte Jobs an, die sie am Wochenende oder in den Ferien ausüben. Selbstverständlich sind sie auch zu unseren Festen und Feiern sowie Teamtagen eingeladen und nehmen an Supervisionen sowie internen Fortbildungen teil.

Nicht vergessen werden sollten die jungen Menschen, die nach der Schule ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) ableisten möchten. Wir werben um diese Personen auf Schul- und Ausbildungsmessen, mit Zeitungsannoncen sowie mit Aufklebern auf unseren LKWs, die für die Werkstatt für behinderte Menschen Material- und Produkttransporte

übernehmen. Auch hier gilt, dass eine qualitativ gute Begleitung sowie die Möglichkeiten zu selbstständigen Projekten die Chance erhöht, dass die Personen im Anschluss eine Ausbildung im sozialen Bereich anstreben und womöglich als Praktikant*in oder sogar als Arbeitnehmer*in in das Unternehmen zurückkehren. Den jungen Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr sollte Sinn und Wertigkeit der Arbeit nahegebracht werden. Wenn dies gelingt, ist sehr viel dafür getan, dass die Arbeit im sozialen Bereich die Wertschätzung erhält, die sie verdient hat und als attraktives Arbeitsfeld wahrgenommen wird. Zurzeit ist in einer unserer Wohnstätten eine ehemalige Teilnehmerin des FSJ als Hilfskraft beschäftigt. Sie überbrückt ihre Wartezeit für eine schulische Ausbildung als Heilerziehungspflegerin. Ebenfalls möchte sie ihre praktische Ausbildung bei uns in der Wohneinrichtung ableisten, da sie die Arbeit inzwischen gut kennengelernt hat und sich wohl fühlt.

Pädagogische Orientierungstage

Unsere Einrichtung hat sich zur Aufgabe gesetzt, dass auch pflegerisches Fachpersonal und pädagogische Hilfskräfte in pädagogischen Themen geschult werden, um zu jeder Zeit ein möglichst einheitliches und sicheres Handeln im Alltag sicherstellen zu können. Zu diesem Zweck sind sogenannte "pädagogische Orientierungstage" entwickelt worden. Daran nehmen vor allem pädagogische Hilfskräfte sowie pflegerische Fachkräfte teil, denn sie müssen ebenfalls den Weg der Veränderung vom Betreuen zum Begleiten kennen, um danach handeln zu können.

Die pädagogischen Orientierungstage bestehen aus vier Modulen zu je einem Arbeitstag. Sie haben das Ziel, die Mitarbeiter*innen mit den (neuen) Anforderungen an sie als Begleiter*innen und Brückenbauer*innen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung vertrauter zu machen und sie bei aktuellen Fragestellungen mitzunehmen. Die Fragen beziehen sich auf die jeweiligen Mitarbeiter*innen und auf die Einrichtung: Was bedeutet Personenzentrierung für mich als Mitarbeiter*in in meiner täglichen Arbeit? Was kann so bleiben wie es ist, was muss sich verändern? Was muss sich im Unternehmen verändern? Was muss sich bei mir persönlich verändern?

Ein Ziel der Veranstaltungsreihe ist auch, eine Auseinandersetzung mit schwierigen Fragestellungen zu ermöglichen, wie sie sich im Arbeitsalltag immer wieder stellen. Ein Beispiel: Eine Bewohnerin hat Diabetes Typ 1. Sie kauft sich regelmäßig und in großen Mengen Süßigkeiten, was dem Personal nicht entgeht. Hier kommen Fragen auf, wie z. B. "Wieviel Selbstbestimmung darf ich zulassen?" und "Wie kann ich pädagogisch handeln?". Die gemeinsame Erarbeitung von Leitlinien und abgestimmten Maßnahmen geben dem Personal Sicherheit im alltäglichen Handeln.

Ebenso gehört die Vermittlung von "pädagogischem Handwerkszeug" in die Orientierungstage. Wie kann ich pädagogisch handeln, wenn Bewohner*innen mit Behinderung mir durch ihr Verhalten zeigen, dass sie sich sozialemotional noch auf einer anderen Entwicklungsstufe befinden als es ihrem Lebensalter entspricht? Dies ist eine oft gestellte Frage, die in der Veranstaltung beantwortet und mit praktischen Hinweisen unterfüttert wird. Eine Kollegin aus dem psychologischen Dienst unterstützt in diesem Modul mit ihrer Fachkompetenz im Bereich der Entwicklungspsychologie.

Methodische und didaktische Hinweise zur Gestaltung von Lernsequenzen im Alltag runden die Orientierungstage ab. Zum Beispiel: Wie gehe ich methodisch vor, wenn ein*e Bewohner*in lernen möchte, mit der Waschmaschine selbstständig Wäsche zu waschen? Welche didaktischen Hinweise sollte ich bei Erstellung von Lehr- und Lernmaterialien beachten?

Die Orientierungstage sind ein sehr gutes Instrument zur Weiterbildung von Personal, das nicht aus dem pädagogischen Bereich kommt, jedoch auch für pädagogische Fachkräfte. Sie bieten die Chance, dass alle Mitarbeiter*innen zu aktuellen Themen der Behindertenhilfe geschult und gemeinsame Standards erarbeitet werden. In unserer näheren Umgebung haben wir damit ein Alleinstellungsmerkmal, mit dem wir als Arbeitgebende gern für uns Werbung machen. Wir hoffen, dass dieses Instrument der Personalentwicklung dazu beiträgt, dass Mitarbeiter*innen sich langfristig für eine Beschäftigung bei uns entscheiden und eine Mund-zu-Mund-Propaganda uns als attraktiven Arbeitgebenden ausweist.

Eine Verständigung über gemeinsame Vorgehensweisen sowie Leitlinien und pädagogische Standards mit Hilfe der pädagogischen Orientierungstage bieten enorme Vorteile für das nachfolgend vorgestellte Instrument der Personalentwicklungsgespräche. Alle Mitarbeitenden wissen im besten Fall, wohin es mit dem Unternehmen gehen soll und wie dies geschehen soll. Damit wird eine Basis geschaffen, dass das Personal mit seinen Aufgaben und Tätigkeiten ein gemeinsames Ziel verfolgt.

Dies sich gemeinsam anzusehen, dafür eignen sich in besonderem Maße Personalentwicklungsgespräche.

Personalentwicklungs-/Jahresgespräche

Die Durchführung regelmäßiger Personalentwicklungsgespräche (mindestens einmal jährlich) ist ein weiterer wichtiger Baustein. Es handelt sich hierbei um ein geplantes und inhaltlich vorbereitetes Gespräch zwischen Mitarbeiter*innen und Vorgesetzten. Es bietet die Möglichkeit, in einem ruhigen Rahmen außerhalb des Alltagsgeschäfts über Aufgaben und Tätigkeiten zu reflektieren, besondere Herausforderungen anzusehen, durchgeführte Personalentwicklungsmaßnahmen auszuwerten und in die Zukunft zu blicken. Je intensiver die Vorbereitung stattfindet, desto effektiver können die Gespräche stattfinden.

Die Vorgesetzten haben die Aufgabe. sich regelmäßig einen Eindruck über die Arbeitsweise und das Arbeitsverhalten des Personals zu verschaffen. Dieses ist abzugleichen mit den Anforderungen, die an die Funktion der Mitarbeiter*innen gestellt werden. Geht es um die Themen "Personenzentrierung und/oder Sozialraumorientierung", die als neue Anforderungen an das Personal gestellt werden, sollten die Führungskräfte sich vor dem Gespräch diese Anforderungen bewusstmachen und definieren. Wenn klar ist, was die Anforderungen sind, kann ein Entwicklungsbedarf diagnostiziert und mit Maßnahmen unterlegt werden.

Um Mitarbeiter*innen bei neuen Herausforderungen zu unterstützen, hat es sich bewährt, nicht nur auf die Fachkompetenz (fachbezogene Fähig- und Fertigkeiten) zu schauen, sondern sich auch die anderen Kompetenzbereiche (Sozial-, Methoden- sowie personale Kompetenz) der Mitarbeiter*innen vor Augen zu führen. Sicherheit in allen vier Kompetenzbereichen führt im besten Fall zu einer umfassenden Handlungskompetenz der Mitarbeiter*innen. Besteht die Notwendigkeit, eine*n Mitarbeiter*in auf die neuen Anforderungen einer personenzentrierten Arbeit vorzubereiten, wird beispielsweise gemeinsam besprochen, ob ausreichend methodisches Know-how vorhanden ist und die Fachkraft sich selber angemessen reflektieren kann. Gegebenenfalls müssen gemeinsam Weiterbildungen oder Supervisionen geplant werden, um die gewünschten Kompetenzen zu fördern. Die Vorgesetzten sollten sich in der Vorbereitung folgende Fragen stellen: Ist der*die Mitarbeiter*in in der Lage, sich in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung zurückzunehmen? Kann

er*sie sich und seine*ihre Vorstellungen kritisch hinterfragen, und sein*ihr Handeln reflektieren? Kann er*sie Klient*innen begleiten, die andere Vorstellungen von einem erfüllten und guten Leben haben?

Ebenso ist die Vorbereitung der Mitarbeiter*innen auf das Personalentwicklungsgespräch wichtig. Mitarbeiter*innen sollten ihre Aufgaben und Tätigkeiten in den Blick nehmen und sich erreichte und nicht erreichte Ziele bewusst machen. Außerdem sind für das Gespräch Weiterqualifizierungs- und Verbesserungsmöglichkeiten wichtig, die auf den Interessen und Kompetenzen der Mitarbeiter*innen beruhen. Aus der Erfahrung der Autorin heraus ist es immer wieder erstaunlich, was Personalentwicklungsgespräche alles in Bewegung setzen können. Fragestellungen wie "Welche Faktoren sind förderlich oder auch hinderlich bei Ihrer Aufgabenbewältigung?" sind zielführend und bringen mitunter Dinge an den Tag, die bisher niemandem aufgefallen sind, um gewisse Ziele zu erreichen. Dabei sollte der gemeinsame Blick immer auf alle vier oben genannten Kompetenzbereiche gerichtet werden.

Ein weiteres Thema der Gespräche beinhaltet Weiterqualifizierungsmaßnahmen und Fortbildungen. Teilweise wird von Mitarbeiter*innen eine Weiterqualifizierung zur pädagogischen Fachkraft gewünscht. Das Unternehmen unterstützt die Mitarbeiter*innen, indem beispielsweise Stundenkontingente, die in die Weiterbildung fließen, als Arbeitszeit gelten und somit vom Arbeitgebenden bezahlt werden. Diese Möglichkeit nehmen Sozialassistent*innen sehr gerne in An-

spruch, denn es gibt inzwischen einige Möglichkeiten sich berufsbegleitend zum*zur Erzieher*in weiterzuqualifizieren. Eine Weiterbildungsvereinbarung schafft für beide Seiten – Arbeitnehmer*in wie auch Arbeitgebende – Verbindlichkeit.

Fortbildungen werden nach vorheriger Absprache bzw. nach Festlegung als Personalentwicklungsmaßnahme einem Zielvereinbarungsgespräch heraus, in der Regel von der Einrichtung bezahlt. Das Unternehmen signalisiert damit, dass es in die Qualifizierung der Mitarbeiter*innen gerne investiert. Wann immer es sinnvoll ist, werden in den Dienstbesprechungen der Wohneinrichtungen wichtige Erkenntnisse aus der Teilnahme an Veranstaltungen und Fortbildungen multipliziert. Auch dies ist ein Signal - Neues wird in das ganze Team gebracht. Dies kann zum Mit-sowie Weiterdenken anregen und zeigen, dass Veränderung sowie Weiterentwicklung etwas "Normales" sind und das Unternehmen beschäftigt und begleitet.

Am Ende des Personalentwicklungsgesprächs erfolgt die gemeinsame Zielvereinbarung. Sind die Werte eines Unternehmens klar kommuniziert (z. B. Weiterentwicklung in Richtung Personenzentrierung und Sozialraumorientierung), können neue Vereinbarungen zwischen den Vorgesetzten und einzelnen Mitarbeiter*innen die übergeordneten Ziele des Unternehmens unterstützen.

Eins darf bei der Betrachtung verschiedener Personalentwicklungs-Tools und Ideen zur Kooperation mit Ausbildungsstätten in Zeiten des Fachkräftemangels nicht aus dem Blick verloren werden: Es ist und bleibt essenziell, dass sich Mitarbeiter*innen in der Einrichtung wohl fühlen und sie gerne zur Arbeit kommen. Wertschätzung, Respekt und Vertrauen seitens der Arbeitgebenden sind elementare Zutaten dafür. Sie bilden den Grundstein und sollten selbstverständlich gelebt werden, alles andere folgt dem nach.

LITERATUR

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

(2016): Vom Begleiter zum Brückenbauer – Handreichung für eine sozialraumorientierte Personalentwicklung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

KRUSE, Heike (2008): Zukunftsorientierte Personalentwicklung im Bereich der Behindertenhilfe. Von der Betreuung zur Teilhabe – der Mitarbeiter im Veränderungsprozess. Berlin: Lehmanns.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2019): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfte in der Kinderbetreuung und -erziehung. Nürnberg, Oktober 2019 https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Kindererziehung.pdf (abgerufen am 21.04.2020).

j Die Autorin:

Heike Kruse

Sozialmanagerin und Sozialpädagogin

@ kru.hei@gmx.de





Wolfgang Kopyczinski

Assistenz im Bundesteilhabegesetz

I Teilhabe 2/2020, Jg. 59, S. 72 - 76

I KURZFASSUNG Mit dem BTHG erfolgt eine menschenrechtliche Ausrichtung der Eingliederungshilfe im Sinne des Rechtsanspruchs auf Assistenz der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe. Für die Praxis resultiert daraus die Notwendigkeit einer Verankerung von Anwaltschaftlichkeit / anwaltschaftlichen Konzepten. Die Praxis der Unterscheidung von qualifizierter und nichtqualifizierter Assistenz wird kritisiert. Sie ist nicht passend bei Personen mit komplexen Unterstützungsbedarfen und mit eingeschränkter Regiekompetenz und erzeugt die Gefahr der Leistungseinschränkung. Ein Einsatz von nichtqualifizierter Assistenz muss innerhalb eines angemessenen fachlichen Rahmens geschehen.

