

10 Jahre BTHG – Wo bleibt die Inklusion?

VON DIETER SCHAX

Dieser Text befasst sich mit einem gesamtgesellschaftlichen Verständnis von Inklusion. Ausgehend von der UN-BRK sollen zentrale Merkmale erörtert werden, die den inklusiven Geist der UN-BRK verdeutlichen und aufzeigen, wie eine Übertragung dieser Elemente auf das BTHG aussehen müsste, um die Eingliederungshilfe inklusiv auszugestalten. Hierbei wird der Blick über die jeweiligen Hilfesysteme hinaus auf gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge ausgeweitet.

Die UN-BRK als Vorlage für eine inklusive Gesellschaft

Die UN-BRK, also das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, ist laut der ehemaligen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Verena Bentele, »ein wichtiger Meilenstein – nicht nur für Menschen mit Behinderungen, sondern für die gesamte Gesellschaft«. (1) Die Konvention artikuliert keine Sonderrechte für diese Personengruppe, sie »konkretisiert die universellen Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen und stellt klar, dass diese ein uneingeschränktes und selbstverständliches Recht auf Teilhabe besitzen«. (2) Der Geist der Behindertenrechtskonvention muss daher eindeutig ein inklusiver Geist sein!

Das inklusive Verständnis von Behinderung

In diesem Sinne geht es darum, dass sich die Gesellschaft einem Leitbild von Vielfalt und Unterschiedlichkeit öffnet, in dem alle als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft angesehen werden. Nichtdiskriminierung und Chancengleichheit sind wichtige Voraussetzungen einer solchen Gesellschaft – die Anerkennung von Gleichberechtigung, von unterschiedlichen Fähigkeiten und der wertvollen Beiträge von Menschen mit Behinderungen zum Allgemeinwohl sind allgemeine Grundsätze der UN-BRK. Nicht mehr der Einzelne muss sich mit seiner Beeinträchtigung an gesellschaftliche Vorgaben und Normen anpassen. (3)

Buchstabe e) in der Präambel beschreibt und definiert das Verständnis von Behinderung nach dieser Konvention einschlägig und führt zu der Erkenntnis: »[...] dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten

Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern«. (4)

Dieser sogenannte Wechselwirkungsansatz zum Verständnis von Behinderung verabschiedet sich von der Zuschreibung eines individuellen Defizites an einzelne Personen, erweitert den Rahmen und macht den Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen zur gesellschaftlichen Aufgabe. Darin enthalten ist gleichzeitig eine Verlagerung der Verantwortung vom Individuum auf die gesamte Gesellschaft.

Das BTHG als Lösung?

Ein kritischer Blick in Richtung Inklusion verdeutlicht, dass es noch einige Baustellen gibt. Das gesellschaftliche Verständnis und die Akzeptanz von Barrieren, insbesondere von einstellungsbedingten, bedürfen einer dringenden Restauration. Ansätze und Ideen sind durchaus vorhanden, wie am soeben veröffentlichten aktualisierten Landespsychiatrieplan NRW ersichtlich wird. In Bezug auf Artikel 3 der UN-BRK werden Selbstbestimmung, Teilhabe, Partizipation, Nichtdiskriminierung, Geschlechtervielfalt, Zugänglichkeit und Chancengleichheit als herausragende Merkmale aufgeführt. (5)

Darüber hinaus nennt der Landespsychiatrieplan konkrete Elemente zur Umsetzung dieser Aspekte:

- ▶ Personenzentrierung = Orientierung an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der betroffenen Personen und deren Lebenswelten
- ▶ Einbeziehung der Betroffenenperspektive
- ▶ Gemeinsame und konstruktive Haltung für Veränderungsprozesse usw.

Die UN-BRK wurde im Jahr 2009 in Deutschland ratifiziert und hat seitdem quasi Gesetzeskraft. Die Gesetzgebung hat sich an den Vorgaben der UN-BRK auszurichten.

