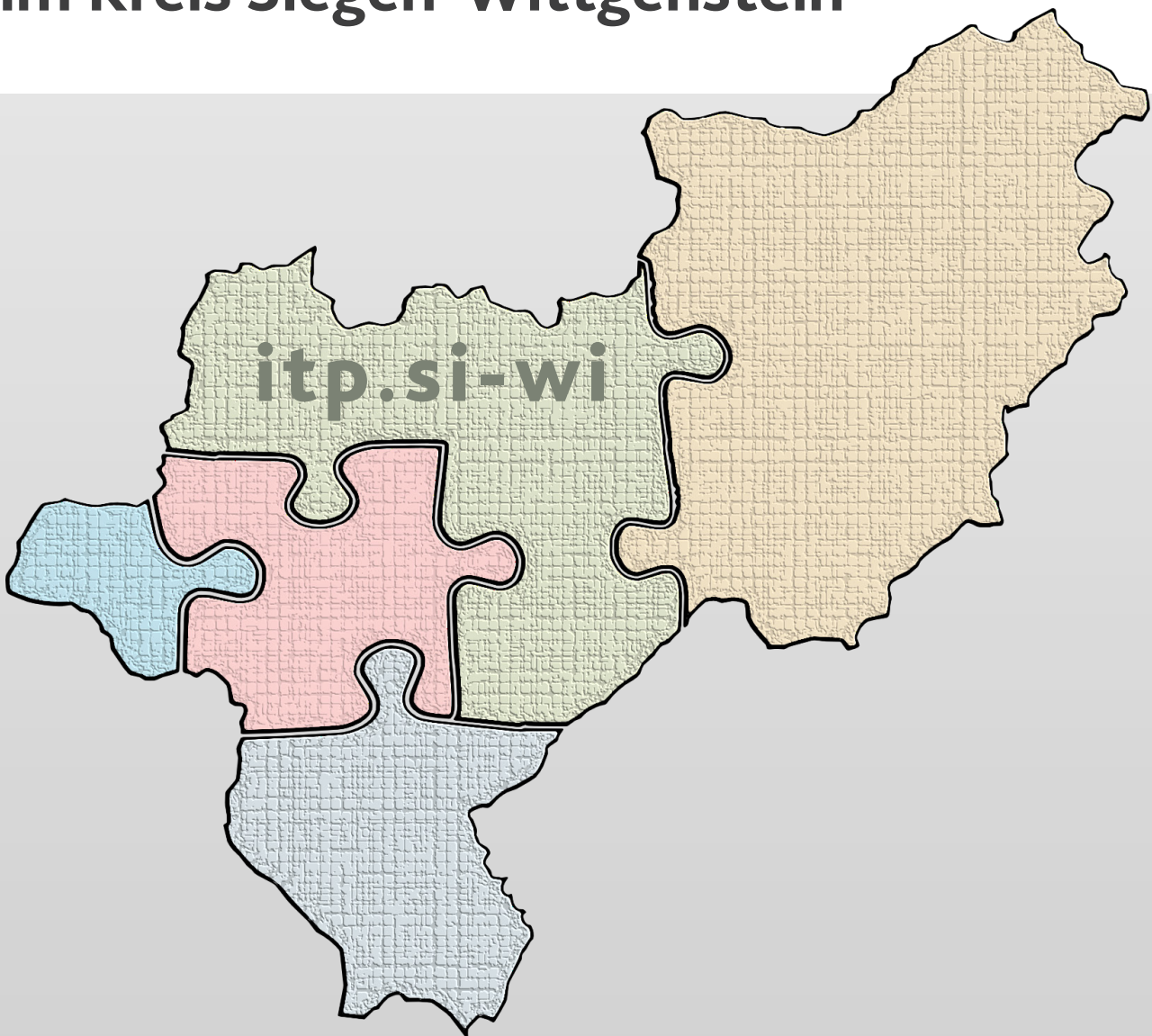


Integrierte Teilhabe- und Pflegeplanung im Kreis Siegen-Wittgenstein



Projektpapier 1: Projektbeschreibung und konzeptionelle Grundlagen

ZPE-Projektgruppe

Integrierte Teilhabe- und Pflegeplanung
im Kreis Siegen-Wittgenstein (iTP.si-wi)

Projektpapier 1

Projektbeschreibung und konzeptionelle Grundlagen

ZPE-Projektgruppe iTP.si-wi

Johannes Schädler, Lars Wissenbach, Martin Reichstein, Andreas Hohmann

Kontakt:

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE)

Universität Siegen

Hölderlinstr. 3

57068 Siegen

+49 (0) 271 740-2228

sekretariat@zpe.uni-siegen.de

<https://www.uni-siegen.de/zpe/>

Siegen, Oktober 2019

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	7
1 Hintergrund.....	9
2 Zielsetzung und Vorgehensweise.....	11
3 Konzeptionelle und rechtliche Grundlagen.....	12
3.1 Begriffliche und fachliche Grundlagen	12
3.1.1 Behinderung	12
3.1.2 Inklusion und inklusives Gemeinwesen	16
3.1.3 Teilhabe	18
3.1.4 Örtliche Teilhabeplanung	20
3.1.5 Kommunale Altenhilfe- und Pflegeplanung	20
3.2 Rechtliche Grundlagen kommunaler Planung	21
3.2.1 Kommunale Daseinsvorsorge.....	21
3.2.2 Kommunale Senioren- und Altenhilfeplanung	21
3.2.3 Kommunale Pflegeplanung.....	22
3.2.4 Gemeindepsychiatrie und Psychiatrieplanung	22
3.2.5 Kommunale Teilhabeplanung.....	24
4 Integrierte Teilhabe- und Pflegeplanung.....	24
Literatur	26

Abkürzungsverzeichnis

APG NRW	Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen
BTHG	Bundesteilhabegesetz
GEPA NRW	Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen
GO NRW	Gemeindeordnung des Landes NRW
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
IGG	Inklusionsgrundsatzgesetz
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGD NRW	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WHO	World Health Organisation
ZPE	Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste

1 Hintergrund

Sowohl im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderungen und chronisch psychischen Erkrankungen als auch im Bereich der Pflege und Altenhilfe wurden in den vergangenen Jahren inklusionsorientierte Unterstützungskonzepte entwickelt. Hintergrund sind sowohl fachliche Neuerungen wie auch gesetzliche Änderungen auf Bundes- und Landesebene, durch die Unterstützungsangebote für leistungsberechtigte Personen in den vergangenen Jahren ausgeweitet und auch besser verzahnt worden sind.