I ABSTRACT Assistance in the "Bundesteilhabegesetz". The law called "Bundesteilhabegesetz" (BTHG) provides a human rights orientation on aid services in the sense of the right to assistance for self-determination and social participation. In practice, this results in the need to establish advocacy / advocacy concepts. The practice of differentiating between qualified and non-qualified help is criticised. It is not suitable for people with complex support needs and with limited directorial competencies and carries the risk of performance limitations. The use of non-qualified help must be within an appropriate framework.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat wesentliche Rechtsbestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) aufgegriffen und grundlegende menschenrechtliche Ansprüche in das deutsche Recht aufgenommen. In § 1 SGB IX werden die Funktionen und Aufgaben der Eingliederungshilfeleistungen definiert. Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen sollen Leistungen erhalten,

"[...] um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken [...]".

Damit erfolgt mit dem BTHG eine menschenrechtliche Ausrichtung der Eingliederungshilfe im Sinne des Rechtsanspruchs auf Assistenz der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe. Bei dieser Neuausrichtung geht es um die Unterstützung der selbstbestimmten Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Um dies zu ermöglichen,

hat der Gesetzgeber Assistenzleistungen in § 78 SGB IX aufgenommen.

§ 78 SGB IX Assistenzleistungen

(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.

(2) Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme. Die Leistungen umfassen

- 1. die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und
- 2. die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

Die Leistungen nach Nummer 2 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere die Anleitungen und Übungen in den Bereichen nach Absatz 1 Satz 2.

[...]

(Hervorheb. W. K.).

Im BTHG dient der Begriff "Assistenzleistungen" als Oberbegriff für alle Formen der Unterstützung für Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrem täglichen Leben. Er umfasst damit viele Formen von Assistenz, die von fachqualifizierten, angelernten und ungelernten Personen durchgeführt werden können. Daher ergibt sich die Notwendigkeit, sinnvolle Kriterien zu bestimmen, nach denen die Einschätzung getroffen werden kann, welche Art von Assistenz ein Mensch benötigt. Dazu möchte der vorliegende Artikel beitragen.

Die menschenrechtliche Funktionsbestimmung der Assistenz erfordert anwaltschaftliche Handlungskonzepte

Eine wesentliche Errungenschaft der UN-BRK besteht darin, das allgemeine Menschenrecht der Selbstbestimmung auch in der Form der assistierten Selbstbestimmung zu definieren (vgl. GRAU-MANN 2011; DIMR 2010). Assistenz im Kontext von Selbstbestimmung kann auch die Funktion beinhalten, Fürsprecher zu sein, der einen Menschen darin unterstützt, seine Interessen und Rechte zu realisieren und gegenüber Dritten zu vertreten. Darauf basiert nun auch das BTHG. Daraus ergibt sich eine menschenrechtliche Funktionsbestimmung von Assistenz, die anwaltschaftliche Handlungskonzepte und Haltungen in der sozialen Arbeit notwendig macht. "Anwaltschaftlich" bedeutet in diesem Zusammenhang eine sozialarbeiterische Form der Assistenz und nicht eine juristische Tätigkeit. Es meint damit durch parteiliches bzw. advokatorisches Handeln - den Willen, die Interessen und Vorstellungen einer Person zu unterstützen.1 Diese Haltung und

Funktionsbestimmung muss in der Handlungspraxis und in den personalen Kompetenzen, Einstellungen und Haltungen der Assistenz verankert sein (vgl. BRUMLIK 2004; FEUSER 2011; HEIMBERG, KOPYCZINSKI 2017; URBAN-STAHL 2015). URBAN-STAHL (vgl. 2015, 99) verweist darauf, dass es in der sozialen Arbeit eine Selbstverpflichtung zu anwaltschaftlichem Handeln benötigt, um die Perspektive und die Rechte der zu unterstützenden Personen wahren zu können.

Die primäre Legitimation von Assistenz und "sozialprofessioneller Intervention" erfolgt durch eine "ausdrückliche Mandatierung", die an die Selbstbestimmung und den Willen der unterstützten Person gebunden ist. Andreas LOB-HÜDEPOHL beschreibt diesen grundlegenden Sachverhalt als "Primärmandat seitens der Adressaten" (2013, 4).

"Nichts über uns ohne uns.' Dieser Slogan symbolisiert den Paradigmenwechsel, den die Mandatsfrage Sozialer Professionen in den letzten Jahrzehnten insgesamt vollzogen hat: Ihr primäres Mandat erhalten sie von Menschen in prekären Lebenslagen, die potentiell oder aktuell Adressatinnen und Adressaten unterstützender professioneller Interventionen sind - mit dem Ziel, deren bürgerund menschenrechtliche Ansprüche lebensgeschichtlich wenigstens wie "Jedermann" fragmentarisch verwirklichen zu können" (LOB-HÜDE-POHL 2013, 15).

Es besteht die Notwendigkeit, der Perspektive der Betroffenen im Beratungs- und Unterstützungsgeschehen einen Platz zu geben und sie zum Ausgangspunkt zu nehmen und "alle sozialprofessionellen Interventionen [...] an eine ausdrückliche Mandatierung sogar in Gestalt eines informierten Einverständnisses [...] [zu] binden. Denn über das eigene Wohlergehen darf nicht fremdbestimmt werden" (ebd. 2013, 5). Eine derartige Primärmandatierung richtet sich zugleich immer auch gegen die Gefahr der Bevormundung und der Entmündigung, die in allem Assistenzgeschehen besteht:

"Gegen diese kontraindizierte Tendenz zur Entmündigung durch Bevormundung von Advokatoren müssen die Grundsätze advokatorischer Ethik (Brumlik 2004) auch für diese Form advokatorischer Assistenz beachtet werden. Advokatorische Handlungen und Interventionen sind erstens dann legitim, wenn sie primär im Interesse der advokatorisch Vertretenen stehen. Sie sind zweitens erst dann legitim, wenn sie deren ausdrückliche Zustimmung finden bzw. finden könnten. Deshalb sind advokatorische Handlungen und Interventionen drittens erst dann legitim, wenn sie in einem prozessualen und/oder systemischen Kontext stehen, der die (momentan) advokatorisch Vertretenen jetzt oder perspektivisch zu weitest gehender Mitwirkung jetzt advokatorisch getrofener und umgesetzter Entscheidungen befähigt" (LOB-HÜDEPOHL 2012, 11).

Ein Leben durch Assistenz selbstbestimmt führen zu können, umfasst für viele Menschen auch, in ihren Entscheidungen unterstützt zu werden. Dies reicht bis hin zur Situation, dass Menschen sich darauf verlassen können müssen, dass Verantwortung tragende Unterstützerpersonen und Unterstützerkreise auch stellvertretend für sie und in ihrem Sinne gute Entscheidungen treffen, wenn sie selbst dazu nicht in der Lage sind.

Daraus folgen zwei Voraussetzungen bei der Unterstützung von Selbstbestimmung: Es muss mit der Person gemeinsam betrachtet werden, welche Unterstützungsform sie in der jeweiligen Situation benötigt, um das tun zu können, was sie will bzw. ihrem Interesse entspricht und zwar unabhängig von Fremdinteressen (etwa der Dienstplan, der Assistenzperson usw.). Es muss die Frage beantwortet werden, welche Bedingungen gegeben sein müssen, damit eine Person selbst entscheiden kann bzw. damit eine Entscheidung auch als selbstbestimmte Entscheidung betrachtet werden kann.

Eine weitere grundlegende fachliche Anforderung für Assistenz liegt in der hochanspruchsvollen Handhabung des alltäglichen Sachverhalts, dass das Wohl nicht immer deckungsgleich ist mit dem Willen einer Person.

"Die advokatorische Ethik sei in allen sozialprofessionellen Handlungsfeldern relevant, da es in ihnen jeweils um eine begründete Intervention gehe, die auch in das Autonomiegefüge von Individuen eingreife, in der Regel zumeist mit dem Ziel, Selbstverfügungsressourcen zu stärken. Die daraus entstehenden Probleme seien häufig Kern moralischer Dilemmasituationen im Berufsalltag und machten es notwendig, dass Sozialprofessionelle die ethische Reflexion advokatorischer Fragen einzuüben und zu verfeinern hätten" (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit 2018, 2).

So ist es oftmals schwierig, den mutmaßlichen Willen / das Interesse eines Menschen herauszufinden. Dies kann durchaus auch in einer Spannung zum Wohl der zu assistierenden Person stehen.

Fachliche Anforderungen an Assistenz

Eine jede Assistenz benötigt eine der Funktion entsprechende Qualifikation. Kernbezug bilden der Wille, die Interessen, Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, Bedarfe und die Teilhabeziele einer Person, die unterstützt wird. Die Anforderungen an die Fachlichkeit und an die Qualifikationen der Assistenzperson lassen sich aus der Analyse folgender Gesichtspunkte genauer ableiten:

- 1. In welchem Grad und welcher Qualität muss die Assistenzperson Verantwortung für die Situation und Handlungsfolgen mit übernehmen bzw. stellvertretende Deutungen im Sinne und Interesse der unterstützten Person vornehmen?
- 2. Welchen Grad und Umfang hat das Handeln der Assistenzperson bezüglich der körperlichen und seelischen Integrität der unterstützten Person? Welchen Einfluss hat das Handeln in die selbstbestimmte Lebensführung und in ihre persönlichen und überpersönlichen sozialen Beziehungen?
- 3. Welche Kompetenzen und ggf. welches Spezialwissen sind aufgrund der individuellen Bedarfe der unterstützten Person (bezüglich Persönlichkeit, Kommunikationsvermögen, Beeinträchtigungen, gesellschaftliche Barrieren/Behinderungen/usw.) notwendig, um deren selbstbestimmte Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe unterstützen zu können?

In allen drei Gesichtspunkten spielt die Anwaltschaftlichkeit der Assistenzperson eine entscheidende Rolle. Zur Funktion der Assistenz gehört auch, Fürsprecher*in zu sein, welche*r einen Menschen darin unterstützt, seine Interessen und Rechte zu realisieren und gegenüber Dritten zu vertreten. Je umfangreicher und folgenreicher die Einwirkung auf die Lebensführung und je größer die Verantwortungsübernahme durch die Assistenzperson ist, desto anspruchsvoller sind die Aufgaben. Und desto größer die Gefahr von Übergriffen und Machtmissbrauch. Besonders Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf bzw. mit komplexen Unterstützungsbedarfen sind auf entsprechend gut qualifizierte Assistenzpersonen angewiesen.

Beispiele:

Herr Arnold geht gerne in die Stadt und Einkaufen und zeigt sich dabei impulsiv kontaktfreudig und Nähe suchend. Wie kann seine Assistenz ihn dabei unterstützen, anderen nicht zu nahe zu treten, seine Kontaktfreude und -interessen im Sozialraum (dennoch) einzubringen?

Frau Conrad kann sich verbal kaum äußern, sie benötigt in der Kommunikation mit anderen Personen Unterstützung durch eine Assistenzperson. Doch wie kann die Assistenz sie und die Gesprächspartner*in unterstützen? Wie kann eine Assistenzperson für die kaum sprechende Frau Conrad einerseits für sie sprechen, andererseits sie selbst sprechen lassen und sie zum selbst Sprechen anregen oder auch die angesprochenen Personen dazu anregen, ihr zuzuhören, anstatt die assistierende Person zu fragen? Auf welche Art kann die notwendige Rückversicherung erfolgen, ob das für sie Gesprochene wirklich in ihrem Sinne ist?

Anhand dieser Beispiele ist bezüglich der Assistenztätigkeiten jeweils zu klären, in welchen Situationen die Begleitung durch eine hinreichend angelernte und angeleitete Person ausreicht oder qualifizierte Fachkräfte notwendig sind.

Unterstützung der Regiekompetenz und Assistenz

Viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und mit psychischer Erkrankung sind existenziell abhängig von Unterstützung (Eingliederungshilfe), verfügen aber nur teilweise über jene Fähigkeiten der Regiekompetenz, z. B. um die Assistenzperson anzuleiten oder Entscheidungen über Hilfeformen treffen zu können. Zu den Regiekompetenzen gehören u. a.:

- eigene Hilfebedarfe zu erkennen, zu definieren und angemessene Unterstützung selbst zu planen;
- sie schließlich anzuweisen, zu delegieren und anzuleiten;
- > die Aufgaben für die Assistenz zu definieren, die Situation und Handlungskontexte, die Handlungsfolgen und Ergebnisse einzuschätzen, zu kontrollieren und zu bewerten;
- > die eigenen Bedürfnisse zu regulieren;
- die eigenen Lebensvollzüge zu planen und zu gestalten;
- Durchsetzungsfähigkeit und Sanktionen auszuüben;
- Anträge zu stellen, Finanzen zu überblicken und ggf. Arbeitgeber*infunktion auszuüben.

Viele Assistenznehmende müssen deshalb bei der konkreten Gestaltung und der Organisation ihrer Assistenzleistungen unterstützt werden, also in ihren Regiekompetenzen. Dies bildet einen wichtigen Teil der Selbststärkung / des Empowerments. Wie wichtig diese Funktion und Aufgabe der Assistenz ist, lässt sich mit der Arbeit von WEIN-GÄRTNER (2013) deutlich machen und weiter präzisieren. Er hat in einer Studie herausgearbeitet, dass Selbstbestimmung auf einer tragfähigen Beziehung basiert und sich aus drei Grundelementen zusammensetzt. Eine Assistenzperson kann und muss diese drei Dimensionen in jeder Situation genau einschätzen und abwägen und das Handeln daran ausrichten und in der Wirkung überprüfen.