Das BTHG ist eine Folge dieses Prozesses. Die Umwandlung des ehemaligen Fürsorgerechts in ein modernes Teilhaberecht mit der Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII und der Novellierung des SGB IX markieren einen Paradigmenwechsel im Sinne der UN-BRK.

Die Begründung des BTHG im Jahr 2016 führte vorrangig folgende Ziele des Gesetzgebers auf:

- ▶ Einheitliche Lebensbedingungen (Auflösung der Trennung in stationär und ambulant)
- ▶ Trennung der Fachleistung von den Leistungen zur Existenzsicherung
- ▶ Förderung der Selbstbestimmung
- ▶ Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts und einige mehr

Sämtliche Zielvorgaben orientierten sich an der UN-BRK und dem oben bereits erwähnten Merkmal der Personenzentrierung. Dieses wurde bereits nach der Psychiatrie-Enquete von der Aktion Psychisch Kranke definiert, weil darin ein wesentliches Element im psychiatrischen Reformprozess erkannt wurde. Aber auch wenn der Begriff der Personenzentrierung heutzutage in vielen Veröffentlichungen erwähnt und beschrieben wird, wodurch der Eindruck genährt wird, es handele sich bereits um Allgemeingut, sieht die Realität immer noch anders aus.

Personenzentrierung – Angebotszentrierung

Personenzentrierung bildet in gewisser Weise einen Gegenpart zur Angebotszentrierung, beide Begriffe sind aber nicht 1:1 als Gegensatz einzuordnen. Ohne Angebote gäbe es kaum mehr eine unterstützende Infrastruktur. Aber wenn Angebote ausschließlich standardisiert sind und in Plätzen oder anderen gedeckelten Kontingenten bemessen werden, ist die Wahrscheinlichkeit einer zu starken Angebotszentrierung gegeben. Besondere Wohnformen (früher Wohnheime) und Werkstätten sind hierfür geeignete

Beispiele. Allerdings können auch hier personenzentrierte Merkmale aufgegriffen werden, wenn der Wille zur Flexibilität bei der Leistungserbringung und zur Kreativität vorhanden ist. Es hilft nicht, sich hinter dem Argument der ausschließlich angebotsorientierten Finanzierung zu verstecken, um entsprechende Strukturanpassungen beim Personaleinsatz und der Dienstplangestaltung aufzuschieben und gleichzeitig individuelle und persönliche Bedarfe nicht zu berücksichtigen oder gar den Wunsch nach dem Ort der Leistungserbringung außen vor zu lassen.

Michael Wunder führte in einem Vortrag bei der DGSP-Tagung 2025 in Anlehnung an Klaus Obert einige hilfreiche Aspekte auf, die deutlich machen, worum es gehen muss (6):

- Die Subjektorientierung, die Einzigartigkeit und das Potenzial der Klient:innen als Mitbürger:innen
- Die Beachtung des Alltags und der Lebenswelt der Klient:innen als Ursache und Ressource zum Umgang mit psychischer Abweichung
- Die Partizipation zur Überwindung unserer eingeschränkten, professionell deformierten Perspektiven

In einem gut funktionierenden System gibt es ein konstruktives Miteinander von Personen- und Angebotszentrierung unter besonderer Hervorhebung der Selbstbestimmung.

Personenzentrierung und Finanzierung – geht das denn bedarfsorientiert?

In einer an Inklusion und Personenzentrierung ausgerichteten Praxis werden Finanzierungssysteme benötigt, die zum einen individuelle Einzelförderung enthalten, die aktuell meist über Fachleistungsstunden mit konkreten Zeitvorgaben erbracht wird. Darüber hinaus sind auch in personenzentrierten Finanzierungssystemen pauschalisierte Elemente notwendig, z.B. bei den Leistungen zur Erreichbarkeit und anderen, sich aus dem jeweiligen Kontext und den individuellen Bedarfen ganzer Gruppen von Nutzenden ergebenden Vorhaltleistungen. Als drittes Element müssen auch bedarfsorientierte, gepoolte Leistungen ausreichend finanziert werden.