Traditionelle stationäre Hilfeformen sollen durch inklusionsorientierte Angebote ergänzt oder ersetzt werden. Diese Veränderungen müssen in Struktur und Praxis der drei genannten Bereiche sowie in ihrem örtlichen Umfeld nachvollzogen werden, um wirksam zu werden. Dafür bietet insbesondere die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) den Kommunen wichtige Leitlinien. Der Paradigmenwechsel in der Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen weg von der Fürsorge hin zur Teilhabe und Assistenz prägt alle drei Felder in ähnlicher Weise. Dieser findet seinen aktuellen Ausdruck in der UN-BRK. Artikel 1 der Konvention bezieht sich auf einen breiten Personenkreis: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. Behinderung wird also nicht verstanden als ein individuelles Defizit, sondern als eine Beeinträchtigung der Teilhabe und somit als eine Benachteiligung im gesellschaftlichen Leben. Eine individuelle Beeinträchtigung wird dann zu einer Behinderung, wenn es nicht gelingt, das Lebensumfeld und die Unterstützung so zu gestalten, dass eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich ist. Dieses sehr offene Verständnis von Behinderung schließt ganz eindeutig die Zielgruppen der drei hier betrachteten Leistungsgebiete gleichermaßen ein. Es begründet zudem einen Planungsansatz, der sich zugleich auf das Leistungsgeschehen und auf die Entwicklung einer für alle zugänglichen und nutzbaren Infrastruktur bezieht.

Mit der UN-BRK gewinnt insbesondere auch die lokale Ebene eine ganz wesentliche Bedeutung für die Entstehung und Überwindung von Behinderung. Ziel ist es, dass Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen selbstbestimmt und gleichberechtigt (zusammen) leben. Entsprechende Angebote in den drei o. g. Bereichen sind Teile einer örtlichen Infrastruktur sozialer Dienste geworden, deren Vorhandensein und Verfügbarkeit von

der Bevölkerung mehr oder weniger selbstverständlich erwartet wird. Ihr Stellenwert für die Kommunen, d. h. der politischen Ebene im Staatsaufbau, die den Bürger*innen am nächsten ist, ergibt sich sowohl aus versorgungspolitischen Gründen als auch im Hinblick auf die erheblichen Ausgabenanteile der Bereiche am (kommunalen) Haushalt. Gleichwohl ist es keineswegs selbstverständlich, dass Kommunen in Deutschland das örtliche Geschehen in den Bereichen der Hilfen für Menschen mit Behinderungen, Pflege oder Sozialpsychiatrie als Politikbereich begreifen, der durch sie proaktiv auszugestalten ist. Das erklärt sich u. a. aus sozialpolitischen Entwicklungspfaden, die traditionell die Versorgung von Menschen mit Behinderungen und/oder Pflegebedarfen in zentralisierten Einrichtungen vorsahen, deren Regulierung und Finanzierung in die Zuständigkeit überregionaler Akteure gegeben wurde (Bradl 1991; Hummel 1998; Schädler 2003).

Seit einiger Zeit aber entwickeln Kommunen eigene Gestaltungsansprüche in den Politikfeldern Behinderung, Pflege und Gesundheit und wollen in diesen Bereichen ihre Politikfähigkeit erhöhen. Dabei sehen sie sich einerseits vor die Aufgabe gestellt, vielfältige neue Gesetzgebungen überörtlicher Ebenen im Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- oder allgemeinen Infrastrukturbereich(en) (mit)umzusetzen. Zu nennen ist hier insbesondere die UN-BRK und davon abgeleitet z. B. die Gleichstellungs- und Gleichbehandlungsgesetzgebung von Europäischer Union sowie Bund und Ländern, aus denen sich erhebliche Anforderungen an die barrierefreie Gestaltung der öffentlichen Infrastruktur vor Ort ergeben (siehe §4 BGG NRW). Zu nennen sind auch die Verpflichtung zur Pflegeplanung (siehe §7 APG NRW sowie PSG III), die Koordination der Altenhilfe (siehe § 71, Abs. 5 SGB XII), die Koordination psychiatrischer Versorgung (siehe § 6 PsychKG NRW) und der Gesundheitsdienste (siehe insbes. § 23 ÖGD NRW), die Ko-Koordination der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (§ 5 AG BTHG NRW) zusammen mit den Landschaftsverbänden, örtl. Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und Selbsthilfe oder auch die Koordination von Betreuungsangelegenheiten (siehe § 4 LBtg).

Für die sozialen Dienste und ihre Träger bedeuten die gesetzlichen Veränderungen konzeptionelle Herausforderungen. In allen drei Bereichen wird deren Bewältigung zudem durch demografische Entwicklungen und den Fachkräftemangel zusätzlich erschwert.

Durch die an sich erfreuliche Ausbaudynamik der Hilfen in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten ist das Angebot für leistungsberechtigte Personen und ratsuchende Angehörige insgesamt aber auch unübersichtlicher geworden. Auch die Verknüpfung von informellen Ressourcen und Selbsthilfe mit professionellen Hilfen birgt neue Herausforderungen. Die Beratungsbe-

darfe hilfeschender und leistungsberechtigter Menschen konnten bisher vielerorts nicht zufriedenstellend gedeckt werden, auch weil nähräumliche Angebote häufig nicht hinreichend vorhanden sind. Neue Beratungsangebote, wie etwa die Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (EUTB), versuchen dem entgegenzuwirken.

Vor diesem Hintergrund hat der Kreis Siegen-Wittgenstein die Durchführung des Modellprojekts einer integrierten Teilhabe- und Pflegeplanung beschlossen. Das zweijährige Vorhaben wird gemeinsam mit dem Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen durchgeführt.

2 Zielsetzung und Vorgehensweise

Das fachliche Interesse an einer integrierten kommunalen Planung der Angebote für Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Pflegebedarfen und Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen im Kreis Siegen-Wittgenstein ergibt sich, wie oben dargestellt, aus fachlichen, versorgungspolitischen und gesetzlichen Gründen, aber auch im Hinblick auf die erheblichen Ausgabenanteile am kommunalen Sozialbudget.

Vor diesem Hintergrund ist es von Interesse, Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote, der verbesserten Kooperation und Koordination der drei genannten Leistungsbereiche zu identifizieren, zu konzeptualisieren und im Kreisgebiet zu erproben. Der innovative Gehalt des Modellprojekts liegt darin, dass die bisher weitgehend getrennt voneinander arbeitenden Leistungsbereiche der Angebote für Menschen mit Behinderungen, der Pflege und der Sozialpsychiatrie stärker sozialräumlich verknüpft werden sollen. Dazu soll eine integrierte, d. h. bereichsübergreifende, kooperative und partizipative Planung durchgeführt werden. Dem Kreis kommt dabei die Rolle des ‚koordinierenden und steuernden Partners‘ zu, der durch das ZPE der Universität Siegen fachlich und konzeptionell unterstützt wird.

Das Modellprojekt verfolgte damit eine doppelte Aufgabenstellung. Es verband einen konkreten Planungsauftrag mit einem über den lokalen Bezug hinausgehenden Erkenntnisinteresse bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen integrierter Ansätze einer Teilhabeplanung auf kommunaler Ebene. Mit dieser Verbindung von Praxis und Theorieentwicklung knüpfte das Modellprojekt auch an frühere wissenschaftliche Vorarbeiten des ZPE in der Region an und wollte die darin gewonnenen Ergebnisse weiterentwickeln.