- 1. Selbstentscheiden: Wie kann die Person selbst entscheiden?
- 2. Erfahren der eigenen Wirkung: Wie kann sie die Wirkung des Handelns erfahren?
- 3. *Selbsttätigkeit*: Wie wird sie selbst aktiv?

Werden diese drei Aspekte berücksichtigt, kann die assistenznehmende Person ihre Selbstbestimmung verwirklichen und in ihrer Selbstbestimmung gestärkt werden. Mit seinem Konzept der Basalen Selbstbestimmung und der Handlungspläne zeigt WEINGÄRTNER auf, wie gerade für Menschen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen und Mehrfachbeeinträchtigungen Selbstbestimmungsmöglichkeiten geschaffen werden können und wie damit der strukturelle Handlungsauftrag der Assistent*innen eingelöst werden kann (vgl. KO-PYCZINSKI 2018b).

Um den Möglichkeiten von Selbstbestimmung gerecht werden zu können, besteht für Assistent*innen die permanente Aufgabe, in einer jeden Situation zu überprüfen, auf welche Weise diese drei Aspekte durch geeignete eigene Handlungen wirksam werden können – und so die unterstützte Person ihre Selbstbestimmung realisieren kann. Damit besteht die fachliche Anforderung gezielter und passender Handlungsplanung und Situationsgestaltung – nicht nur in dem Moment einer Hilfeplanung, sondern – in der täglichen Lebenspraxis des Menschen.

Laut der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsstätten für Heilerziehungspflege in Deutschland e. V. (BAGHEP) besteht die wesentliche Anforderung seitens der Assistenzperson, Prozesse "zu initiieren, zu arrangieren und zu unterstützen" (2019, 18), die Selbstbestimmung und Partizipation ermöglichen. Dem Qualifikationsprofil der BAGHEP sind noch zwei weitere Aspekte zu entnehmen, die in diesem Zusammenhang wichtig sind und die fachlichen Anforderungen einer jeden Assistenzarbeit präzisieren: Es geht in der Begleitung der

Lebensvorgänge i. d. R. um "offene und partizipative Arbeitsprozesse", die mit "komplexen Anforderungen und häufigen Veränderungen"(ebd.) verbunden sind. Die Gestaltung offener partizipativer Prozesse in der alltäglichen Unterstützung muss sich an der "Expertise der Experten in eigener Sache" (ebd., 9) orientieren und beinhaltet häufig Aushandlungsprozesse. Das braucht neben Zeit auch eine entsprechende Gestaltungskompetenz bei den Assistenzkräften sowie Sensibilität für Willensäußerungen, Interessen und Bedürfnisse der unterstützten Person. Und hinzu kommt noch, dass das Handeln der Assistenzperson bei der Gestaltung partizipativer Prozesse nicht schematisch sein kann, sondern "im Spannungsfeld zwischen regelgeleitetem Handeln und individuellen und situativen Erfordernissen" (ebd., 18) steht.

Diese Kompetenzen bilden einen Teil der Qualifikation von Fachkräften. Sie können beim Einsatz von angelernten Kräften aber nicht vorausgesetzt werden. In Teilbereichen ist es u. U. möglich, diese Kompetenzen durch Schulung und Anleitung zu gewährleisten.

Kritik der Unterscheidung von sogenannten "ersetzenden" und "befähigenden" Hilfen

In § 78 Abs. 2 SGB IX wird vom Gesetzgeber der Versuch unternommen, Tätigkeiten von qualifizierter und nicht-qualifizierter Assistenz zu unterscheiden. Dabei führt er die Unterscheidung von ersetzenden und befähigenden Hilfen an. Wenn es sich um "befähigende" Hilfeleistungen handelt, hierunter wird die "Anleitung und Übung" verstanden, soll eine qualifizierte Assistenz die Leistung vollbringen. Bei ersetzenden Tätigkeiten, hierunter wird "die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten" gefasst, wird auf nicht-qualifizierte Assistenzpersonen verwiesen.

Jedoch ist diese Differenzierung nicht sinnvoll, zudem handelt es sich hierbei um eine alltagsweltliche und keine fachliche Unterscheidung. Für viele Personenkreise ist diese Unterscheidung überhaupt nicht geeignet und sogar gefährlich, weil sie den Zugang zu angemessener Assistenz verwehren kann, vor allem für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, mit hohen Unterstützungsbedarfen oder auch mit psychischen Beeinträchtigungen. Bei diesen Personenkreisen kommt es bei den Aufgaben der Assistenzpersonen permanent zu Überschneidungen von einfachen ausführenden oder ersetzenden Handgriffen und Handlungen mit Verantwortungsübernahme, Handlungen der Unterstützung in der Regiekompetenz und Eingriffen in ihre Lebenspraxis. Hier den Selbstbestimmungsgrundsatz zu erfüllen, ist häufig nur durch qualifizierte Assistenz zu gewährleisten. Dieser Bedarf macht eine qualifizierte Assistenz erforderlich, obwohl es sich bei einzelnen Handlungsaspekten um einfache ausführende oder ersetzende Tätigkeiten handelt.

Die Vorstellung, durch eine "befähigende" Unterstützung erlange eine Person eine Handlungsfähigkeit, die ohne weitere Unterstützung auskommt, ist realitätsfern. So geht es in der Behindertenhilfe vorrangig um lebensbegleitend nötige Unterstützung aufgrund von Beeinträchtigungen, die dauerhaft bestehen. Natürlich gibt es auch Situationen, in denen sich die Art und der Umfang von Unterstützung durch Entwicklungs- und Lernprozesse verändern, das ist aber nicht grundsätzlich der Fall. Und es führt nicht zwangsläufig dazu, dass keine oder weniger Assistenz mehr benötigt wird.

Anstatt die Funktionen der Assistenz zu beschreiben, wird in der Praxis der Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung vieler Kostenträger versucht, die unterstützten Lebensprozesse zu zergliedern und einzelne einfache Tätigkeiten darin abstrakt und personen- und kontextunabhängig zu definieren und dinglich zu fassen: einkaufen, Essen anreichen, unterstützen beim Toilettengang, bei der Grundpflege, usw. Auf diese Weise wird versucht, eine Art Handlungskatalog für einfache Tätigkeiten zu erstellen, für die vermeintlich keine Qualifikation nötig ist, um eine schematische Zuordnung der nichtqualifizierten Assistenz bei der Bedarfsfeststellung zu schaffen.

Dementgegen ist aber bei einer selbstbestimmungsorientierten Eingliederungshilfe immer und im Einzelfall zu prüfen, welchen Sinn die Unterstützung hat und inwiefern Aspekte der Selbststeuerung, der Regiekompetenz, der stellvertretenden Deutungen usw. in der zu unterstützenden jeweiligen Lebenssituation der individuellen Person eine Rolle spielen. Fachliche Anforderungen können bspw. beim Einkaufen oder in der Freizeitbegleitung sein: Zum Beispiel ist es in der Unterstützung bei Herrn Arnold wichtig, ihn beim Einkaufen zu begleiten und ihn darin zu unterstützen, die gesellschaftliche Rolle als "Kunde" im Geschäft einnehmen zu können. Damit kann er sich die Umgebung als seinen eigenen Sozialraum aneignen und darin aktiv ,mitmischen'. Gerade die Kommunikation, Kontaktaufnahme und Abgrenzung im eigenen Sozialraum ist für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sehr häufig ein Bereich, in dem eine gezielte Unterstützung durch die Assistenzperson nötig ist.

Die aufgezeigten fachlichen Sackgassen haben für Personen, die Unterstützung im Bereich der Regiekompetenzen benötigen und Personen die hohe Unterstützungsbedarfe haben, oftmals äußerst fatale Folgen: fachlich gesehen anspruchsvolle Möglichkeiten, eine Person in ihrer Selbstbestimmung zu unterstützen, werden ignoriert und verhindert, indem einer Situation das Etikett "Unterstützung durch ersetzende Hilfe" aufgezwungen wird und nur angelernte Helfer*innen bewilligt und dementsprechend eingesetzt werden.

Wenn die Kompetenzen bei Assistenzpersonen fehlen, unterbleiben beispielsweise fachlich anspruchsvolle Prozesse der Rückversicherung bei stellvertretenden Deutungen und Handlungen (,ersetzende Hilfe'). Stattdessen muss ständig geklärt werden: "Ist das so in Deinem Sinne? Geht es Dir damit gut? Wolltest Du das (so)? Bist Du zufrieden damit?". Bei nicht oder kaum sprechenden Menschen sind entsprechende nonverbale Signale als Antworten auf derartige Rückversicherungsfragen zu entschlüsseln. Eine weitere Gefahr besteht darin, dass Eigenaktivität verhindert wird, weil sie als ,unmöglich' erscheint, als ,zu minimal' oder als ,zu langsam' denunziert wird: "Wahlmöglichkeiten werden nicht geboten und Gesten, die Wünsche signalisieren, bleiben unbeachtet" (SEIFERT 2004, 7).

Die Folge sind Machtmissbrauch und Entfremdung in den eigenen Lebensvollzügen. Gerade Personen, die aufgrund ihrer umfassenden Beeinträchtigungen auf qualifizierte und stets reflektierte Unterstützung angewiesen sind, erhalten sehr oft durch eine verdinglichte Assistenzauffassung zu wenig Unterstützung in ihrer Selbstbestimmung und oftmals nur ,ersetzende' nicht-qualifizierte Alltagshilfen, die sie in ihrem eigenen Lebensvollzug behindern oder gar enteignen können.

Bedingungen für den Einsatz von angelernten Beschäftigten

Der Einsatz von ungelernten und angelernten Assistenzpersonen in der Eingliederungshilfe ist angesichts der Funktionsbestimmungen im BTHG nur dann möglich, wenn zwei Faktoren erfüllt werden:

- Sie müssen über genügend persönliche Eignung verfügen, d. h. über persönlichkeitsbezogene und über beziehungsbezogene Kompetenzen und
- die Organisation muss einen hinreichenden fachlichen Rahmen dafür gewährleisten.

Die fachliche Begleitung dieser Assistenzpersonen muss die Verantwortungsübernahme sicherstellen, Anleitung, Schulung, Kontrolle und die Einbindung des Personals in die Standards der Sozialen Arbeit, insbesondere die Begründungsverpflichtung des Handelns und die Selbstreflexion. Dieser fachliche Rahmen ist einerseits notwendig, um den rechtlichen Auftrag der Eingliederungshilfe überhaupt einzulösen. Andererseits ist er aber auch notwendig, um den immer drohenden und möglichen Machtmissbrauch in der asymmetrischen Beziehung zwischen Assistenzpersonen und unterstützter Person permanent zu überprüfen, zu reflektieren und ihm entgegenzuwirken (vgl. KOPYCZINSKI 2016, 18-22). Dazu ist es teilweise nötig, dass der Verantwortung sichernde Rahmen auch in Form realer Präsenz von Fachkräften in Lebensalltag und -praxis gewährleistet ist.

Je mehr ungelernte Assistenzpersonen eingesetzt werden, desto mehr fachliche Rahmung und desto mehr Fachkräfte sind also nötig, um Anleitung, Kontrolle, Absicherung gegen unbedarfte Übergriffe und unzureichendes Verstehen, zur Koordination und auch Präsenz zu gewährleisten. Dies muss in den Rahmenverträgen und Leistungsvereinbarungen² entsprechend verankert sein. Außerdem muss dies auch in den individuellen Leistungsbescheiden. also im Gesamtplanverfahren und bei der Planung der Leistungen, berücksichtigt werden.

Zudem ist der Einsatz von Ungelernten problematisch, da bezogen auf das grundlegende Ziel der Eingliederungshilfe, Teilhabe zu ermöglichen, keine Situation identifiziert werden kann, in der von vornherein auszuschließen ist, dass eine Fachlichkeit in deren Begleitung notwendig ist oder werden könnte. Es braucht immer die individuelle und konkrete Betrachtung. Vermeintlich ,ersetzende' Tätigkeiten sind niemals das Teilhabeziel. Sie treten vielleicht im Kontext

² Auf der Ebene der Verträge und Vereinbarungen besteht ein umfangreiches Problem darin, dass die fachlich anspruchsvollen, komplexen und notwendigen Aufgaben der Anleitung und der Koordination und Kooperation in der Behindertenhilfe nur unzureichend in Rahmenverträgen, Leistungsvereinbarungen und Hilfeplänen verankert sind (vgl. KOPYCZINSKI 2018a).

von Situationen auf, bilden aber allenfalls nachrangige Bestandteile in der Realisierung des Teilhabeziels. Verschärfend wirkt, dass immer dann, wenn es um 'ersetzende' Handlungen (sowohl bei Entscheidungen, Funktionen als auch bei Tätigkeiten) geht, Assistenz das Grenzgebiet zur Entmündigung und Bevormundung betritt.

Die Notwendigkeit eines fachlichen Rahmens beim Einsatz von nicht-fachqualifizierten Assistenzkräften, leitet sich auch aus Strukturmerkmalen der sozialen Arbeit ab (vgl. OEVERMANN 1996). In ihrer Arbeit müssen Assistenzpersonen ohne pädagogische Ausbildung auf persönlichkeitsbezogene und beziehungsbezogene Kompetenzen zurückgreifen, die sich im lebensgeschichtlichen Erfahrungsraum der Familie und der persönlichen sozialen Beziehungen bilden können, aber nicht müssen.