Foto von Nathan Anderson auf Unsplash

Diese drei geschilderten Finanzierungselemente bilden eine Basis, zunächst für eine Bedarfsplanung auf Augenhöhe mit den Leistungsempfängern und unter Beteiligung der Leistungserbringer, und sie sollten im weiteren Verlauf zu einer transparenten und nachvollziehbaren Gesamt- und Teilhabeplanung führen. Die Kombination der verschiedenen Finanzierungselemente kann sowohl die individuellen Bedarfe abdecken, gleichzeitig aber die Leistungserbringung zeitnah flexibilisieren und somit eine Abkehr von starren, festgefahrenen Regeln und Normen einer jahrzehntelang praktizierten Institutionszentrierung herbeiführen.

Wenn dennoch zu konstatieren ist, dass es in der Praxis so schwierig ist, müssen dafür auch Ursachen zu finden sein.

Als Erstes ist hier das zentrale Hilfedilemma der Sozialen Arbeit zu nennen, welches auf sämtliche Tätigkeitsfelder in der Arbeit mit Menschen übertragen werden kann. »Hilfen so lange wie nötig, aber so kurz wie möglich« zu erbringen, ist leicht gesagt und oft schwer zu realisieren. Oft wird unbewusst eine Abhängigkeit der Klient:innen von ihren Helfer:innen herbeigeführt – in dem Sinne, »dass Abhängigkeit mit der Verfestigung von Strukturen über einen langen Zeitraum entsteht« (7). Daher gilt es, diesen Faktor stets in Beratungen und Supervisionen zu reflektieren.

Erschwert wird dies allerdings zweitens durch eine betriebswirtschaftliche Form der Leistungserbringung, die sich aus den Vorgaben der Finanzierung und des Qualitätsmanagements ergibt. Durch die kontinuierlich wachsenden ökonomischen Strukturen der Gesundheits- und

Sozialsysteme werden Fehlanreize gesetzt, die in erster Linie der Organisation und nicht mehr vorrangig den betroffenen Menschen zugutekommen. Entsprechend kann eine Tendenz zur Risikominimierung im Umgang mit schwierigen Menschen, die die Systeme und ihre Mitarbeitenden vor besondere Herausforderungen stellen, festgestellt werden. Man könnte noch etwas schärfer hinzufügen: Diese Personen werden sukzessiv aus dem System heraus selektiert: Dafür sind wir nicht zuständig, darum müssen sich andere kümmern!

Am Beispiel der Begriffe »Effektivität« und »Effizienz« lässt sich dies gut nachvollziehen. Die Bedeutung dieser beiden eng verwandten Begriffe lässt sich mit zwei einfachen Fragen veranschaulichen: Effektivität – Tue ich die richtigen Dinge? Effizienz – Tue ich die Dinge richtig?

Beide Fragen sind prinzipiell bei allem, was wir tun, relevant. Dennoch sollten die beiden Begriffe nicht unkritisch hingenommen werden. Das liegt aber nicht an ihrer eigentlichen Bedeutung. Unsere (oft unbewusste) kritische Haltung bezieht sich auf die Vereinnahmung dieser Begrifflichkeiten durch die Ökonomie, und so entsteht eine fast ausschließlich auf wirtschaftliche Ressourcen fixierte Haltung: Finanzen, Waren oder Rohstoffe.

Bei der Arbeit mit Menschen aber müssen andere Ressourcen zugrunde gelegt werden und dementsprechend die Begriffe Effektivität und Effizienz fachlich, moralisch und ethisch ausgelegt werden.

Ein dritter Hinderungsfaktor ist die Haltung in den Hilfesystemen. Im Zusammenhang mit der UN-BRK haben sich Begriffe wie »Arbeit auf Augenhöhe«,

»Partizipation« und der Grundsatz »Nicht über uns ohne uns« im Sprach-, aber auch im Schreibgebrauch etabliert. Aber ist damit ihre praktische Anwendung auch sichergestellt?