Das Projekt gliederte sich in drei Phasen. Im Rahmen einer ersten Forschungsphase wurde die Angebotsstruktur der drei Felder erhoben und ihr Bezug zu politischen, rechtlichen und fachlichen Vorgaben sowie ausgewählten Strukturdaten und nutzerbezogenen Daten der drei Bereiche untersucht. Das vorliegende Projektpapier 1 beschreibt die Struktur, die Zielsetzung sowie rechtliche und konzeptionelle Grundlagen des Projekts. Projektpapier 2 dokumentiert die Entwicklungspfade und die Angebotsstruktur in den drei Bereichen im Kreis Siegen-Wittgenstein sowie die Ausgangssituation in relevanten übergreifenden Bereichen. In einem weiteren Schritt wurden, heruntergebrochen auf fünf Planungsräume innerhalb des Kreises, die Analysen der sozialen Infrastruktur vertieft (Projektpapiere 3–7) und durch die Ergebnisse einer Befragung von 82 Expert*innen aus Politik, Verwaltung, Einrichtungen und Diensten sowie Selbstvertretung in den fünf Planungsräumen ergänzt (siehe auch Projektpapier 8). Abschließend wurden die im Rahmen des Projekts gewonnenen Erkenntnisse in fachpolitische Anknüpfungspunkte und konzeptionelle Eckpunkte für eine dezentral ausgerichtete integrierte Teilhabe- und Pflegeplanung im Kreis Siegen-Wittgenstein aufgearbeitet (Projektpapier 9).

3 Konzeptionelle und rechtliche Grundlagen

3.1 Begriffliche und fachliche Grundlagen

3.1.1 Behinderung

Aus dem Bereich der ‚Disability Studies‘¹ heraus wurde in den 1980er Jahren das sogenannte ‚soziale Modell‘ von Behinderung entwickelt, welches die Beziehungen zwischen Individuen und ihrem Lebensumfeld in den Blick nimmt (vgl. Priestley, 2003; Oliver, 2009). Das Modell bildet einen Gegenentwurf zu einem ‚medizinischen Modell‘ von Behinderung, dessen Betrachtung sich hauptsächlich auf „funktionale Defizite“ einer Person konzentriert und Behinderung mit körperlicher Schädigung oder funktionaler Beeinträchtigung von Individuen gleichsetzt, der mit rehabilitativen Ansätzen bzw. medizinisch-therapeutischer Behandlung zu begegnen ist. Mit dem sozialen Modell ist demgegenüber die Gestaltung des Lebensumfeldes einer Person in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt. Ausgegangen wird von einer Gegenüberstellung zwischen funktionalen, sprich körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen

1 Vgl. KoKoP-Projekt (2016–2019): Schädler, J./ Reichstein, M. / Wittchen, F. (2019) ‚Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie‘, Düsseldorf, Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik 17)

von Individuen (impairment) und Behinderung (disability) als ein Verlust oder Fehlen von Möglichkeiten gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe aufgrund physischer und sozialer Barrieren. Dementsprechend postuliert das soziale Modell eine gesellschaftliche Verantwortung für entsprechende Veränderungsprozesse, die den Abbau solcher Barrieren befördern. Behinderung wird folglich als Benachteiligung durch gesellschaftliche Bedingungen betrachtet und erforscht.

„Das soziale Modell stellt Behinderung in den Kontext sozialer Unterdrückung und Diskriminierung und thematisiert sie als soziales Problem, das wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung und gemeinschaftlicher Aktion bedarf.“ (Waldschmidt 2015, S. 19). Auch wenn das innovative Potenzial des sozialen Modells umfassend gewürdigt und rezipiert wurde, war es auch von Beginn an Gegenstand deutlicher Kritik. So wurde unter anderem die binäre Trennung von Natur (Körper / Beeinträchtigung) und Kultur (Behinderung) als verkürzt zurückgewiesen. Im Kern dieser Kritik steht die Annahme, dass die genannten Merkmale einer Beeinträchtigung (physisch, seelisch, geistig, sensorisch) nicht als ahistorisch, gesellschaftsneutrale Gegebenheiten, naturwissenschaftliche Tatsachen zu betrachten sind, sondern vielmehr – wie auch der Behinderungsbegriff – ebenfalls durch ihre Geschichte, ihre kulturelle Bedeutung und ihre sozialen Konstruktionsmodi geprägt sind. Auch wurde kritisiert, dass die Defizitorientierung des medizinischen Modells durch das soziale Modell von Behinderung nur teilweise aufgelöst wird. So zielten beide Ansätze auf operative Strategien und Lösungsvorschläge für ein zu behebendes Problem ab und schließen ein positives Behinderungsverständnis damit kategorisch aus (vgl. Waldschmidt 2005).

Waldschmidt (2015) ergänzt die genannten Modelle durch ein „kulturelles Modell von Behinderung“, das Konzepte der „Normalität“ in Fragen der interaktiven Herstellung und strukturellen Verankerungen von Differenz in den Blick nimmt. Konkret geht es Waldschmidt darum, die kulturell bedingte Relativität und Historizität von Ausgrenzungs- und Stigmatisierungsprozessen zu berücksichtigen und Behinderung als kulturell geprägt und von Deutungsmustern des Eigenen und des Fremden bestimmt zu betrachten (vgl. ebd., S. 25). Im Fokus der Betrachtung stehen hier also nicht Menschen mit Behinderungen als Minderheit oder Randgruppe, sondern die Mehrheitsgesellschaft. Dieser Ansatz kritisiert „eine gesellschaftliche Praxis, die damit beschäftigt ist, homogene Gruppen zu bilden und diese auf der Basis normativer Bewertungen zu hierarchisieren, anstatt die eigene Heterogenität anzuerkennen und wertzuschätzen“ (ebd., S. 27).

Eine solche Betrachtungsweise wird insbesondere dann relevant, wenn es darum gehen soll, etwas über die Entstehung und Verankerung inklusiver und exklusiver Strukturen und Praktiken

in Gesellschaften zu erfahren. Aus einer planerischen Perspektive eröffnet sie neue Sichtweisen in Bezug auf den Gegenstand und die angestrebten Wirkungen von Planungen, die sich auf eine volle und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen beziehen.