Während nun diese Assistenzpersonen auf ihre persönlichen familialen Erfahrungskompetenzen beschränkt sind, kommt es in den Arbeitsbeziehungen, die ja unmittelbar in die private Lebensführung der unterstützten Person einwirken, zu intensiven Verstrickungen und Übertragungsprozessen. Diese können mitunter sehr heikel sein und ein unangemessener Umgang damit kann gravierende negative Auswirkungen haben. Um den strukturell bestehenden Gefahren der Fremdbestimmung und der Enteignung des persönlichen Lebens zu begegnen und die grundgesetzlichen und menschenrechtlichen Ansprüche der Eingliederungshilfe zu gewährleisten, sind deshalb Verantwortungssicherung und fachliche Begleitung notwendig.

Zum Ende bleibt noch darauf hinzuweisen, dass die menschenrechtliche Ausrichtung der Eingliederungshilfe und der Assistenz durch das BTHG auch bindend für die Praxis der Kostenträger ist. Denn es ist deren gesetzliche Verpflichtung, die notwendige Assistenz, also auch den notwendigen Rahmen für die Funktion des anwaltschaftlichen Handelns und assistierter Selbstbestimmung, zu gewährleisten. Dies wird m. E. bislang zu wenig problematisiert und eingefordert. In dem vom Kostenträger verantworteten Gesamtplanverfahren mit Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung hat es große Auswirkungen, ob die hier aufgezeigten menschenrechtlichen Grundlagen in der Assistenz berücksichtigt werden oder nicht. Im Kern geht es z. B. darum, ob (genügend) fachqualifizierte Assistenz zur Verfügung gestellt wird und ob beim Einsatz nicht-fachqualifizierter Assistenzpersonen ein angemessener fachlicher Rahmen gewährleistet (und finanziert) wird. Trotz der immer breiteren Beschäftigung mit Selbstbestimmung fehlt oftmals bei den Kostenträgern und ihren Vorgaben (Rahmenverträge, Leistungsvereinbarungen) und ebenso auch in Konzeptionen von Diensten und Einrichtungen die Grundlage von anwaltschaftlicher/advokatorischer Funktion und Haltung bei der Assistenz. Dementsprechend zählt es leider zur Alltagsrealität vieler behinderter Menschen und ihren Angehörigen, gegen unzureichende Stundenvolumen und unzureichende Qualifikationen bei den von Kostenträgern vorgesehenen Leistungen vorgehen zu müssen.

LITERATUR

Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsstätten für Heilerziehungspflege in Deutschland e. V. (BAG-HEP) (2019): Qualifikationsprofil Heilerziehungspflege. Länderübergreifendes Kompetenzorientiertes Qualifikationsprofil für die Ausbildung von Heilerziehungspfleger*innen an Fachschulen für Heilerziehungspflege.

https://bag-hep.de/uploads/media/Qualifikationsprofil_fuer_Heilerziehungspfleger.pdf (abgerufen am 24.04.2020).

BRUMLIK, Micha (2004): Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe. 2. Aufl. Berlin: Philo & PhiloFine-Arts / Europäische Verlagsanstalt.

Deutsche Gesellschaft für

Soziale Arbeit (DGSA) (2008): Dokumentation der dritten Sitzung der Fachgruppe Ethik und soziale Arbeit am 18.02.08, 11:00–16:00 Uhr im Forschungsinstitut für Philosophie, Hannover. www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Fachgruppen/Ethik_und_Soziale_Arbeit/080218. Protokoll.pdf (abgerufen am 19.04.2020). Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2010): Positionen Nr. 10, 2010 (Autor: Valentin Aichele).

FEUSER, Georg (2011): Selbstbestimmt als Teil des Ganzen leben: Selbstbestimmung, Teilhabe, Assistenz und Anwaltschaft. www.georg-feuser.com/selbstbestimmt-als-teil-des-ganzen-leben-selbstbestimmung-teilhabe-assistenz-und-anwalt-schaft-im-feld-der-inklusion/ (abgerufen am 19.04.2020).

HEIMBERG, Werner; KOPYCZINSKI, Wolfgang (2017): Beratung für Menschen mit Behinderung. Zur Notwendigkeit und konzeptionellen Planung von unabhängiger Teilhabeberatung. Marburger Beiträge zur Inklusion 02. Marburg: Lebenshilfe Hessen.

KOPYCZINSKI, Wolfgang (2016): Assistenz zur Selbstbestimmung. Fachliche und menschenrechtliche Grundlagen zur

Assistenz von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Marburger Beiträge zur Inklusion 01. Marburg: Lebenshilfe Hessen. **KOPYCZINSKI, Wolfgang** (2018a): Fünf Perspektiven zur Überwindung negativer Folgen der Sektoralisierung des sozialen Feldes. In.: Schädler, Johannes; Reichstein, Martin F. (Hg.): Sektoralisierung als Planungsherausforderung im inklusiven Gemeinwesen. ZPE-Schriftenreihe Nr. 51. Siegen: universi – Universitätsverlag Siegen, 69–86.

KOPYCZINSKI, Wolfgang (2018b): Die Krux mit der Selbstbestimmung: Überlegungen zur Weiterentwicklung der Praxis und der Konzepte in der Behindertenhilfe aus den Erfahrungen in dem Projekt MitLeben. In: May, Michael; Ehrhardt, Angelika; Schmidt, Michael (Hg.) (2018): Mitleben: Sozialräumliche Dimensionen der Inklusion geistig behinderter Menschen. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 199-218. LOB-HÜDEPOHL, Andreas (2012): Überflüssige Interessen? Politische Partizipation Benachteiligter als normativer Lackmustest für eine republikanisch verfasste Demokratie. In:.Ethik und Gesellschaft 6 (2), 1–25 www.ethik-und-gesellschaft.de/ojs/index. php/eug/article/view/2-2012-art-5 (abgerufen am 19.04.2020).

LOB-HÜDEPOHL, Andreas (2013): "People first". Die 'Mandatsfrage' sozialer Professionen aus moralphilosophischer Sicht. In: Ethikjournal 1 (1), 1–22. www.ethikjournal.de/fileadmin/ user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_1_04-2013/1_2013_1_Lob-Huedepohl.red..pdf (abgerufen am 19.04.2020). OEVERMANN, Ulrich (1996): Theore-

OEVERMANN, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.

SEIFERT, Monika (2004): Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf?! In: Fachdienst der Lebenshilfe Nr. 1/2004

URBAN-STAHL, Ulrike (2015): Anwalt-schaft. In: Otte, Hans-Uwe et al. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. 5. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

WEINGÄRTNER, Christian (2013): Schwer geistig behindert und selbstbestimmt. Eine Orientierung für die Praxis. 3. Aufl. Freiburg: Lambertus-Verlag.

i

Der Autor:

Wolfgang Kopyczinski

Fachreferent Lebenshilfe Landesverband Hessen e. V.

@ \

wolfgang.kopyczinski@posteo.de



Jonas Kabsch

Eingliederungshilfe und Pflege – von der Schnittstelle zur Nahtstelle

| Teilhabe 2/2020, Jg. 59, S. 77 – 81

I KURZFASSUNG An den Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfeleistungen und Pflegeleistungen gibt es bislang keine Sortiergrößen, um eine Zuordnung sinnvoll zu gewährleisten. Es gibt nur wenige Vorschläge, die eine möglichst passgenaue Hilfen-Konstellation für leistungsberechtigte Menschen anbieten. Der Artikel stellt dazu Überlegungen vor, die in den Verhandlungen zu einem Landesrahmenvertrag in Baden-Württemberg diskutiert wurden.

I ABSTRACT Integration Assistance and Care – from Interface to Juncture. At the interfaces between integration assistance and care services, there is no sort size to ensure a meaningful assignment. There are only a few suggestions that offer the most suitable aid constellation for beneficiaries. The article presents considerations in this regard that were discussed in the negotiations on a framework agreement in Baden-Württemberg.

Einleitung

Wer sich leistungsrechtlich sowie fachlich mit der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und Pflege beschäftigt, trifft auf sprachliche Merkmale, die unterschiedliche Perspektiven verdeutlichen: Jede Disziplin hat ihre Fachsprache, denn die Professionen in der Pflege und in der Eingliederungshilfe haben sich nebeneinander entwickelt - und damit einige Schwierigkeiten im Wording produziert (vgl. KABSCH 2018c, 46-49). Einige Begriffe, die in der Eingliederungshilfe verwendet werden, haben in der Pflege andere Inhalte. Zudem gibt es einige synonyme Inhalte, die in der Pflege jedoch mit anderen Begriffen als in der Eingliederungshilfe gefasst werden (ausführlicher mit Begriffsübersichten: vgl. KABSCH 2018c, 46-49; MAHLER 2018). Die Eingliederungshilfe bezieht sich dabei auf Unterstützungssettings für Menschen mit sog. geistiger Behinderung, aber auch für Menschen mit körperlicher, Sinnesund seelischer Behinderung.

In den vergangenen Jahren haben die Eingliederungshilfe und die Pflege mühsam versucht, sich aufeinander abzustimmen. Mit den Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz müssen sie sich wieder neu sortieren. Laut § 13 Abs. 4 SGB XI können die Leistungsberechtigten zustimmen, dass die Leistungsträger der Eingliederungshilfe mit den

Pflegekassen ihre Bedarfe in ambulanten und häuslichen Settings in der Leistungsfinanzierungs- und Leistungserbringungslogik abstimmen dürfen. Wenn die Leistungsberechtigten nicht zustimmen, stehen die Leistungen der ambulanten Eingliederungshilfe und der Pflege gleichberechtigt nebeneinander. Bei Zustimmung der Leistungsberechtigten ist es notwendig, Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflege fachlich zu definieren, da eine Zuordnung sonst in einem sehr großen Interpretationsspielraum erfolgt (vgl. MAHLER 2018). Dies wird sich voraussichtlich auch auf die konkreten Leistungsbeschreibungen für besondere Wohnformen auswirken.

Weiterhin hat die pauschale Abgeltung der Pflegeleistung mit 266 € (§ 43a SGB XI) Bestand, wenn ein stationärer Bedarf (§ 71 Abs. 4, 5, SGB XI) vorliegt. Zukünftig wird jedoch auch in besonderen Wohnformen die Zuordnung für die Verhandlung der Finanzierung relevant werden, weil die Vergütung künftig der Leistung folgt (§ 125 Abs. 3 SGB IX) und die Leistungen der Pflege von der Eingliederungshilfe umfasst werden (§ 103 SGB IX). In beiden Feldern werden jedoch verschiedene Bepreisungen für Leistungen herangezogen, daher ist die Zuordnung der Leistung nicht bedeutungslos. Beispielsweise werden Gesprächsangebote im Rahmen des § 43b SGB XI von Hilfskräften erbracht, in der Eingliederungshilfe sind es Fachkräfte.

Das Gesetz orientiert sich bei der Zuordnung von Leistungen zur Eingliederungshilfe oder zur Pflege an folgenden Zielen:

- Ziel der Eingliederungshilfe ist es, den Leistungsberechtigten "ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken" (§ 1 SGB IX; genauer ausgeführt im § 4 SGB IX).
- Ziel der Pflegeversicherung ist es, "die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten" (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Leider sind das Definitionen, die eine Unterscheidung eher erschweren. Durch die Pädagogisierung der Pflege und die pflegerischen Tätigkeiten in der Eingliederungshilfe ist eine sachdienliche Unterscheidung kaum möglich.

Wenn wir nun die Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege im § 13 Abs. 4 SGB XI und die dazugehörigen Richtlinien in der Praxis näher betrachten, so wird deutlich, dass hier die Zusammenarbeit, unter Zustimmung des Leistungsberechtigten, nicht geklärt ist sowie verkompliziert wird und dass es bereits auf begrifflicher Ebene zu Unstimmigkeiten und Zuordnungsschwierigkeiten kommt.

Exkurs zu "Teilhabe"

Der Begriff der Teilhabe wird häufig für die Eingliederungshilfe zur Unterscheidung von der Pflege herangezogen. Dieser ist jedoch allein für sich genommen kein Unterscheidungsmerkmal, da er bereits vor vielen Jahren in den Diskussionen der Pflegewissenschaften Eingang fand (vgl. JUCHLI 1990; KLAUß 2017; UNECE 2010) und aktuell international breit diskutiert wird (vgl. UNECE 2010; ŽILJAK o. J.) und auch heute im Landesrecht durch die Pädagogisierung der Pflege bereits verankert ist (z. B. Unterstützungsangebote-Verordnung Baden-Württemberg). Legt man die Diskussionen nebeneinander, wird dennoch schnell klar, dass es sich wieder um unterschiedliche Verständnisse des Begriffs handelt. In der Eingliederungshilfe wird häufig die aus der Soziologie stammende Ausdifferenzierung in Teil-Habe, Teil-Gabe und Teil-Sein zugrunde gelegt (vgl. KASTL 2016).

Problematik

Die Schnittstellen von Leistungen in der Eingliederungshilfe und in der Pflege sind in Abbildung 1 dargestellt. So gibt es Leistungen, die aufgrund der Intention, Erbringung und des Ergebnisses klar zugeordnet werden können. Ein großer Teil ist jedoch von Überschneidungen betroffen: Dies betrifft pflegerische Verrichtungen bzw. Hilfen der Teilhabe, welche die gleiche Intention und ggf. ein ähnliches Ergebnis haben, bei denen jedoch eine klare Zuordnung über die Erbringung möglich ist. Beispielsweise das Duschen. Hier findet allein durch das Leistungsergebnis keine klare Zuordnung statt. Die Erbringung als solche unterscheidet sich zwischen pädagogischer und pflegerischer Fachkraft jedoch deutlich. Darüber hinaus gibt es Leistungen, die anhand der Intention, Erbringung und Ergebnis nicht klar zugeordnet werden können, die im Bereich der "optischen Leistungsidentität" (vgl. SCHINDLER 2017, 27 f.; 2018, 139) liegen.