Um auf Augenhöhe zu »arbeiten«, braucht es die volle und gleichberechtigte Teilhabe beider Seiten. Nur so kann Selbstbestimmung tatsächlich gelebt werden. Reflektieren wir aber die immer noch vorhandenen Machtgefälle? »Ich weiß, was gut für dich ist!«, scheint oft für beide Seiten praktischer zu sein.

Bei der Partizipation und Beteiligung Betroffener an Gremien und in Arbeitskreisen gibt es große Fortschritte. Aber die Selbstverständlichkeit, welch großen Gewinn das für alle Beteiligten darstellt, schreitet nur in sehr kleinen Schritten voran.

Am Beispiel von Besprechungen über Einzelschicksale – häufig als Fallbesprechungen, Fallsupervisionen u. Ä. bezeichnet – lässt sich das letzte der oben aufgeführten Merkmale betrachten. Hier sollte jede Arbeitseinheit selbstkritisch hinterfragen, an wie vielen solcher Besprechungen die Betroffenen selbst teilnehmen; und warum es noch nicht zum Standard geworden ist.

Alle drei genannten ursächlichen Faktoren bedingen sich gegenseitig und führen zu einer Gemengelage, die nur durch eine Erneuerung des gesamten Systems zu verändern ist.

Wie können aus dieser Situation heraus konstruktive Ansätze aussehen?

Die bisherigen Ausführungen legen nahe, dass es nicht ausreichen wird, in den Gesundheits- und Sozialsystemen der verschiedenen Sektoren (Ver-)Änderungen herbeizuführen. Speziell in Bezug auf Haltungsfragen muss die Gesellschaft als Ganzes einbezogen werden. Inklusion ist, wie oben geschildert, ein gesamtgesellschaftliches Thema. Der Umgang mit schwer psychisch kranken und suchtkranken Menschen ist stets herausfordernd. Diese Herausforderung kann und darf aber nicht allein auf Unterstützungssysteme delegiert, sondern muss als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden.

Erst dann werden dringend benötigte Ressourcen, die über Finanzen und Sachkosten hinausgehen, erkannt und zur Verfügung gestellt werden.

Nicht von ungefähr kommt es in modernen Konzepten und kreativen Projekten verstärkt dazu, den Einsatz nichtfachlicher Mittel (Ressourcen) zu nutzen. Das Normalitätsprinzip wird in diesem Zuge mitaufgeführt.

Sozialraumorientierung

Ein dementsprechender Ansatz ist das Fachkonzept der Sozialraumorientierung (SRO). Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass der Begriff seit Jahren an vielen Stellen auftaucht, nicht nur in Vorträgen bei Tagungen und Arbeitskreisen. Auch Seminare an Hochschulen und Weiterbildungsinstituten bearbeiten das Thema bereits seit Jahren. Inhaltlich und fachlich findet sich dort alles wieder, was für eine flexible, bedarfs- und personenorientierte Versorgung notwendig ist. Inklusion wird hier nicht ausschließlich aus der Sicht der Betroffenen, sondern gesamtgesellschaftlich gedacht. Interessant für die Seiten der Leistungsträger und Leistungserbringer dürfte vor allem der erweiterte Blick auf die verschiedenen Ressourcen sein, den das Fachkonzept SRO beinhaltet.

Die SRO basiert auf den Referenzwissenschaften Soziologie, Erziehungswissenschaften und Psychologie, woraus sich die pädagogischen Methoden Sozialer Arbeit ableiten: Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit. Reinhard sieht im Fachkonzept SRO eine Weiterentwicklung von der Gemeinwesenarbeit zum sozialräumlichen Handeln und beschreibt es als Folie für verschiedene Handlungsfelder Sozialer Arbeit. (8)

Die Theorie beruht sehr stark auf den von Hinte beschriebenen fünf methodischen Prinzipien zur SRO:

- ▶ Ausgangspunkt jeglicher Arbeit sind Wille und Interessen der Menschen.
- ▶ Selbsthilfekräfte und Eigeninitiative haben Vorrang vor betreuender Tätigkeit.
- ▶ Bei der Gestaltung von Arrangements spielen personale und sozialräumliche Ressourcen eine wesentliche Rolle.