Die UN-BRK leistete einen weiteren entscheidenden Beitrag für die Weiterentwicklung des Verständnisses von Behinderung. Dieser neue Rechtsrahmen enthält keine speziellen Rechte für Menschen mit Behinderungen, wendet aber die bestehenden Menschenrechte auf die spezifische Situation von Menschen mit Behinderungen an und bildet die Grundlage für eine Weiterentwicklung der internationalen Menschenrechtsstandards (siehe Bielefeldt, 2009, S. 4). Mit Verweis auf die UN-BRK stellt Degener (2015) den zuvor erläuterten Modellen von Behinderung mit einem „menschenrechtlichen Modell“ eine weitere Betrachtungsweise zur Seite, die auf ein neues Verständnis von fundamentalen Konzepten wie Diskriminierung, Autonomie und Solidarität ausgerichtet ist. Degener sieht darin eine Weiterentwicklung des sozialen Modells zu einem menschenrechtlichen Modell von Behinderung. Diese Weiterentwicklung lässt sich, so Degener, insbesondere in sechs Kernaspekte fassen:

- (1) Das menschenrechtliche Modell erklärt, warum Menschenrechte nicht aufgrund persönlicher oder zugeschriebener Eigenschaften oder Merkmale aberkannt werden können bzw. das Menschenrechtsfähigkeit Nichtbehinderung nicht voraussetzt (vgl. ebd.; UN 2006, Art. 12).
- (2) Es geht über Rechte zum Schutz vor Diskriminierung hinaus und formuliert aktive Rechte zur Gewährleistung von sozialer Sicherheit und angemessenen Lebensstandards. Es beinhaltet also einen aktiven Handlungsauftrag entsprechende Vorkehrungen zu schaffen, der sich auf alle staatlichen Ebenen bezieht.
- (3) Es blendet den Aspekt der Beeinträchtigung nicht aus, sondern begründet Beeinträchtigung als Teil menschlicher Vielfalt indem es einen engen Bezug zur Menschenwürde und zum Diversitätsansatz herstellt und explizit alle Menschen mit Behinderungen als Rechtssubjekte anerkennt.
- (4) Es berücksichtigt beeinträchtigungsbezogene wie auch intersektionale Identität, z. B. über die Anerkennung und Unterstützung ihrer spezifischen kulturellen und sprachlichen Identität, einschließlich der Gebärdensprachen und der Gehörlosenkultur (vgl. ebd., Art. 30(4)), einem Fokus auf Frauen und Kinder mit Behinderungen (vgl. ebd., Art 6/7) sowie weiterer Identitätsfaktoren wie Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung sowie nationaler, ethnischer, indigener oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt, Alters oder sonstiger Status (vgl. ebd., Präambel).

- (5) Es stellt klar, dass Maßnahmen der primären Prävention von Behinderungen zwar Bestandteil des Rechts auf körperliche und geistige Gesundheit entsprechend des UN-Sozialpakts sein können (vgl. UN 1966, Art. 12), jedoch keinesfalls die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit für Menschen mit Behinderungen darstellen.
- (6) Es enthält ein Programm für den globalen Umgang mit der gegenseitigen Bedingtheit von Armut und Behinderung, indem die Konvention eine globale Entwicklungspolitik und internationale Zusammenarbeit einfordert, die auch Menschen mit Behinderungen erreicht (vgl. UN 2006, Art 32).

Die UN-BRK eröffnet einen relevanten Referenzrahmen für die Gestaltung kommunaler Aufgabenbereiche und entsprechender Planungsprozesse. Zum einen spezifiziert sie die Rechte auf öffentliche Güter und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen, die sich vielfach auf Zuständigkeiten der kommunalen Ebene beziehen. Zum anderen formuliert die Konvention einen aktiven Handlungsauftrag an alle staatlichen Ebenen, angemessene Vorkehrungen zu schaffen, um die Gewährleistung dieser Rechte sicherzustellen. Darüber hinaus fordert die Konvention, dass Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten mitwirken können. Eine solche direkte Beteiligung von Bürger*innen ist insbesondere auch in Planungs- und Entwicklungsprozessen der kommunalen Ebene möglich.

Der Überblick zur Entwicklung unterschiedlicher Modelle von Behinderung macht deutlich, dass kein Modell alleine in der Lage ist, das komplexe Konstrukt Behinderung in all seinen Facetten abzubilden. Auch aus diesem Grund gibt es auf internationaler Ebene keine allgemein akzeptierte Definition von Behinderung. Der in Art. 1 der UN-BRK verankerte Vorschlag ist indes nicht als Definition zu verstehen (Schulze 2009, 34 f.), was sich auch in der Formulierung «include those» widerspiegelt: In dem Text heißt es, dass zu den Menschen mit Behinderungen diejenigen gehören („persons with disabilities include those“), die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können (UN 2006, Art 1). Die Annahme, dass eine Behinderung aus der Interaktion zwischen einer Person und ihrem physischen und sozialen Umfeld entsteht, rückt diesen Aspekt in den Mittelpunkt. Es ist das physische und soziale Umfeld von Individuen, in dem Barrieren konkrete Gestalt annehmen und Inklusion und Teilhabe behindern. Für Planungsprozesse die sich auf Inklusion und Teilhabe beziehen bedeutet das, dass sie diese komplexen Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt in den Blick nehmen und

verstehen, beschreibbar und bearbeitbar machen müssen, um eine informierte Planung und nachhaltige Veränderungsprozesse zu ermöglichen.

Mit dem BTHG ist das Behinderungsverständnis der UN-BRK in das deutsche Sozialrecht aufgenommen worden. So beschreibt die Neufassung des SGB IX Menschen mit Behinderungen als „[...] Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (SGB IX, §2).

3.1.2 Inklusion und inklusives Gemeinwesen

Der Inklusionsbegriff hat insbesondere über die UN-BRK eine starke Verbreitung erfahren, in Deutschland insbesondere seit ihrer Ratifizierung im Jahr 2009. Inklusion im Sinne der allgemeinen Grundsätze der UN-BRK (Art. 3 c) beschreibt zunächst wertneutral den Prozess der „Einbeziehung in die Gesellschaft“ (vgl. Wansing 2015). Qualitativ näher bestimmen lässt sich der Begriff erst über die Auseinandersetzung mit und die genauere Bestimmung von gesellschaftlichen Verhältnissen.

Betrachtet man Inklusion als die Einbeziehung eines Menschen in die Gesellschaft, so ist diese als mehrdimensional zu betrachten. Inklusion im Sinne von Einbeziehung erfolgt dann nicht in die Gesellschaft als Ganzes, sondern – im Sinne funktional ausdifferenzierter Gesellschaften – vielmehr in unterschiedliche Teilsysteme oder Lebensbereiche wie Bildung, Arbeit, Gesundheit, soziale Beziehungen, Recht, Politik, Wohnen oder Kultur und Freizeit (vgl. ebd. Inklusion verwirklicht sich durch die Übernahme von bestimmten Rollen (Schüler*in, Erwerbstätige*r, Mieter*in/Eigentümer*in, Wähler*in/Kandidat*in etc.) in diesen Teilsystemen (vgl. ebd.). Darüber hinaus werden das soziale Zusammenleben sowie die Verteilung von Gütern und Lebenschancen in einer Gesellschaft maßgeblich über geltende Werte und Normen bestimmt (vgl. ebd.). Demokratische und sozialstaatliche Prinzipien sichern in vielen Staaten bürgerliche, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte auf Teilhabe in allen gesellschaftlichen Teilsystemen und Lebensbereichen zu. In diesem Zusammenhang beschreibt Inklusion die Anerkennung, den Schutz und die Umsetzung entsprechender Rechte und Pflichten (vgl. ebd.).