Hier wird nun auch offenbar, woraus die Begriffsdiffusionen resultieren. Die beiden Fachbereiche haben sich in ihren Leistungen auf ähnliche bis gleiche Bedarfe hin entwickelt (vgl. MAHLER 2018). Dies wird unter anderem bei dem Thema Demenz und korrespondierenden

Wahrnehmungs- und Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen (z. B. Autismus) besonders deutlich. Eine klare Abgrenzung der Bereiche ist nicht möglich und kann nur beliebig sein. Die Überschneidungen sind demnach rechtlich nicht lösbar, da die Diffusion der "optischen Leistungsidentität" auch ohne die kategoriale Zuordnung am einzelnen Bedarf entschieden werden muss.

In den vergangenen Jahren wurde die Schnittstelle durch verschiedene Ansätze versucht zu bearbeiten, durch

- Schärfungen der eigenen Profession und Fallbeispiele (vgl. z. B. v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel 2018; Diakonie Mitteldeutschland 2018; KRUSE, DING-GREINER 2009),
- Versuche, die T\u00e4tigkeiten an der Schnittstelle der jeweils eigenen Profession zuzuordnen (vgl. Diakonie Mitteldeutschland 2018),
- Bestandsaufnahmen (vgl. Diakonie RWL 2019) und
- > Trennungen anhand unbestimmter und inkonsistenter Begriffe aus dem Recht (z. B. Teilhabe).

Einige der Darstellungen sind äußerst spannend und stellen die Problematik sehr gut und teilweise vollständig dar (vgl. Diakonie RWL 2019). Dennoch bleiben diese meist aufgrund paralleler Diskussion ohne das Gegenüber aus der Pflege oder der Eingliederungshilfe hinter ihrem Potenzial der Klärung zurück und dadurch inkonsistent.

Im vollen Bewusstsein der erzeugten Problematik hat die Bundesregierung unter den Modellprojekten nach Artikel 25 BTHG auch ein Modellprojekt zur Schnittstellenbearbeitung ins Leben gerufen (vgl. LVR-Dezernat Soziales 2019). Die bisherigen Veröffentlichungen aus dem Projekt werden derzeit sehr kontrovers diskutiert.

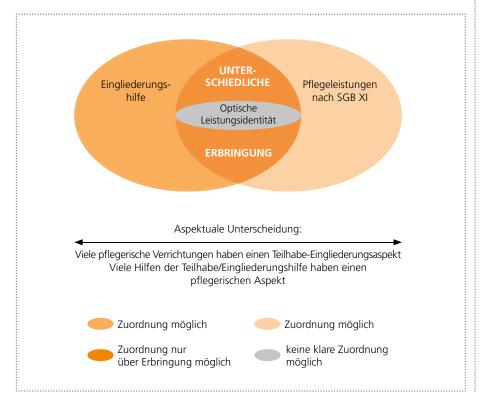
Lösungsansatz

Der Lösungsansatz in Baden-Württemberg lautete¹: Die Schnittstelle muss als Nahtstelle, die ineinander zahnt, verstanden werden. Dazu wird im Folgenden die Entwicklung eines Modells der "aspektualen" Unterscheidung (KABSCH 2018a, 64-67) beschrieben. Damit ist keine streng getrennte und kategorisierte Unterscheidung, sondern eine dialektische Unterscheidung² anhand eines Kontinuums der Pole Eingliederungshilfe und Pflege gemeint. Dies erfordert ein Umdenken: Beispielsweise wird eine zu erbringende Leistung der Eingliederungshilfe nicht von Pflege abgegrenzt, sondern das polare Paar näher betrachtet und auf dem Kontinuum eingeordnet. Dazu werden fünf Aspekte als Maßgabe herangezogen, die im Folgenden erläutert werden. Dies ist ein fachlich-konzeptioneller Versuch, der die Auslegung der rechtlichen Vorgaben durch Gesetze, Richtlinien und Urteile ermöglichen soll, um die personenzentrierte Leistung zuordnen zu können. Um eine Abgrenzung von Eingliederungshilfe und Pflege vornehmen zu können, muss von sich abgrenzenden Definitionen ausgegangen werden, die es in der Praxis jedoch nicht gibt.

Der Vorschlag geht dahin, die Zuordnung anhand einer Leitexpertise der Ziele zu formulieren. Das meint eine aspektuale Unterscheidung an den Polen der Ziele der Pflege und der Eingliederungshilfe. Je nach Ziel und Zweck der Verrichtung kann prozentual oder gewichtend eher die Pflege oder die Eingliederungshilfe als Leistungserbringer zugeordnet werden.

Die Problematik der Schnittstelle lässt sich anhand von fünf Aspekten unterscheiden. Diese sind besonders hilfreich, um Leistungen, die in dem Bereich "optische Leistungsidentität" liegen, der Ein-

 ${\bf Abb.1:} \ Le istung s\"{u}berschneidung en \ Pflege/Eingliederung shilfe \ (eigene \ Darstellung)$



¹ Auf dem Weg zu dieser Unterscheidung gingen viele Gespräche mit Fachleuten und Verbandsvertreter*innen aus der Eingliederungshilfe und der Pflege in Baden-Württemberg voraus. Insbesondere Ulrike Lehnis und Jochen Ziegler sind an den folgenden Punkten beteiligt gewesen. Diskutiert wurden sie u. a. im Unterausschuss Pflege Eingliederungshilfe des LIGA Ausschusses Psychiatrie und Behindertenhilfe BW und dem Ausschuss selbst.

² Näheres zum dialektischen Grundprinzip in KABSCH 2018a, 62 ff.

gliederungshilfe bzw. Pflege zuordnen zu können. Dabei muss für die Zuordnung immer der Gesamtkontext des Leistungsgeschehens für die leistungsberechtigte Person, um die es in dem Fall geht, einbezogen werden.

Die zeitliche Perspektive

In der Pflege sind kurzfristige, maximal mittelfristige Ziele zu formulieren. In der Eingliederungshilfe liegt in der Regel ein *umfassendes und komplexes langfristigeres, prospektives Fernziel* vor, von dem sich die lang-, mittel- und kurzfristigen Ziele ableiten lassen. Das ergibt sich auch aus der Begründung des Gesetzes (BTHG-Begründung zum § 78 SGB IX, 261 f.). Das heißt, in der Eingliederungshilfe besteht eine langfristige Perspektive, deren Ziel als solches auch nicht unbedingt erreicht werden muss.

Thema Arbeit und berufliche Bildung

Das zweite Unterscheidungsmerkmal ist die Thematik Arbeit und berufliche Bildung. In der Pflege gibt es wohl Beschäftigung als Thema, aber keine Arbeit in einem tätigkeitsorientierten und entwicklungsorientierten Rahmen, so wie es in der Eingliederungshilfe der Fall ist. In der Eingliederungshilfe wird jegliche Entfaltung und Weiterentwicklung, und damit auch jede Tätigkeit, die zu einem Lernprozess oder einer Weiterentwicklung führt, als Tätigkeit anerkannt und weiterverfolgt. In der Pflege geht es hier eher um Beschäftigung, wobei diese darauf fokussiert werden kann, dass auf Ressourcen zurückgegriffen oder diese reaktiviert werden. In der Eingliederungshilfe werden Ressourcen erschlossen, entwickelt oder reaktiviert - das heißt, es wird bestehenden, verschütteten Ressourcen zur Realisierung verholfen. Die Eingliederungshilfe agiert demnach mit einem sozial- und heilpädagogischen Ansatz vorwiegend zur Befähigung, Entfaltung und Entwicklung des Leistungsberechtigten sowie zur Erhaltung bestehender und der Wiedergewinnung ehemals vorhandener Fertig- und Fähigkeiten. Bei der Pflege steht der pflegewissenschaftliche Ansatz zur Erhaltung und Wiedergewinnung der Fertig- und Fähigkeiten im Vordergrund und nimmt allein schon über die durchschnittliche Verweildauer in der Pflege eine kürzere Zeitdimension in den Blick.

Edukation

Lernprozesse oder eine Bildungsorientierung sind der Eingliederungshilfe immanent. Auch kleinste Fortschritte werden angestrebt, auch wenn diese Zielformulierungen prospektiv sind. Sie dienen als Fixpunkte unter denen sich die s.m.a.r.t.en Ziele der Leistungserbringung subsumieren. Das bedeutet, im Gegensatz zur Pflege, dass ein Lernprozess über die gesamte Lebensspanne hinweg in der Eingliederungshilfe leitend ist und in der Pflege Ressourcen als solche eher erhalten oder wiedergewonnen werden, das heißt, auf Bestehendes zurückgegriffen wird. Für die Eingliederungshilfe ist nicht einzig die Teilhabe an Bildung gemeint, welche als solche definiert ist (§ 75 SGB IX). Gemeint ist erweiternd die lebenspraktische Bildung und die Bildung in sozialen Interaktionen sowie Persönlichkeitsbildung. Die Eingliederungshilfe unterstützt und fördert das selbstwirksamtätigkeitsorientierte Erleben, die Pflege fasst Beschäftigung überwiegend als Strukturierung des Tages.

Beziehungs- und Interaktionsarbeit

Die Eingliederungshilfe basiert vorrangig auf Beziehungs- und Interaktionsarbeit zur emotional-sozialen Entwicklung. Sie umfasst auch die Aktivierung familiärer und privater Netzwerke zur Entwicklung der Teilhabe, sie hat hierzu ein erweitertes, lebensweltorientiertes und sozialraumorientiertes Verständnis.

Die Aktivierung privater Netzwerke in der Pflege dient dabei eher der Ergänzung der professionellen Leistungen und dem Erhalt sowie der Reaktivierung/Beibehaltung vorhandener Ressourcen.

Abbau von Barrieren

Die Eingliederungshilfe dient dem ideellen, strukturellen und inhaltlichen Barrierenabbau und Nachteilsausgleich bei gesellschaftlichen Anpassungsprozessen³, solche unterstützenden Adaptionsprozesse gibt es in der Pflege nicht.

Diese Aspekte stehen in Beziehung zueinander. Sie müssen nicht notwendig alle zutreffen, werden jedoch kumulativ gedacht. Um Leistungsüberschneidungen zu vermeiden, wird anhand dieses Lösungsansatzes eine pragmatische Setzung getroffen (vgl. SCHINDLER 2018, 141 f.): Leistungen im häuslichen Umfeld, die in einem engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der Erbringung von Teilhabeleistungen stehen, sind insgesamt der Eingliederungshilfe zuzuordnen. Leistungen, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung stehen, sind insgesamt der Pflegeversicherung zuzuordnen.

Aufgrund der Komplexität und der hohen Fachlichkeit muss die Zuordnung der Hilfen diskutiert werden. Sie muss in einem dialogischen Hilfeplanungsprozess zwischen Leistungsberechtigten, Leistungsträgern und Leistungserbringern entwickelt werden.

Ausblick auf Leistungsbeschreibung, Leistungsvereinbarung und Vergütungsvereinbarung an der Nahtstelle

Spannend für mögliche Verhandlungen ist, dass in der ambulanten Pflege sowie in einigen Landesrahmenverträgen der Eingliederungshilfe grundsätzlich eine zeitbasierte Erbringung möglich ist. Diese könnten von der Verrichtung nach der obigen Zuordnung auf den Monat hochgerechnet werden und dann in den jeweiligen Anteilen Pflege und Eingliederungshilfe abgerechnet werden.

Alternativ kann bei jeder Person jede Hilfe bzw. Verrichtung einzeln betrachtet werden und die korrekte Zuordnung erfolgen, nachdem die Hilfe bzw. Verrichtung stattgefunden hat. Das bedeutet, dass z. B. das Duschen Teil der Pflege wird, wenn ein*e Nutzer*in in ihrer Zieldimension keine Selbstständigkeit in der Körperpflege zu erlangen hat. Dies kann sich jedoch von Leistungserbringung zu Leistungserbringung ändern. Beispielsweise kann das Duschen im Sommer viermal in der Woche für die reine Körperhygiene der Pflege zugeordnet werden und dreimal der Eingliederungshilfe für den Prozess des Lernens und Einübens zur Selbständigkeit (vgl. PAPA-MICHAIL 2018, 75; KABSCH 2018d, 129). Problematisch dabei ist, dass dies sehr individuell und damit sehr differenziert für alle Beteiligten wird. Diese Individualebene lässt sich nur schwer in Module einer Leistungsvereinbarung oder landesrahmenvertragliche Modalitäten übersetzen.

In den Richtlinien nach § 13 Abs. 4 SGB XI wird die Abstimmung und damit die Abgeltung der Pflegesachleistungen, der Kurzzeit- und der Verhinderungspflege sowie des Entlastungsbetrags empfohlen. Können die Leistungsberechtigten im Zustimmungsformular der Abgeltung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie des Entlastungsbetrags widersprechen, könnte bei einem personenzentrierten und differenzierten Rahmenvertrag die Hilfe nach der oberen Sortierung zur Klärung der Zuordnung der Leistungen erfolgen. Die Wahrscheinlichkeit, dass hier das Herausnehmen an Verantwortung der Leistungserbringer durch die hinzugewonnene Wirkmacht der Leistungsträger im Teilhabeplanverfahren zu einem Nachteil für die Leistungsberechtigten führt, ist jedoch weiterhin gegeben.