- ▶ Aktivitäten sind überwiegend zielgruppen- und bereichsübergreifend angelegt.
- ▶ Vernetzung und Integration der verschiedenen sozialen Dienste sind Grundlage funktionierender Einzelfallhilfe. (9)

Auf dieser Basis wird die Ressourcenorientierung zum zentralen methodischen Baustein im Konzept. Die klassische Ressourcenkarte mit den Zielfeldern persönlich, sozial, materiell und sozialräumlich wird ergänzt durch eigene Vorlieben, Stärken und Schwächen, wichtige Menschen und Orte.

Die ressourcenorientierte Fallarbeit bezieht sich somit auf vier Ebenen:

- ▶ Subjektebene
- ▶ Ebene der Familie oder nahestehender Personen
- ▶ Ebene des Quartiers oder des Sozialraums
- ▶ Fachebene Sozialer Arbeit

Damit bildet Ressourcenorientierung einen völlig konträren Ansatz zur im Gesundheits- und Sozialbereich vorherrschenden Defizitorientierung. Derartige Unterstützung ist nicht Teil eines wie auch immer gearteten Reparaturbetriebs, sondern versteht sich als Vermittlungsinstanz zur Teilhabe. Im Sinne einer personenzentrierten Methodik hat sie daher gerade für die Eingliederungshilfe großes Potenzial.

In Anknüpfung an die oben beschriebenen Fragen zur Haltung fragt Hinte: »Unterstütze ich ein gewolltes oder ein gesolltes Leben?« (10)

SRO muss also neben der einzelnen Person auch den Sozialraum und die Lebenswelt in den Blick nehmen, und dafür müssen Ressourcen vorhanden sein. Die SRO beschreibt folgende Arbeitsfelder:

- ▶ Fallspezifische Arbeit im und am Einzelfall.
- ▶ Fallübergreifende Arbeit zur fallbezogenen Ressourcenmobilisierung: Hierbei geht es um die Bündelung von Einzelfällen und die Bearbeitung fallübergreifender Themen.
- ▶ Fallunspezifische Arbeit: Fallunspezifische Tätigkeiten richten sich auf die Erschließung des Raums und der

unterschiedlichen Ressourcen. Sie wird mit dem Blick darauf geleistet, dass sie (später) der Unterstützung von Menschen in der Einzelfallhilfe zugutekommen. (11)

Diese Darstellung verdeutlicht die Notwendigkeit von direkten, indirekten und mittelbaren Leistungen, die in den Leistungsvereinbarungen für Teilhabeleistungen aufgeführt werden. Vergütet werden in der Regel aber ausschließlich die direkten Leistungen und auch nur dann, wenn sie an einzelnen Nutzer:innen erbracht und quittiert wurden. Mit einer derartigen Leistungs- und Vergütungssystematik wird die SRO weiterhin eine Wunsch- oder Idealvorstellung bleiben. Der vor mehr als drei Jahren in NRW erarbeitete Landesrahmenvertrag zur BTHG-Umsetzung enthielt sämtliche der oben für die SRO zu fordernden Leistungs- und Finanzierungselemente. Leider scheiterte die Umsetzung an den unterschiedlichen Vorstellungen in der Praxis, sodass die Parteien sich im vergangenen Jahr davon verabschiedet haben.

»Damit [...] personenzentrierte Unterstützung tatsächlich im Sinne von Inklusion und Teilhabe wirksam wird, muss sie von sozialräumlichen Aktivitäten begleitet werden.« (12) Persönliche Begleitung und Netzwerkarbeit im Sozialraum beschreibt Dochat im Sinne einer Doppelstrategie. (13) Sozialraumorientierung als Fachkonzept nimmt eine Brückenfunktion ein zwischen großen Entwürfen und unterschiedlichen Methoden (14). Deshalb kann sie wirksam und erfolgreich sein.