Gleichzeitig beinhaltet auch die UN-BRK keine eindeutige Begriffsdefinition. Die Konvention nutzt den Inklusionsbegriff in folgendem Zusammenhang (siehe auch Wansing 2015, S. 44):

- als allgemeinen Grundsatz voller und wirksamer Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft („full and effective participation and inclusion in society“) (Art. 3);
- als Verpflichtung zur vollen Einbeziehung in die Gemeinschaft („being included in society“, full inclusion and participation in the community), durch u. a. der freien Wahl des Aufenthaltsorts sowie wo und mit wem sie leben, den Zugang zu örtlichen Unterstützungsdiensten und persönlicher Assistenz sowie zugängliche allgemeine öffentliche Dienstleistungen vor Ort (Art. 19);
- als Maßgabe für die Ausrichtung des Bildungssystems („States Parties shall ensure an inclusive education system“) (Art. 24)
- für die Ausformung des Arbeitsmarkts und des Arbeitsumfeldes (Art. 27) sowie als Ziel und Zweck von Diensten und Programmen der Habilitation und Rehabilitation (Art. 26) (vgl. Wansing 2015).

Die Leitperspektive eines „inklusive Gemeinwesens“ bezieht sich auf einen politischen Handlungsansatz, mit dem inklusive Strukturen, Kulturen und Praktiken auf kommunaler Ebene entwickelt werden (vgl. Rohrmann et al. 2014). Mit einem kommunalen Gemeinwesen wird einerseits ein politisch definiertes Territorium bezeichnet, in dessen Grenzen die dort lebenden Personen Einwohner*innen bzw. Bürger*innen, d. h. Träger von gewissen Rechten werden. Genauso wichtig wie die territorialen Grenzen und die formale Zugehörigkeit sind die sozialen Beziehungen durch die ein Gemeinwesen ausgestaltet wird. Die Leitperspektive des inklusiven Gemeinwesens zielt auf die Weiterentwicklung sozialer Beziehungen ab. In diesem Zusammenhang sollen Menschen mit Behinderungen die gleichen Chancen wie alle anderen haben, ihren Alltag zu gestalten. Menschen mit Behinderungen werden als Mitglieder des Gemeinwesens und als Teil menschlicher Vielfalt geachtet. Ein inklusives Gemeinwesen entwickelt sich nicht von selbst, es steht in einer dauernden Spannung zu sozialen Widersprüchen und Tendenzen der Ausgrenzung, die eine Gesellschaft in allen Lebensbereichen durchziehen. Das inklusive Gemeinwesen beschreibt deshalb auch einen politischen Handlungsauftrag, mit dem Kommunen in partizipativen Prozessen die Bedingungen dafür schaffen, dass die Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen und anderer sozialer Gruppen überwunden wird. Darüber hinaus steht das inklusive Gemeinwesen für einen planerischen Ansatz, mit dem Bedingungen im örtlichen Gemeinwesen geschaffen werden, die es (behinderten) Menschen ermöglichen,

ihr Leben selbstbestimmt in den üblichen gesellschaftlichen Institutionen des Lebenslaufs zu gestalten (vgl. ebd.).

Die UN-BRK verbindet den Begriff der Inklusion untrennbar mit dem Begriff der vollen und wirksamen Teilhabe („full and effective participation and inclusion in society“, siehe UN-BRK Art. 3).

3.1.3 Teilhabe

Der Begriff der Teilhabe hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. In seiner Verwendung wird er häufig bezogen auf Lebensbedingungen von Menschen in benachteiligten Lebenslagen, im Zusammenhang mit Armut und sozialer Ungleichheit, Migration und Herkunft, Sexualität, Geschlecht und Alter, insbesondere aber in Bezug auf Menschen mit Behinderungen und chronische Erkrankungen (vgl. Aktionsbündnis 2015).

Die deutsche Übersetzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation verwendet den Teilhabebegriff synonym zum Begriff der Partizipation (engl. „participation“) und beschreibt damit das „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (vgl. WHO/DIMDI 2005). Beeinträchtigungen der Teilhabe sind dementsprechend „Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt“ (ebd.). In Deutschland wurde Teilhabe durch das neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX, 2001) und das Behindertengleichstellungsgesetz (2002) zu einem zentralen Rechtsbegriff. Das BTHG bzw. die Neufassung des neunten Sozialgesetzbuches stärkt den Teilhabebegriff und beschreibt Leistungen, welche die „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ fördern sollen (BTHG / SGB IX, §1). Das oben dargelegte Teilhabeverständnis der ICF ist insbesondere auch insofern relevant, als dass es zukünftig die konzeptionelle Grundlage zur Ermittlung des „Teilhabebedarfes“ entsprechend § 19 SGB IX bildet.

Für die UN-BRK ist der Teilhabebegriff von zentraler Bedeutung. Die Präambel sowie die Artikel 1 (Zweck des Übereinkommens) und 3 (Allgemeine Grundsätze) definieren das Recht auf eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen (vgl. UN 2006). Dieses wird in weiteren Artikeln der Konvention für unterschiedliche Lebensbereiche weiter konkretisiert (siehe UN 2006, Art. 9, 19, 24, 29, 30). Artikel 9 („Zugänglichkeit“) hebt hervor, dass die Gewährleistung eines „gleichberechtigten Zugang[s] zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen sowie zu anderen Einrichtun-

gen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden" (UN 2006, Art 9), eine zentrale Voraussetzung für eine volle und wirksame Teilhabe in allen Lebensbereichen darstellt und verpflichtet alle staatlichen Ebenen, entsprechende Maßnahmen zu treffen. Artikel 19 fordert die Vertragsstaaten auf, „wirksame und geeignete Maßnahmen“ zu treffen, „um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern“ (ebd. Art. 19).

In diesem Zusammenhang hebt Artikel 19 („Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“) die freie Wahl des Aufenthalts- und Wohnortes, den Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten einschließlich persönlicher Assistenz sowie die Zugänglichkeit von gemeindenahen Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit hervor. Das Recht auf Teilhabe und die Bedeutung entsprechender Maßnahmen werden in einem Allgemeinen Rechtskommentar zu Artikel 19 (siehe UN 2017) konkretisiert und verdeutlichen die vielfachen Zuständigkeiten der kommunalen Ebene für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen. Der zweite Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen verweist darauf, dass das Konzept der Teilhabe trotz seiner unbestrittenen Bedeutung für eine Sozialpolitik bei Behinderung weder rechtlich noch wissenschaftlich hinreichend geklärt ist (BMAS 2016, 46). Der Bericht verweist indes auf eine Arbeitsdefinition des Aktionsbündnisses Teilhabeforschung. Diese beschreibt Teilhabe als „Wechselwirkungsverhältnis zwischen Gesellschaft, Umwelt und Individuum. Strukturell, auf der Ebene von Gesellschaft und Umwelt, beinhaltet Teilhabe die Bedingungen, Ressourcen und Möglichkeiten für das barrierefreie und vielfältige Eingebundensein in gesellschaftliche und kulturelle Lebensbereiche und Funktionssysteme. Auf der Ebene von Prozessen meint Teilhabe die Möglichkeiten zur (An-)Teilnahme, Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung in den persönlichen, öffentlichen und politischen Angelegenheiten. Auf individueller Ebene lässt sich Teilhabe als Verwirklichungschance im Sinne von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen in persönlicher Lebensführung und Alltagsbewältigung verstehen. Deskriptiv-empirisch gesehen ist Teilhabe ein Konzept, um Bedingungen, Prozesse und Ergebnisse von gesellschaftlichen Inklusions- und Exklusionsvorgängen besser zu verstehen. Auf normativer Ebene ist Teilhabe positiver Ausdruck gesellschaftlicher Zugehörigkeit und damit ein Gegenbegriff zu sozialer Ausgrenzung“ (Aktionsbündnis 2015, 3).