Zusammenfassung und Diskussionsvorschlag

Der hier vorliegende Diskussionsvorschlag versucht die Schnittstelle Pflegeund Eingliederungshilfe zu einer Nahtstelle weiterzuentwickeln. Anhand der Überlegungen sind die Eingliederungshilfe-Leistungen

- 1. an den umfassenden und komplexen prospektiven Fernzielen ausgerichtet.
- Sie dienen mit dem sozial- und heilpädagogischen Ansatz vorwiegend zur agogisch-edukativen Befähigung, Entfaltung und Entwicklung von Leistungsberechtigten sowie zur Erhaltung bestehender und der Wiedergewinnung ehemals vorhandener Fertigund Fähigkeiten.
- Sie unterstützen und fördern das selbst-wirksam-tätigkeitsorientierte Erleben als lebenspraktische Bildung, die Bildung in sozialen Interaktionen sowie die Persönlichkeitsbildung.
- Sie basieren auf Beziehungs- und Interaktionsarbeit zur emotional-sozialen Entwicklung. Die Leistung umfasst dabei auch die Aktivierung familiärer und privater Netzwerke zur Entwicklung der Teilhabe und hat hierzu ein erweitertes, lebensweltorientiertes und sozialraumorientiertes Verständnis.
- Sie sind an einem ideellen, strukturellen und inhaltlichen Barrierenabbau und Nachteilsausgleich bei gesellschaftlichen Anpassungsprozessen ausgerichtet.

Relevant ist auch der Zusammenhang, in dem die Leistungserbringung stattfindet. Beispielsweise muss bei einer Freizeitaktivität der notwendige Toilettengang der Eingliederungshilfe-Leistung zugeschrieben werden. Eine andere Zuordnung wäre ineffektiv und ineffizient. Damit wäre sie nicht nur deutlich teurer, sondern auch behindernd und damit dem Grundsatz der Eingliederungshilfe widersprechend. So muss beispielsweise beim Kino-Besuch der Toilettengang der Eingliederungshilfe-Leistung zugeordnet werden: Der ambulante Pflegedienst besitzt weder die Flexibilität, diese Leistung an einem anderen Ort zu erbringen, noch kann er seine Tour spontan an diese einmalige Begebenheit anpassen. Falls der ambulante Pflegedienst die Flexibilität besitzt, ist es dennoch mit zusätzlichen Fahrt- und Ausfallkosten des Pflegedienstes verbunden.

Pragmatisch ist es möglich, die zugeordneten Leistungen für einen Monat hochzurechnen, um sie als Kontingente in den jeweiligen Feldern in Settings außerhalb besonderer Wohnformen verorten zu können.

Alle Bedarfe einer leistungsberechtigten Person und deren Erbringung als Leistung lassen sich mit den vorgestellten Aspekten zuordnen. Allerdings bleibt nicht aus, dass diese Zuordnung anhand der Bedarfe der Einzelperson und nicht pauschal für alle Personen sowie fallbezogen auch unterschiedlich entschieden und bewilligt werden kann. Durch die Diskussion über die Zuordnung der einzelnen Leistungen für die Leistungsberechtigten wird zwangsläufig eine passgenaue und vor allem individuelle Lösung geschaffen. Das schafft den positiven Nebeneffekt, dass die Leistungsträger sich intensiv mit der Lebenslage und den Bedürfnissen und Bedarfen von Leistungsberechtigten auseinandersetzen müssen. Damit werden sie sich auch auf die Person in ihrem ganzheitlichen So-Sein und Erleben einlassen – und genau das ist die Intention des BTHG.

LITERATUR

ADORNO, Theodor Wiesengrund (1970): Negative Dialektik / Jargon der Eigentlichkeit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. Diakonisches Werk Evangelischer Kirchen in Mitteldeutschland e. V. (Diakonie Mitteldeutschland) (Hg.) (2018): Beschreibung von Teilhabeleistungen in Abgrenzung zur Pflege. Eine Handreichung. Halle an der Saale. https://beb-ev.de/inhalt/handreichungdes-dw-mitteldeutschland-beschreibungvon-teilhabeleistungen-in-abgrenzungzur-pflege (abgerufen am 14.01.2020). **Diakonisches Werk Rheinland-**Westfalen-Lippe e. V. (Diakonie RWL) (Hg.) (2019): Ausgestaltung der Leistungserbringung von Eingliederungshilfe und Pflege. Fachliche Handreichung. Münster. Unveröffentlichte Broschüre. JANBEN, Christina; SPELLBRINK, Wolfgang (2019): Sind Leistungsbeziehende der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zur

Beantragung von Pflegeleistungen verpflichtet? In: Sozialrecht aktuell 16 (4), 142-147.

JUCHLI, Liliane (1990): Ganzheitliche Pflege - Vision oder Wirklichkeit. Basel: Recom.

KABSCH, Jonas (2018a): Lebensweltorientierung und Autismus. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung. Wiesbaden: Springer VS.

KABSCH, Jonas (Hg.) (2018b):

Lebens-Alter. Zur Kooperation zwischen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

KABSCH, Jonas (2018c): Lebens-Alter: Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter. Projektbericht und Bewertung der Ergebnisse. In: Kabsch, Jonas (Hg.): Lebens-Alter. Zur Kooperation zwischen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 19-54.

KABSCH, Jonas (2018d): Handreichung Lebens Alter. Zu Kooperationen zwischen der Behinderten- und Altenhilfe. In: Kabsch, Jonas (Hg.): Lebens-Alter. Zur Kooperation zwischen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe. Marburg: Lebenshilfe, 115-154.

KASTL, Jörg Michael (2016): Inklusion und Integration. Oder: Ist "Inklusion" Menschenrecht oder pädagogische Ideologie? www.ph-ludwigsburg.de/3966.html (abgerufen am 18.04.2017).

KLAUß, Theo (2017): Pflege und Eingliederungshilfe. Macht der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Teilhabeleistungen überflüssig, was umfasst das Recht auf Teilhabe? Workshop Marburg "Was ist Teilhabe?" Zur Profilierung von Teilhabeleistungen in Abgrenzung zur Pflege 21.-22.09.2017. Marburg www.inform-lebenshilfe.de/mediainform/docs/inform/Dokumentationen/170639/13-WS-Handout-KlaussPflege-Eingliederungshilfe.pdf (abgerufen am 14.01.2020).

KRUSE, Andreas; DING-GREINER, Christina (Hg.) (2009): Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Stuttgart: Kohlhammer.

Landschaftsverband Rheinland (LVR-Dezernat Soziales) (Hg.) (2019): https://publi.lvr.de/publi/PDF/859-Brosch%C3%BCre_NePTun.pdf (abgerufen am 05.04.2020).

MAHLER, Gudrun (2017): Diakonische Position zur Schnittstelle von Leistungen der EGH und Leistungen der Pflege für Menschen mit psychischer Erkrankung. München. Unveröffentlichte Folien.

MAHLER, Gudrun (2018): Was eint und was trennt die Eingliederungshilfe und die Pflege? Teilhabe im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Vortrag auf dem Psychiatrie-Jahrestagung des BeB 2018. Berlin.

https://beb-ev.de/wp-content/uploads/ 2018/05/Vortrag_23.05.2018_Gudrun-Mahler_Was-eint-und-trennt-die-Eingliederungshilfe-und-die-Pflege.pdf (abgerufen am 14.01.2020)

PAPAMICHAIL, Simone (2018):

Vielfalt an Kooperationen und Synergien. Praxisbeispiele im Servicewohnen. In: Kabsch, Jonas (Hg.): Lebens-Alter. Zur Kooperation zwischen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe. Marburg: Lebenshilfe, 71–78.

SCHINDLER, Gila (2017): Rechtliche Bewertung der Schnittstelle Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung und Lösungsvorschläge. Heidelberg.

www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabege-setz/doc/Rechtliche_Bewertung_Abgrenzung_EH_Pflege.pdf (abgerufen am 14.01.2020).

SCHINDLER, Gila (2018): Teilhabe oder Pflege? Die Schnittstelle zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe als Praxisherausforderung. In: Sozialrecht aktuell 14 (4), 137–143.

ŽILJAK, Tihomir (o. J.): Soziale Teilhabe. danube-networkers for europe (DaNet). O.O. http://de.danube-networkers.eu/tatig-keitsfelder/soziale-teilhabe/ (abgerufen am 14.01.2020).

United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2010): Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft. Verpflichtung 2 der UNECE-Strategie für das Altern: Gewährleistung der vollen gesellschaftlichen Integration und Teilhabe der älteren Menschen. UNECE Kurzdossier zum Thema Altern Nr. 4. Dezember 2010.

www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2010/Policy-Briefs/4-Policybrief_Participation_Ger.pdf (abgerufen am 14.01.2020).

v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel (Bethel) (Hg.) (2018): Pflege in der Eingliederungshilfe. www.bethel.de/fileadmin/Bethel/downloads/Aktuelle_Flyer_Broschueren_etc/bthg/2018-03-22_Pflege_in_der_Eingliederungshilfe.pdf (abgerufen am 14.01.2020).



Der Autor:

Jonas Kabsch

Referent für Behindertenhilfe und Psychiatrie im Diakonischen Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e. V., Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen



kabsch.j@diakonie-wuerttemberg.de

Anzeige

Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit

Handbuch Soziale Diagnostik, Band 2



Herausgegeben von Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Dieter Röh 2020, 280 Seiten, kart. 29,90 €, für Mitglieder des Deutschen Vereins 24,00 € ISBN 978-3-7841-3263-1

Der zweite Band des Handbuchs Soziale Diagnostik stellt Ansätze und Verfahren vor, die sich in der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum etabliert haben. Die Beiträge reflektieren die spezifischen Bedingungen und diagnostischen Zugänge in den wichtigsten Handlungsfeldern. Sie zeigen die für die jeweilige Praxis einschlägigen Verfahren,

aber auch den Kern von Konzepten und Instrumenten, der handlungsfeldübergreifend Bestand hat.



Bestellen Sie versandkostenfrei im **Online-Buchshop:** www.verlag.deutscher-verein.de



INFOTHEK

Sexuelle Selbstbestimmung und Behinderung

Reflexion, Wissen, Können als Bausteine für Veränderungen

Projekt ReWiKs

Am 1. Juni 2019 startete das Projekt "ReWiKs: Sexuelle Selbstbestimmung und Behinderung–Reflexion, Wissen, Können als Bausteine für Veränderungen" und damit die zweite Förderphase des durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geförderten Modellprojekts ReWiKs.

In der ersten Förderphase des Projektes wurde das ReWiKs-Medienpaket entwickelt, eine umfangreiche, ausdifferenzierte und praxistaugliche Sammlung von miteinander verknüpften Materialien zur Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen, die in Wohneinrichtungen leben. Das Material richtet sich gleichermaßen an Mitarbeitende und Bewohner*innen von Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Es bietet vielfältige Möglichkeiten, sich mit Haltungen, Strukturen und Praktiken auf Ebene der Organisation bzw. mit Bedingungen im eigenen Lebensumfeld zu beschäftigen. Grundlage des Materials bilden die Leitlinien gelingender sexueller Selbstbestimmung, die es in Leichter und in schwerer Sprache gibt.

Weitere Ergebnisse der ersten Förderphase sind ein evaluiertes Fortbildungskonzept für Mitarbeitende ("ReWiKsLotsen") und ein Austauschformat für Bewohner*innen ("Freiraum: Sexualität + ICH") zum Themenkomplex Sexualität und Selbstbestimmung. Beide Formate zielen auf die Erweiterung der (sexuellen) Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, die in Wohneinrichtungen leben.

Diese Erfahrungen, inhaltlichen Erkenntnisse und Materialien bilden die Grundlage für die Weiterführung des Projekts in der zweiten Förderphase. Ziel ist die bundesweite Verbreitung der Erkenntnisse und Medien aus der ersten Förderphase und deren nachhaltige Implementierung in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe, im Lebensbereich Wohnen von Menschen mit Behinderungen, in Beratungsstellen und -diensten sowie in Strukturen der Selbsthilfe.

Kostenlose Fortbildungen an sechs Standorten

In den Jahren 2020 und 2021 werden bundesweit an sechs Standorten Fortbildungen für Mitarbeitende in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe zum Thema "Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung" angeboten.

Die Fortbildung richtet sich an Personen, die die Themen Liebe, Partnerschaft, Sexualität und Selbstbestimmung in ihrer Organisation mit Hilfe des ReWiKs-Medienpakets verantwortlich voranbringen wollen. Aufgrund der aktuellen Situation wird die Fortbildung in einem blendedlearning-Format angeboten, das mit einer Präsenzphase in 2021 abschließt. Die Platzanzahl pro Durchlauf ist begrenzt.

Anmeldungen und Interessenbekundungen für alle sechs Standorte (Stuttgart, Köln, Regensburg, Kassel, Berlin/Brandenburg, Hamburg) werden ab sofort entgegengenommen. Die Fortbildung ist offen für Mitarbeitende aller Trägerschaften und kostenfrei (öffentliche Förderung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). ReWiKs-Lots*innen erhalten exklusiv für die Fortbildung das in diesem Jahr erstmals aufgelegte umfangreiche ReWiKs-Medienpaket. Die Teilnahme von zwei Mitarbeitenden einer Organisation (idealerweise Leitung- und Mitarbeitenden Tandem) ist erwünscht und für die Weiterentwicklung der Einrichtung zu diesem Thema von Vorteil.



DHG-Preis 2020

pie Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) wurde 1991 gegründet. Als interdisziplinärer Fachverband setzt sie sich für eine bessere Lebensqualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (leistungsrechtliche Bezeichnung: "Geistige Behinderung") und komplexem Unterstützungsbedarf ein. Sie sollen ihr Leben nach ihren Bedürfnissen, Vorlieben und Interessen gestalten können und dazu die notwendige Unterstützung erhalten. Die DHG arbeitet an der Entwicklung und Verwirklichung von Standards zur Umsetzung dieser Vision.

Der Personenkreis ist sehr heterogen. Zur Zielgruppe des DHG-Preises gehören:

- Menschen mit starken kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen, die ihre Befindlichkeiten, Bedürfnisse und Interessen überwiegend nonverbal, über jeweils eigene Ausdrucksformen signalisieren;
- Menschen mit mehrfachen Beeinträchtigungen (körperlich, sprachlich oder sinnesbezogen, teilweise zusätzliche psychische Problemlagen und chronische Erkrankungen);
- Menschen, deren Verhalten erheblich auffällt, die sich selbst oder andere gefährden, z. B. durch selbstverletzendes oder aggressives Verhalten gegen Personen und Sachen.