Fazit

Eingedenk der These, dass Inklusion, Personenzentrierung und ein dement-sprechend zeitgemäßes Verständnis von Behinderung im Geist der UN-BRK als wesentliche Erfolgs- oder Nichterfolgsmerkmale für eine gelingende Umsetzung des BTHG betrachtet werden müssen, reift die Erkenntnis, dass im Sinne Wunders eine geistig-moralische Neuausrichtung, ein eindeutiger Appell für eine ethische Qualifizierung oder die Erkenntnis, dass Inklusion als umfassende gesellschaftliche Antwort auf Ablehnung, Abwertung und Abspaltung der Schwachen, anders

Aussehenden, Denkenden notwendig sein wird. (15)

Dazu bedarf es aber der ehrlichen Erkenntnis, dass es mit dem BTHG kein Finanzierungs-, sondern in erster Linie ein Umsetzungsproblem gibt. Diese (Selbst-) Erkenntnis ist jedoch keine Stärke von Menschen, die als Lobbyisten die Interessen verschiedener Gruppen vertreten. Leider gibt es davon auch im Sozial- und Gesundheitsbereich mehr als genug. ■

Dieter Schax, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V.

Anmerkungen

- 1 Vorwort der Bundesbeauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen Verena Bentele zur UN-BRK, Ausgabe Oktober 2014
- 2 Ebd.
- 3 Siehe hierzu die Präambel der Konvention sowie Artikel 3, Allgemeine Grundsätze
- 4 UN-BRK Buchstabe e) in der Präambel
- 5 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2025) Psychische Gesundheit in NRW. Landespsychiatrieplan NRW 2025, S. 7. Online unter: <https://opal.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV18-4995.pdf> (letzter Zugriff: 04.08.2026)
- 6 Wunder, M. (2026) Gibt es eine Antwort auf die Geschichte? Zur Verantwortung der Psychiatrie heute. In: Soziale Psychiatrie, 192, 50(2), 22
- 7 Beide Zitate aus: Kleve, H.; Haye, B. et al. (2015) Systemisches Case Management. 4. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, S. 12
- 8 Reinhard, G. (2024) Akademie für Sozialraumorientierung und Inklusion: Vortrag mit Präsentation bei der Freien Wohlfahrtspflege am 08.07.2024
- 9 Nach Reinhard, G. (2024) Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer
- 10 Hinte, W. (2019) Das Fachkonzept »Sozialraumorientierung« – Grundlage und Herausforderung für professionelles Handeln. In: Fürst, R.; Hinte, W. (Hrsg.) (2019) Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. Wien: Facultas, S. 9–28
- 11 Siehe Fußnote 10, ebd.
- 12 Dochat, A. (2026) Ein biografisches Krankheitsmodell als Grundlage gemeindepsychiatrischen Handelns. In: Soziale Psychiatrie, 192, 50(2), 38
- 13 Ebd.
- 14 Siehe Fußnote 10, S. 9
- 15 Siehe hierzu auch Wunder in Anlehnung an Adorno, wie oben angegeben, S. 22–24

**Auf den Punkt
gebracht**

EPPENDORFER

**Zeitung für
Psychiatrie & Soziales**



www.eppendorfer.de

- News & Trends aus dem Norden
- Wer macht was?
- Kongressberichte
- Politik & Gesellschaft
- Bücher & Filme
- Angehörige & Selbsthilfe

**Probexemplar
anfordern bei:**

EPPENDORFER

AMEOS Nord
Regionalzentrale
Wiesenhof
23730 Neustadt in Holstein
Tel.: (04561) 611-4430
E-Mail: info@eppendorfer.de
www.eppendorfer.de

Sechsmal im Jahr 24 Seiten
im Tageszeitungsformat
für 39,50 Euro im Jahr