3.1.4 Örtliche Teilhabeplanung

Im vorangegangenen Absatz wurde deutlich, dass sich Teilhabe nicht nur auf gleichberechtigte Chancen und Möglichkeiten bezieht, sondern explizit auch soziale Prozesse und ihre Ergebnisse im Sinne gesellschaftlicher Zugehörigkeit in den Blick nimmt.

Vor diesem Hintergrund intendiert kommunale Teilhabeplanung die planerische Gestaltung von Veränderungsprozessen, die sich (1) auf Verbesserung von strukturellen Voraussetzungen für die Zugänglichkeit und das Eingebundensein in sämtlichen Lebensbereichen, (2) auf die Weiterentwicklung von realen Möglichkeiten zur Teilnahme, Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung in den persönlichen, öffentlichen und politischen Angelegenheiten sowie (3) auf die reale Erweiterung und Nutzung von individuellen Handlungs- und Gestaltungsspielräumen in der persönlichen Lebensführung und Alltagsbewältigung beziehen.

Die oben dargestellte Leitperspektive eines inklusiven Gemeinwesens bildet den politischen Rahmen und Handlungsauftrag für eine örtliche Teilhabeplanung, die insbesondere die Zuständigkeiten und Handlungsmöglichkeiten staatlicher und nichtstaatlicher kommunaler Akteure für Verwirklichung einer vollen und wirksamen Teilhabe aller Bewohner*innen einer Kommune in den Blick nimmt. Kommunale Teilhabeplanung kann verstanden werden als ein partizipativer und lernorientierter Prozess, in dem alle relevanten Akteure vor Ort unter Federführung der Kommune gemeinsam erarbeiten wie Inklusion im jeweiligen Gemeinwesen erreicht werden soll (vgl. Lampke, Rohrmann & Schädler 2011, S. 9 ff.).

3.1.5 Kommunale Altenhilfe- und Pflegeplanung

Eine kommunale Pflegeplanung basiert auf einem systematischen und fortlaufenden, quantitativen und qualitativen Monitoring pflegerischer Angebote auf kommunaler Ebene. Dieses wird umgesetzt in Federführung der Kreise und kreisfreien Städte und unter Einbeziehung der kreisangehörigen Kommunen, der Kostenträger, der Leistungsträger und Leistungserbringer sowie der Vertreter*innen von Nutzer*innen pflegerischer Leistungen. Eine örtliche Pflegeplanung verfolgt das Ziel, Maßnahmen zur Schaffung, Sicherung und Weiterentwicklung pflegerischer Angebote und komplementärer Unterstützungsleistungen auf örtlicher Ebene zu initiieren und zu koordinieren.

Eine örtliche Pflegeplanung hat vielfältige Überschneidungen mit dem Konzept und den Zielsetzungen einer örtlichen Teilhabeplanung, indem sie einen Beitrag zur Schaffung struktureller

Voraussetzungen und realer Möglichkeiten zur Teilnahme, Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung für Menschen mit Pflegebedarf leistet.

3.2 Rechtliche Grundlagen kommunaler Planung

3.2.1 Kommunale Daseinsvorsorge

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland gewährleistet den Kommunen das Recht, „[...] alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ (Art. 28 Abs. 2 GG). Zusammen mit den privaten und freien Trägern stehen die Kommunen in der Verantwortung, die soziale und infrastrukturelle Daseinsvorsorge ihrer Bürger*innen zu gewährleisten. Insbesondere Bürger*innen unter vulnerablen Lebensbedingungen sind in besonderer Weise auf die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Leistungen der Daseinsvorsorge angewiesen, da diese wichtige Grundlagen für eine selbstbestimmte Lebensführung und eine angemessene Lebensqualität schaffen. Um dies zu realisieren, ist ein Zusammenwirken von Kommunen, Wohlfahrtsverbänden, Unternehmen und Bürger*innen auf der lokalen Ebene notwendig, das ein hohes Maß an Vernetzung, Kooperation und Kooperationsmanagement auf kommunaler Ebene erfordert (vgl. Lampke, Rohrmann & Schädler 2011; Deutscher Verein 2012; Rohleder & Dieckmann 2019). Das Sozialgesetzbuch schreibt für mehrere Hilfesysteme vor, dass die betreffenden Leistungsträger die jeweiligen regionalen oder örtlichen Bedarfe und Angebote erheben und ihre Inanspruchnahme feststellen (§ 80 SGB VIII; § 4 Abs. 3 SGB IX) oder dass diese Aufgabe durch Landesrecht geregelt wird (§ 9 SGB XI). Wenngleich auch in den für das Alter, die Pflege oder für Behinderung relevanten Sozialgesetzen auf Bundesebene Planungsaufgaben als unmittelbare gesetzliche Pflichtaufgabe für Kommunen fehlen, so finden sich doch, u. a. auch auf Landesebene, gesetzliche Vorgaben, die Planungs- und Koordinierungsaufgaben für kommunale Akteure beinhalten.

3.2.2 Kommunale Senioren- und Altenhilfeplanung

§ 71 SGB XII Abs. 5 schreibt eine Koordination der Leistungen der Altenhilfe vor. Diese sollen mit den Leistungen der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe verzahnt werden. Dabei sollen Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen nach den Vorschriften des SGB IX berücksichtigt werden.

Es ist anzunehmen, dass Kommunen ein gesteigertes Interesse daran haben müssten, in eine gut ausgebaute vorpflegerische Infrastruktur der Altenhilfe zur Prävention von Pflegebedürf-

tigkeit zu investieren, um kostenintensive stationäre Versorgung zu vermeiden (vgl. Deutscher Verein 2011; Michell-Auli 2013; Rohleder & Dieckmann 2019). In diesem Zusammenhang wird kritisiert, dass der Ausbau von (u. a. vorpflegerischen) Angeboten der Altenhilfe auch nach der Novellierung des § 71 SGB XII im Rahmen des PSG III gesetzlich nur schwach verankert sei und die Aufgaben einer kommunalen Altenhilfe nicht detailliert bestimmt seien (vgl. Deutscher Verein 2016).