Allen gemeinsam ist, dass sie nicht oder nur bedingt für sich selbst sprechen können und bei der Wahrnehmung ihrer Rechte und Interessen anwaltschaftlicher Unterstützung bedürfen. Mit dem DHG-Preis werden regelmäßig hervorragende und innovative Ansätze in der Behindertenhilfe ausgezeichnet.

Personenorientierung konkret

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) stärkt die Position von Menschen mit Behinderungen. Konkret: Die Unterstützungsarrangements sollen den persönlichen Vorstellungen von einem "guten Leben" möglichst nahe kommen. Sie sollen mit den Betroffenen gemeinsam entwickelt werden. Es geht also nicht länger darum, in welches Angebot eine Person "passt", sondern darum, wie eigene Lebensentwürfe umgesetzt, persönliche Ziele berücksichtigt und ein individueller Lebensstil (weiter-)entwickelt werden kann.

In dieser Perspektive wird ein verändertes Verständnis von professioneller Hilfe deutlich. Es findet in einer achtsamen und respektvollen Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen und ihren Bedürfnissen, Vorlieben und Interessen seinen Niederschlag.

Auf der Handlungsebene manifestiert sich der Wandel in der unbedingten Partizipation der Betroffenen im Sinne von Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten und der Realisierung von Selbstbestimmung, Mitwirkung und Mitbestimmung.

DHG-Preis "Personenorientierung konkret"

Der DHG-Preis "Personenorientierung konkret" würdigt innovative Beispiele, die dazu beitragen, dass die individuellen Bedürfnisse und Interessen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Unterstützungsbedarf Wirklichkeit werden.

Das können Projekte sein, in denen

- > strukturelle und konzeptionelle Veränderungen innerhalb der Organisation personenorientiertes Vorgehen und Teilhabemanagement stärken;
- > partizipative Methoden zur Ermittlung individueller Wünsche und Ressourcen in der Teilhabeplanung und Unterstützungspraxis angewendet werden;
- > Wohnkonzepte im Quartier realisiert werden, die den Bedürfnissen und Unterstützungsbedarfen des Personenkreises Rechnung tragen;
- > arbeitsbezogene Tätigkeitsfelder erschlossen werden, die sich an den Potenzialen von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf orientieren;
- > in Kooperation mit Akteur*innen im Quartier soziale Begegnungen und Freizeitmöglichkeiten erschlossen werden, die den persönlichen Vorlieben entsprechen.

Teilnahmebedingungen

Ihr Projekt erfüllt die Voraussetzungen für eine Bewerbung, wenn es

- Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Unterstützungsbedarf einbezieht,
- > die aktive Teilhabe dieses Personenkreises an der Gestaltung des eigenen

- Lebens und der sozialen Einbindung im Quartier fördert,
- > bereits in der Praxis umgesetzt wurde.

Ihre Projekte sollen dazu beitragen

- individuelle Lebensstile von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Unterstützungsbedarf im Stadtviertel bzw. der Gemeinde zu ermöglichen,
- inklusive Ansätze in den Städten und Gemeinden bekannt zu machen und zu verbreiten.

Preisverleihung und Bewerbung

Der DHG-Preis ist mit insgesamt 3.000 Euro dotiert. Der erste Preis wird mit 1.500 Euro, der zweite Preis mit 1.000 Euro und der dritte Preis mit 500 Euro honoriert. Die Preise werden auf den Jahrestagungen der DHG verliehen. Als Gast der DHG haben Sie die Gelegenheit, Ihr preisgekröntes Projekt auf der Tagung und in den DHG-Veröffentlichungen einem breiten Publikum vorzustellen.

Für Ihre Bewerbung beschreiben Sie Ihr Projekt auf max. fünf DIN A4-Seiten (als WORD- oder PDF-Datei). Falls Sie es wünschen, können Sie weitere Materialien beifügen. Einsendeschluss ist der 31. August 2020. Weitere Informationen erhalten Sie auf der Webseite http://dhg-kontakt.de/dhg-preis/.



Anzeige

Der Newsletter der Bundesvereinigung Lebenshilfe

Jeden zweiten Donnerstag mit ausgewählten Informationen rund um das Thema Teilhabe von Menschen mit Behinderung.

Melden Sie sich jetzt an: www.newsletter. lebenshilfe-aktiv.de

Call for Poster DIFGB

pie Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DIFGB) richtet ihre Jahrestagung am 19. und 20. November 2020 zum Thema "Einsamkeit & Freundschaft. Interdisziplinäre Perspektiven auf ein Forschungsdesiderat im Kontext Geistiger Behinderung" in Leipzig aus.

Die DIFGB stellt sich die Aufgabe, Forschung interdisziplinär zum Wohle von Menschen zu fördern, die als geistig behindert adressiert werden. Sie ist dabei wissenschaftlichen Standards, forschungsethischen Reflexionsansprüchen und der Wahrung der Menschenwürde verpflichtet. Die Forschungsergebnisse sollen für die Wissenschaft und das Zusammenleben in einer diversen Gesellschaft nutzbar gemacht werden.

(Nachwuchs) Wissenschaftler*innen sind herzlich eingeladen, Poster zu ihren Forschungsvorhaben (themenoffen) einzureichen und auf der Tagung in einem Teaser (2 Minutes / 2 Slides) neugierig zu machen auf ihre Posterpräsentation. Anmeldungen können bis zum 31.10.2020 an info@difgb.de erfolgen.



Weitere Informationen:

www.difgb.de

ERWIDERUNG – MEINUNG – KRITIK

Leserforum

84

Anmerkungen zum Artikel "Implizite Behinderungsvorstellungen und Menschenbilder im BTHG. Mögliche Auswirkungen des neuen Bundesteilhabegesetzes (BTHG) auf Menschen mit komplexen Behinderungen" von Sophia Falkenstörfer, (Teilhabe 1/2020, Jg. 59, 4–9)

Liebe Frau Falkenstörfer,

kurze Anmerkungen zu ihrem Aufsatz, der einer durchaus interessanten Fragestellung nachgeht:

Wird so ein Aufsatz von der Redaktion nicht gelesen? Dass unter dem Stichwort Neoliberalismus, Rückbau des Wohlfahrtsstaats Gerhard Schröder als damaliger Bundesminister bezeichnet wird, verwundert mich. Gerhard Schröder war ja bekanntlich Bundeskanzler einer rotgrünen Regierung und hat die Agenda 2010, die ja durchaus mit den Stichworten in Verbindung gebracht werden kann, auf den Weg gebracht. Die Agenda

2010, auf die sich Frau Falkenstörfer bezieht, wird in keiner Weise erwähnt.

Mir ist nicht bekannt, Gefahren hin oder her, dass die Agenda 2010 irgendwelche direkten Auswirkungen auf die Eingliederungshilfe gehabt hätte. Sicherlich hat es schon vorher aber verstärkt danach eine Ökonomisierung der sozialen Arbeit durch entsprechende Begrifflichkeiten (u. a. Wirksamkeitskontrolle im BTHG, vorausschauende Kalkulation der Vergütungen, Qualitätsmanagement mit entsprechenden Kennziffern etc.) gegeben. Trotzdem ist es bisher gelungen, die Eingliederungshilfe von Prozessen wie im Bereich der Pflegeversicherung mindestens deutlich abgeschwächt zu bewahren.

Die auskömmliche Finanzierung der Begleitung von Menschen mit komplexer Behinderung (ein schillernder Begriff!) war auch vor dem BTHG mit Einführung des Metzler-Systems nicht mehr gegeben. Ich selber habe u.a. eine Wohneinrichtung für diesen Personenkreis verantwortet, die in hohem Maße defizitär arbeiten musste und kenne auch andere Einrichtungen, denen es nicht besser geht. Das liegt u.a. an der strikten Ausgrenzung des Personenkreises in diesem Setting von den Leistungen der Pflegeversicherung.

Die Gefahr, dass Menschen mit Behinderung bei einem erneuten wirtschaftlichen Abschwung die Folgen des Neoliberalismus zu spüren bekommen, kann auch daran liegen, dass sie dann auf ihren Bürgerstatus (jeder ist seines Glückes Schmied!) zurück geworfen werden, der natürlich auch zentrales Anliegen der Behindertenrechtskonvention ist.

Die von der Autorin gesehene Gefahr ist für alle (!) Menschen mit sog. geistiger Behinderung gegeben, da, wie richtig festgestellt wird, die positiv verstandenen Begriffe (ohne Bevormundung) von Fürsorge und Schutz für diesen Personenkreis, der als besonders verletzlich gelten muss, im Rahmen der Modernisierung der Behindertenhilfe auch von der Lebenshilfe weitgehend unkritisch über Bord geworfen werden.

Freundliche Grüße Frank Müller, Lüneburg

Erwiderung auf den Leserbrief

Sehr geehrter Herr Müller,

haben Sie vielen Dank für Ihre (konstruktiven) Anmerkungen, auf die ich versuchen werde in aller gebotenen Kürze einzugehen:

Der Artikel wurde von der Redaktion gegengelesen. Trotzdem geschehen – weil

wir Menschen sind – Fehler, wie der, auf den Sie verweisen. Vielen Dank dafür.

Da sich die Agenda 2010 insbesondere auf die Arbeitslosenproblematik Anfang der 2000er Jahre (eine Folge u. a. der Wiedervereinigung, der Finanzkrise, der Dienstleistungsökonomie, dem demographischen Wandel und der Globalisierung) bezieht, hat sie in diesem Beitrag keine explizite Erwähnung gefunden.

Denn, obwohl die Agenda 2010 nicht nur den Arbeits(losen)markt reformiert hat, so steht sie doch insbesondere für die auf die Programmatik des aktivierenden Sozialstaats zurückgehende aktivierende Arbeitsmarktpolitik. Gleichwohl ist dieses Konzept (Agenda 2010) das Stichwort, wenn es um die größte Reform des nachkriegsdeutschen Sozialstaates geht, in der eben die aufgezeigte Wende "Vom Wohlfahrts- zum aktivierenden

Sozialstaat" vollzogen wurde. Insofern pflichte ich Ihnen bei, dass sie durchaus hätte Erwähnung finden können.

Auf Ihre dritte Anmerkung kann ich – mangels Verstehen – nur bedingt eingehen. Auf den Punkt gebracht war es einerseits mein Anliegen, die Programmatik des aktivierenden Sozialstaates aufzuzeigen (nicht die Agenda 2010!) und darzustellen, wie sich diese in den neuen Gesetzgebungen (in diesem Fall im BTHG) wiederfindet und andererseits herauszustellen, was geschehen kann, wenn die Teilhabe nun rückgebunden wird an ein zu aktivierendes Subjekt, welches daraufhin selbst Sorge zu tragen hat teilzunehmen.

Da haben Sie recht, ich hätte mein Anliegen auch mit dem Metzler-System aufzeigen können, habe mich aber aus aktuellem Anlass für das BTHG entschieden. Relevant wäre mit Blick auf den Personenkreis ebenfalls eine nähere Untersuchung der (aus meiner Sicht unhaltbaren) Vorgaben der Pflegeversicherung.

Zu der Beschreibung des Personenkreises als Menschen, die "aufgrund diverser und komplexer behinderungsbedingter Einschränkungen und sich daraus ergebender Bedarfe lebensbegleitend auf fürsorgliche Unterstützung angewiesen sind" möchte ich anmerken, dass diese (Beschreibung) – weil der Unterstützungsbedarf in der Beschreibung explizit ausgewiesen wird - es einem ermöglicht, über Ver- und Fürsorge zu sprechen, ohne per se als paternalistisch und fremdbestimmend abgestempelt zu werden. Insofern sind dann auch Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung oder körperlicher Behinderung gemeint, wenn diese, aufgrund ihrer Behinderung (Impairment), der Ver- und Fürsorge sowie der Unterstützung bedürfen.

Hätte der Neoliberalismus nicht Einzug in das Sozialsystem erhalten, wäre es möglich gewesen, den Bürgerstatus abgekoppelt von Ver- und Fürsorgesystemen (siehe dazu auch Care-Ethik-Debatte) zu denken. Insofern müssten m. E. Ver- und Fürsorge (Sozialstaat) völlig losgelöst von Teilhabe und Bürgerstatus (UN-BRK) diskutiert werden.

Mit freundlichen Grüßen, S. Falkenstörfer

Anmerkungen zum Artikel "Implizite Behinderungsvorstellungen und Menschenbilder im BTHG. Mögliche Auswirkungen des neuen Bundesteilhabegesetzes (BTHG) auf Menschen mit komplexen Behinderungen" von Sophia Falkenstörfer, (Teilhabe 1/2020, Jg. 59, 4-9)

Sehr geehrte Frau Falkenstörfer,

der Artikel "Implizite Behinderungsvorstellungen und Menschenbilder im BTHG" in der Teilhabe 1/2020 enthält neben richtigen Feststellungen auch Behauptungen, die ich so nicht stehen lassen kann und die in der derzeitigen Situation der Umsetzung des BTHG kontraproduktiv sind. Das Menschenbild, wie aus der ICF und der UN-BRK beschrieben,

ist sehr gut dargestellt. Die Darstellung in Bezug auf das BTHG verfälscht die Situation in der Praxis.

- 1. Zurzeit sind die alten Vorstellungen von Behinderung in den Köpfen von Eltern und Mitarbeiter*innen noch sehr präsent und bereiten mehr Probleme, als eine möglicherweise einseitige Sicht von Kostenträgern.
- Der Artikel vernachlässigt die Tatsache, dass die vereinbarten Ziele im Rahmen des Gesamtplans nicht durch den Kostenträger, sondern durch den Menschen mit Behinderung gesetzt werden.
- Der Artikel vernachlässigt auch, dass im Rahmen der Teilhabeplanung auch die Kontextfaktoren der ICF erfasst werden müssen und dass die Kosten-

träger und die Leistungserbringer sich zu einem sozialraumorientierten Ansatz verpflichten müssen (siehe §§ 76, 94, 97, 104, 106, 113, 117 und 141 BTHG).

Daher sehe ich in dem Artikel eine grobe Fehlinterpretation des BTHG und eine Panikmache, die zu einer weiteren Ablehnung von Veränderungen in der Praxis führen wird zu Gunsten das "alten, fürsorgenden Behinderungsbegriffes". Schade, denn ich bin mir sicher, dass dies nicht die Absicht von Ihnen war.

Benno Rehn, Flonheim

Erwiderung auf den Leserbrief

Sehr geehrter Herr Rehn,

auch auf Ihr Schreiben möchte ich hier kurz eingehen:

1. Da haben Sie bestimmt recht, allerdings habe ich mich zu diesem Problemfeld auch gar nicht geäußert. Wichtig ist mir allerdings zu betonen, dass ich mich nicht für "alte Vorstellungen von Behinderung" eingesetzt habe, sondern darauf verwiesen habe, dass es unter uns vulnerablen Menschen (die wir alle sind! Corona führt uns das ja gerade vor Augen) besonders vulnerable Personengruppen (hier

Menschen mit komplexen Behinderungen) gibt, die ein Leben lang auf Für- und Vorsorge angewiesen sind. Diesbezüglich verweise ich an anderer Stelle darauf, dass es Konzepte einer reflektierten Fürsorge bedarf, die eben nicht paternalistisch ausgerichtet sind. (Siehe dazu auch Care-Ethik Debatte).

- 2. Das stimmt leider nur sehr bedingt, was u. a. mit der Komplexität der Sache, mit mangelnden Möglichkeiten des Ausdrucks (z. B. eingeschränkte oder fehlende Verbalsprache) usw. zu tun hat, v. a. aber damit, dass der Sozialhilfeträger (Staat bzw. Kommunen) mit dem Einrichtungsträger, der "Leistungserbringer und Interessenvertreter [sic!] des Menschen mit Behinderung
- in einem darstellt" (vgl. WEBER 2017, 44), verhandelt.
- Das liegt daran, dass ich viele Aspekte des BTHGs nicht aufgegriffen habe, weil das ja auch nicht das Anliegen des Artikels war (siehe Überschrift).

Mit freundlichen Grüßen, S. Falkenstörfer

LITERATUR

WEBER, Sascha (2017): Teilhabe nur für Verbände? In: Sozial Extra 41 (4), 43–45.

BIBLIOGRAFIE

Brehme, David; Fuchs, Petra; Köbsell, Swantje; Wesselmann, Carla (Hg.)

Disability Studies im deutschsprachigen Raum

Zwischen Emanzipation und Vereinnahmung 2020. Weinheim. Juventa. 278 Seiten. 29,95 €

Dahlhaus, Walter J.

Seelische Erkrankung bei Menschen mit Behinderung

Ein Handbuch für Heilpädagogen und Angehörige 2020. Stuttgart. Urachhaus. 437 Seiten. 30,00 €

Greving, Heinrich; Reichenbach, Christina; Wendler, Michael (Hg.)

Inklusion in der Heilpädagogik: Diskurse. Leitideen, Handlungskonzepte

2019. Stuttgart. Kohlhammer. 288 Seiten. 39,00 €

Grosche, Michael; Gottwald, Claudia; Trescher, Hendrik (Hg.)

Diskurs in der Sonderpädagogik

Widerstreitende Positionen 2020. München. Ernst Reinhardt. 125 Seiten. 19,90 € Guthöhrlein, Kirsten; Laubenstein, Désirée; Lindmeier, Christian

Unterrichtsentwicklung und Unterrichtsgestaltung

(Praxisbegleiter Inklusion) 2020. Stuttgart. Kohlhammer. 146 Seiten. 32,90 €

Heimlich, Ulrich; Kiel, Ewald (Hg.)

Studienbuch Inklusion

Ein Wegweiser für die Lehrerbildung 2020. Bad Heilbrunn. Julius Klinkhardt. 366 Seiten. 24.99 €

Kutscher, Nadia; Ley, Thomas; Seelmeyer, Udo; Siller, Friederike; Tillmann, Angela; Zorn, Isabel (Hg.)

Handbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung

2020. Weinheim. Juventa. 658 Seiten. 39,95 €

Lang, Annika; Maier-Michalitsch, Nicola (Hg.)

Spielen – bei Menschen mit Komplexer Behinderung

2020. Düsseldorf. verlag selbstbestimmtes leben. 256 Seiten. 17,40 €

Lüders, Laura; Feldmann, Reinhold; Jungbauer, Johannes

Kinder mit FASD in der Schule

2020. Weinheim. Beltz. 96 Seiten. 14,95 €

Medienprojekt Wuppertal e.V.

Ich auch

Eine Filmreihe über sexualisierte Gewalt gegenüber Menschen mit Behinderung 2020. Medienprojekt Wuppertal. DVD. 55 Min. 32,00 €

Medienprojekt Wuppertal e.V.

Grenzverletzungen

Eine Filmreihe über sexualisierte Übergriffe und Grenzverletzungen gegenüber Menschen mit Behinderung 2020. Medienprojekt Wuppertal. DVD. 138 Min. 32,00 €

Miller, Heike

Ergotherapie bei Autismus

Förderung durch Sensorische Integrationstherapie 2020. Stuttgart. Kohlhammer. 139 Seiten. 26,00 €

Notbohm, Ellen; Zysk, Veronica

1001 Ideen für den Alltag mit autistischen Kindern und Jugendlichen

Praxistipps für Eltern, pädagogische und therapeutische Fachkräfte 2019. Freiburg. Lambertus. 280 Seiten. 28,00 €

Pfab, Werner

Kompetent beraten in der Sozialen Arbeit

Bausteine für eine gute Beratungsbeziehung 2020. München. Ernst Reinhardt. 190 Seiten. 24.90 €

Pretis, Manfred

Frühförderung und Frühe Hilfen

Einführung in Theorie und Praxis 2020. München. Ernst Reinhardt. 254 Seiten. 39,90 €

Röttgers, Hans Rüdiger; Rentmeister, Katrin

Alltagsorientiertes Lernen von Menschen mit Autismus

2019. Stuttgart. Kohlhammer. 133 Seiten. 28,00 €

Vero, Gee

Das andere Kind in der Schule

Autismus im Klassenzimmer 2020. Stuttgart. Kohlhammer. 270 Seiten. 28,00 €

VERANSTALTUNGEN

10. – 11. September 2020, Mainz

INKLUSIVA. Die Inklusionsmesse Rheinland-Pfalz

https://inklusiva.info

11. – 12. September 2020, Hamburg

Schmerzen bei Menschen mit Komplexer Behinderung

www.stiftung-leben-pur.de/termine/tagungenleben-pur/details-tlp-schmerzen-muenchenhamburg-2020/referentenliste-muenchen-undhamburg-2020.html

17. - 19. September 2020, Berlin

34. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. "Heraus mit der Sprache! Sprache individuell fördern"

www.dgs-bundeskongress.de

23. - 26. September 2020, Düsseldorf

REHACARE 2020

www.rehacare.de

13. November 2020. Kassel-Wilhelmshöhe

Fachtagung DGSGB: Aggressives Verhalten in Krisen – Halt geben und kraftvoll bleiben

https://dgsgb.de/zukuenftige-fachtagungen/

19. – 20. November 2020, Leipzig

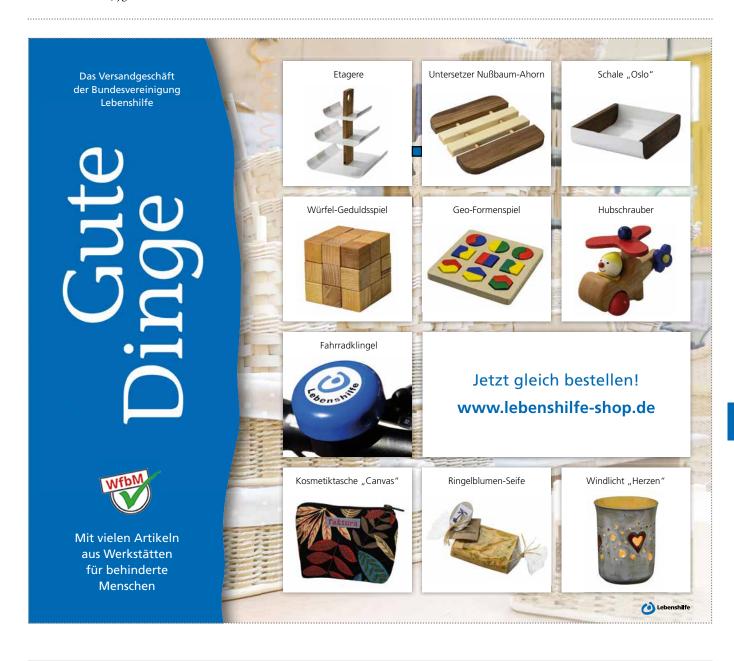
"Einsamkeit & Freundschaft" – DIFGB Jahrestagung

www.difgb.de

23. - 25. September 2021, Berlin

EAMHID-Kongress 2021: 13. Europäischer Kongress zu psychischer Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung

https://www.eamhid2021.eu/de/



IMPRESSUM

Teilhabe – Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe (bis Ende 2008 Fachzeitschrift Geistige Behinderung, gegründet 1961)

ISSN 1867-3031 Herausgeberin

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Hermann-Blankenstein-Straße 30, 10249 Berlin Tel.: (0 30) 20 64 11-0

Fax: (0 30) 20 64 11-204 www.lebenshilfe.de teilhabe-redaktion@lebenshilfe.de

Redaktion

Dr. Theo Frühauf (Chefredakteur), Benita Richter (Geschäftsführende Redakteurin), Andreas Zobel, Roland Böhm, Ulrich Niehoff, Jana Weiz (Redaktionsassistentin, Tel.: (0 30) 20 64 11-127)

Lektorat: Andreas Kieckhöfel

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Clemens Dannenbeck, Landshut; Prof. Dr. Albert Diefenbacher, Berlin; Prof. Dr. Friedrich Dieckmann, Münster; Prof. Dr. Gudrun Dobslaw, Bielefeld;

Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg; Prof. Dr. Bettina Lindmeier, Hannover; Prof. Dr. Frederik Poppe, Merseburg; Prof. Dr. Monika Seifert, Berlin

Bezugsbedingungen

Erscheinungsweise viermal im Jahr.

Jahresabonnement (einschließlich Zustellgebühr und gesetzlicher MwSt.):

Abonnement Print Normalpreis: 43,– \in ; Mitgliedspreis: 33,– \in ; Sammelabonnement (ab 10 Expl.): 24,– \in

Abonnement E-Paper (für zwei Endgeräte): Normalpreis: $36,-\varepsilon$; ermäßigter Preis (für Bezieher des Print-Abo, Lebenshilfe-Mitglieder, Studierende): $18,-\varepsilon$; Sammelabonnement für 30 Endgeräte: $360,-\varepsilon$

Einzelhefte: Printausgabe: 12,– \in (zzgl. Versandkosten); E-Paper: 10,– \in

Wir schicken Ihnen gern ein kostenloses Probeheft.

Das Abonnement läuft um 1 Jahr weiter, wenn es nicht 4 Wochen vor Ablauf des berechneten Zeitraums gekündigt wird.

Abo-Verwaltung: Hauke Strack,

Tel.: (0 64 21) 4 91-123, E-Mail: hauke.strack@lebenshilfe.de

Anzeigen

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 20.02.2020, bitte anfordern oder im Internet ansehen: www.zeitschrift-teilhabe.de, Rubrik: Inserieren Anzeigenschluss: 1. März, 1. Juni, 1. September, 1. Dezember

Gestaltung

Aufischer, Schiebel. Werbeagentur GmbH, Max-Planck-Straße 16, 61381 Friedrichsdorf

Offizin Scheufele GmbH, Tränkestr. 17, 70597 Stuttgart

Hinweise für Autor*innen

Manuskripte, Exposés und auch Themenangebote können eingereicht werden bei: Bundesvereinigung Lebenshilfe, Redaktion "Teilhabe", Leipziger Platz 15, 10117 Berlin, bevorzugt per E-Mail an: teilhabe-redaktion@lebenshilfe.de.

Für genauere Absprachen können Sie uns auch anrufen: (0 30) 20 64 11-127. Für die Manuskripterstellung orientieren Sie sich bitte an den Autor*innenhinweisen, die Sie unter www.zeitschrift-teilhabe.de finden. Entscheidungen über die Veröffentlichung in der Fachzeitschrift können nur am Manuskript getroffen werden. Ggf. ziehen wir zur Mitentscheidung auch Mitglieder des Redaktionsbeirats oder weiteren fachlichen Rat heran. Redaktionelle Änderungen werden mit den Autor*innen abgesprochen, die letztlich für ihren Beitrag verantwortlich zeichnen. Beiträge, die mit dem Namen der Verfasserin bzw. des Verfassers gekennzeichnet sind, geben deren Meinung wieder. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe ist durch diese Beiträge in ihrer Stellungnahme nicht festgelegt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden.

Alle Rechte, auch das der Übersetzung, sind vorbehalten. Nachdruck erwünscht, die Zustimmung der Redaktion muss aber eingeholt werden.



Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Hermann-Blankenstein-Straße 30 10249 Berlin

Tel.: (0 30) 20 64 11-0 Fax: (0 30) 20 64 11-204

Bundesvereinigung@Lebenshilfe.de www.lebenshilfe.de

Werden Sie Fan!
www.facebook.com/lebenshilfe

ANZEIG