3.2.3 Kommunale Pflegeplanung

Die Vorgabe der Planungsverantwortung im Bereich der Pflege auf die kommunale Ebene erfolgte in NRW bereits 1996 über das Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz NRW – PfG NW). § 6 verpflichtete die Kommunen ausdrücklich zu einer kommunalen Pflegeplanung. Gestärkt wurde der kommunale Planungsauftrag 2014 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW) welches die Städte und Kommunen verpflichtet, eine den örtlichen Bedarfen entsprechende pflegerische Angebotsstruktur nach Maßgabe dieses Gesetzes sicherzustellen (§ 4 Abs. 1). § 7 APG verpflichtet zudem zu einer kommunalen Pflegeplanung, die komplementäre Hilfen, Wohn- und Pflegeformen sowie zielgruppenspezifische Angebotsformen wie persönliche Assistenz und die Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur umfasst. Die Planung soll übergreifende Aspekte der Teilhabe einer altengerechten Quartiersentwicklung zur Sicherung eines würdevollen, inklusiven und selbstbestimmten Lebens, bürgerschaftliches Engagement und das Gesundheitswesen einbeziehen (vgl. APG NRW § 7 Abs. 1). Darüber hinaus ermöglicht § 7 Abs. 6 APG NRW den Kommunen eine rechtlich verbindliche Pflegebedarfsplanung für eine bedarfsabhängige Förderung zusätzlicher teil- oder vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Die Pflegekassen haben gemäß § 69 SGB XI im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern. Das Pflegestärkungsgesetz III (2017) führt in § 8a Abs. 3 zudem eine Verpflichtung der Pflegekassen zur Mitwirkung in regionalen Pflegeausschüssen in Landkreisen und kreisfreien Städten ein.

3.2.4 Gemeindepsychiatrie und Psychiatrieplanung

Die Koordination psychiatrischer Versorgung in NRW ist im Rahmen des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) bestimmt. § 6 definiert

die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure, um die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung zu gewährleisten. § 23 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) bestimmt die Koordination insbesondere der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung sowie der medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen als eigenständige Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde. Planerische Tätigkeiten auf kommunaler Ebene werden vielfach durch psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Psychiatriebeiräte und Psychiatriekoordinator*innen übernommen (vgl. Rohleder & Dieckmann 2019). Kommunale Steuerungsanstrengungen werden durch unterschiedliche Faktoren erschwert, darunter verschiedene leistungsrechtliche Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, steigende Konkurrenz von Leistungsanbietern sowie historisch gewachsene Trägerstrukturen (vgl. MGEPA NRW 2017).

Der Landespsychiatrieplan NRW formuliert den Bedarf, die „Teilhabe- bzw. Gesamtplanung“ der psychiatrischen Versorgung konzeptionell auf der Grundlage des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) weiterzuentwickeln und im ganzen Land in vergleichbarer Form umzusetzen (vgl. MGEPA NRW 2017, S. 49). „Als Forum für die Koordination der verschiedenen Beteiligten des psychiatrischen Hilfesystems“ (§ 31 PsychKG) fungiert der Landesfachbeirat Psychiatrie. Dieser setzt sich aus Vertretungen der Leistungsträger, der Leistungserbringer, der Kommunen, der Kammern, der Sozial- und Fachverbände, des Betreuungswesens sowie aus Betroffenen und Angehörigen zusammen (vgl. ebd.). Ein besonderer Schwerpunkt ist nach dem Gesetz auf Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu legen (vgl. § 31 PsychKG NRW). In NRW weisen die Gemeindepsychiatrischen Verbünde (GPV) als Verbünde vorrangig der Leistungsanbieter auf kommunale Ebene derzeit die stärkste Steuerungsfunktion auf (vgl. MGEPA NRW 2017, S. 49). Im Rahmen des Landespsychiatrieplans NRW wird empfohlen, dass die Kommunen ihre Planungs- und Steuerungsaktivitäten verstärken (vgl. MGEPA NRW, S. 50). Angebunden an die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (oder an den GPV) sollen Arbeitsgemeinschaften der Leistungsträger i. S. von § 94 SGB X (Arbeitsgemeinschaften) und § 25 SGB IX (Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger) konstituiert werden, die zur Überwindung von Fehl- und Unterversorgung sowie Weiterentwicklung der Angebote im Bereich der Teilhabeleistungen beitragen. Darüber hinaus wird angeregt, einen einheitlichen Datensatz zur psychosozialen und psychiatrischen Versorgung zu entwickeln, der kommunal genutzt wird (vgl. ebd.).

3.2.5 Kommunale Teilhabeplanung

Bisher besteht in NRW nur eine schwache gesetzliche Verpflichtung zur kommunalen oder regionalen Planung von Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. Die Kommunen können im Rahmen ihrer Selbstverwaltung entsprechend Art 28 Abs. 2 GG eine örtliche Teilhabeplanung auf den Weg zu bringen und zum regulären Bestandteil ihres hoheitlichen Handelns machen. § 17 Abs. 1 SGB I folgend sind die Leistungsträger verpflichtet darauf hinzuwirken, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

Die Planungspraxis in NRW ist bisher stark geprägt durch die überörtliche Zuständigkeit der Landschaftsverbände. Allerdings macht das NRW Landesausführungsgesetz zum BTHG nun Vorgaben für die Koordination der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Um die Herstellung inklusiver Sozialräume und sozialraumorientierter Leistungen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen, wird in § 5 des Ausführungsgesetzes zum SGB IX für das Land Nordrhein-Westfalen (AG-SGB IX NRW) die Kooperationspflicht zwischen Landschaftsverbänden, Kreisen, kreisfreien Städten und kreisangehörigen Gemeinden präzisiert. Die Träger der Eingliederungshilfe sollen dazu mit den Kreisen und kreisfreien Städten Kooperationsvereinbarungen abschließen, in denen verbindlich die Steuerung und die Planungsgremien vereinbart werden. In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, wie die kreisangehörigen Gemeinden die örtlichen Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe und die örtlichen Vertretungen der Menschen mit Behinderungen in den Steuerungs- und Planungsprozess einbinden werden. Zugleich wirken Träger der Eingliederungshilfe und die Kreise, kreisfreien Städte und kreisangehörigen Gemeinden gemeinsam darauf hin, dass geeignete Leistungserbringer nach § 124 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen und diese sozialräumlich ausgerichtet sind.

4 Integrierte Teilhabe- und Pflegeplanung

Eine integrierte Teilhabe- und Pflegeplanung stellt ein innovatives, aber auch ambitioniertes Vorhaben dar. Die drei Felder der Hilfen für Menschen mit Behinderungen, für Menschen mit psychischen Erkrankungen und für Menschen mit einem Bedarf an pflegerischer Unterstützung sollen im Zusammenhang betrachtet werden. Es sollen Erkenntnisse und Erfahrungen gewon-

nen werden, ob bzw. wie die noch weitgehend isoliert voneinander arbeitenden Hilfebereiche stärker aufeinander bezogen und als übergreifender Planungszusammenhang begriffen werden können. Darüberhinausgehend soll ein Planungsansatz entwickelt werden, der die Aufgaben auf der Ebene des Kreises mit denen der kreisangehörigen Kommunen verzahnt.

Die Gründe für einen integrierten Planungsansatz werden im Folgenden noch einmal zusammengefasst:

- Der Paradigmenwechsel in der Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen weg von der Fürsorge hin zur Teilhabe und Assistenz prägt alle drei Felder in gleicher oder zumindest ähnlicher Weise. Er findet seinen Ausdruck wie dargelegt in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK), die sich auf einen breiten Personenkreis bezieht. Eine individuelle Beeinträchtigung wird dann zu einer Behinderung, wenn es nicht gelingt, das Lebensumfeld und die Unterstützung so zu gestalten, dass eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich ist. Dieses sehr offene Verständnis von Behinderung schließt ganz eindeutig auch Menschen ein, die pflegebedürftig sind und begründet einen sozialräumlich orientierten Planungsansatz.
- Sowohl im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderungen und chronisch psychischen Erkrankungen als auch im Bereich der Pflege wurden in den vergangenen Jahren inklusionsorientierte Unterstützungskonzepte entwickelt, die es aber bislang noch nicht hinreichend geschafft haben, die Orientierung an Strukturen zu überwinden, die der stationären Versorgungslogik folgen.
- Mit der UN-BRK gewinnt die lokale Ebene eine ganz wesentliche Bedeutung für die Entstehung und Überwindung von Behinderung. Ziel ist es, dass Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen selbstbestimmt und gleichberechtigt (zusammen) leben.
- Der demografische Wandel zwingt dazu Strategien zu entwickeln, mit denen auch in ländlichen Gebieten verlässliche Infrastrukturen für Menschen mit Unterstützungsbedarf aufrechterhalten werden können. Diese umfassen eine bessere Verknüpfung der Entwicklung der barrierefreien Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Diensten und Einrichtungen für die Allgemeinheit, der Verbesserung von Möglichkeiten zur Entwicklung eines individuell hilfreichen Arrangements und einer Angebotsentwicklung, die eine notwendige Spezialisierung ausbalanciert mit der Öffnung des Angebotes für einen möglich großen Kreis von Adressat*innen.

Literatur

- Aktionsbündnis (2015): Aktionsbündnis Teilhabeforschung - für ein neues Forschungsprogramm zu Lebenslagen und Partizipation von Menschen mit Behinderungen. Gründungserklärung (Stand 4. Februar 2015) https://www.teilhabe-forschung.org/attachments/article/10/Aktionsb%C3%BCndnis_Teilhabeforschung_Gr%C3%BCndungserkl%C3%A4rung.pdf
- Bielefeldt, H. (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. Essay No. 5. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7, Zuletzt geprüft am 20. April 2019
- Bundesrepublik Deutschland (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz BTHG) Vom 23. Dezember 2016. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf;jsessionid=5557FAF415BBF1DD7175921F3F73FE04?__blob=publicationFile&v=7, Zuletzt geprüft am 20. April 2019.
- Bradl, Christian (1991): Anfänge der Anstaltsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung („Idiotenanstaltswesen“). Ein Beitrag zur Sozial- und Ideengeschichte des Behindertenbetreuungswesens am Beispiel des Rheinlands im 19. Jahrhundert., Frankfurt: Afra-Verlag
- Degener, T. (2015): Die UN-Behindertenrechtskonvention – ein neues Verständnis von Behinderung. In: Degener, T. & Diehl, E. (Hrsg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2011): Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen. Berlin.
- Hummel, Konrad (1998): Öffnet die Altersheime!: Gemeinwesenorientierte ganzheitliche Sozialarbeit mit alten Menschen, Weinheim; Basel: Beltz-Verlag, 4. überarbeitete Auflage
- Lampke, D.; Rohrmann, A. & Schädler, J. (2011): Kommunale Teilhabeplanung, in: Dies. (Hrsg.): Örtliche Teilhabeplanung mit und für Menschen mit Behinderungen. Wiesbaden, Springer VS.
- Landesseniorenvertretung NRW (o. Jg.): Merkmale und Funktionen von Seniorenvertretungen. <https://lsv-nrw.de/zielsetzungen-und-aufgaben-der-lsv-nrw/merkmale-und-funktionen-von-seniorenvertretungen>

- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (2017):
- Michell-Auli, P. (2013): KDA Ansatz zur Quartiersentwicklung. In: Michel-Auli, P., Kremer-Pleiß, U. (Hrsg.): Quartiersentwicklung. KDA-Ansatz und kommunale Praxis.
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW (2017): Aktionsplan der Landesregierung „Eine Gesellschaft für alle – NRW inklusiv“. Zweiter Bericht zur Umsetzung des Aktionsplans. (Stand: April 2017). https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/170621_sachstandsbericht_aktionsplan_april17_barrierefrei.pdf
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (2017): Landespsychiatrieplan NRW. Düsseldorf, MGEPA NRW.
- Oliver, M. (2009): Understanding Disability. From Theory to Practice. Palgrave Macmillan, Hampshire.
- Priestley, M. (2003): Worum geht es bei den Disability Studies? Eine britische Sichtweise. In: Waldsmidt, A. (Hrsg.): Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Kassel: bifos
- Rohleder, C. & Dieckmann, F. (2019): Inklusive Sozialplanung als kommunale Aufgabe. In: Schäper, S.; Dieckmann, F.; Rohleder, C.; Rodekoher, B.; Katzer, M.; Frewer-Graumann, S. (Hrsg.): Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter
- Rohrmann, A.; Schädler, J.; Kempf, M.; Konieczny, E.; Windisch, M. (2014): Inklusive Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe. Unter Mitarbeit von Lena Marie Frensch und Mario Kaiser. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. http://www.uni-sie-gen.de/zpe/projekte/inklusivegemeinwesen/inklusive_gemeinwesen_planen_final.pdf
- Schulze, M. (2010): Understanding The UN Convention On The Rights Of Persons with Disabilities. A Handbook on the Human Rights of Persons with Disabilities. 3rd Edition. Handicap International (ed.)
- United Nations (1966): International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Resolution 2200A (XXI). <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>
- United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>
- United Nations (2017): General comment No. 5 (2017) on living independently and being included in the community. CRPD/C/GC/5. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/5&Lang=en
- Waldschmidt A. (2005): Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung?. Psychologie und Gesellschaftskritik, 29(1), 9–31.

- Waldschmidt, A. (2015): Disability Studies als interdisziplinäres Forschungsfeld. In: Degener, T. & Diehl, E. (Hrsg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Wansing, G. (2015): Was bedeutet Inklusion? Annäherungen an einen vielschichtigen Begriff. In: Degener, T. & Diehl, E. (Hrsg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- WHO/DIMDI (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Genf: WHO. http://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features 20 evenly spaced horizontal grey lines across the entire page, providing a guide for letter height and placement. The background is white, and there are no margins or additional markings.

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features 20 evenly spaced horizontal grey lines across the entire page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no margins, text, or other markings present.

