



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

FAKULTÄT SOZIALE ARBEIT UND PFLEGE
Bachelor Soziale Arbeit

Weiterentwicklung der ambulanten Eingliederungshilfe in Hamburg

Die neue Ambulante Sozialpsychiatrie
im Spannungsfeld zwischen Inklusion und Ökonomisierung

Bachelor-Thesis vorgelegt von:
Dominik Schönefeld

Angefertigt im Studiengang Bachelor of Arts (B. A.) Soziale Arbeit an der
HAW Hamburg · Fachbereich Wirtschaft und Soziales

Tag der Abgabe: 04.11.2014

Erstprüfer:

Prof. Dr. Georg Schürgers

Zweitprüfer:

Prof. Dr. Wolfgang Becker

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Der Forschungsgegenstand wird umrissen	5
2.1	Was ist unter Sozialpsychiatrie zu verstehen?	5
2.2	Die Wiederentdeckung des Sozialen in der Psychiatrie und deren Ambulantisierung	8
3.	Die Ökonomisierung der ambulanten Sozialpsychiatrie	17
3.1	Der Anlass der Verwaltungsreform ab den 1990er Jahren	17
3.2	Die Idee des Neuen Steuerungsmodells	18
3.3	Die Korporati(vi)stische Entscheidungsfindung zwischen dem Staat und den freien Wohlfahrtsverbänden	20
3.4	Das sozialwirtschaftliche Dreiecksverhältnis	21
3.5	Die Fallzahl- und Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe	23
4.	Die Entstehung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN)	24
4.1	Der Inklusionsgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention	25
4.2	Der Sozialraum als Inklusionsmittel	26
5.	Die Vorbereitung der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe	29
5.1	Die Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales (ASMK)	29
5.2	Die Beschlüsse der ASMK zwischen 2007 und 2010	30
5.3	Kritische Stimmen zu den ASMK-Beschlüssen	32
6.	Zwischenfazit	33
7.	Die Ambulante Sozialpsychiatrie (ASP) im Vergleich zu PPM und BeWo	34
7.1	Zugangsvoraussetzungen	34
7.2	Antragstellung	35
7.3	Bewilligung	36
7.4	Leistungsumfang	37
7.5	Finanzierung über das Trägerbudget	38
7.6	Alternative Finanzierung über das Persönliche Budget	39

8.	Die Experteninterviews mit drei Akteuren des sozialwirtschaftlichen Dreiecks	41
8.1	Methodisches Vorgehen	41
8.2	Auswahl der Interviewpartner	42
8.3	Transkription	43
8.4	Qualitative Inhaltsanalyse.....	43
8.5	Das Gespräch mit Herrn Axel Georg-Wiese von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI).....	45
8.6	Das Gespräch mit Herrn Jurand Daszkowski vom Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V.	45
8.7	Das Gespräch mit Herrn Wolfgang Bayer vom sozialpsychiatrischen Träger Stiftung Das Rauhe Haus.....	46
9.	Zusammenfassung der Aussagen der Experteninterviews	46
9.1	Der Begriff der ‚Inklusion‘	47
9.2	Die Partizipation der Sozialmarktteilnehmer am Konzept der ASP	47
9.3	Der Blick auf das sozialräumliche Angebot der ASP	49
9.4	Die ASP aus ökonomischem Blickwinkel.....	51
9.5	Die Möglichkeit der alternativen Nutzung der ASP über das Persönliche Budget.....	54
9.6	Zur Notwendigkeit des Systemwechsels	55
10.	Fazit und Ausblick.....	57
11.	Literaturverzeichnis.....	63
12.	Internetquellen.....	66
13.	Übersicht der Anhänge	68
14.	Eidesstattliche Versicherung.....	179

1. Einleitung

Seitdem Mitte der 1980er Jahren die Ambulantisierung der Sozialpsychiatrie langsam an Fahrt aufnahm und nicht nur mit den Hoffnungen auf ein menschenwürdigeres und eigenständigeres Leben der Menschen mit psychischen Krankheiten bzw. seelischen Behinderungen verknüpft war, sondern auch helfen sollte, die Kosten der psychiatrischen Langzeitbehandlungen und vor allem des hohen volkswirtschaftlichen Schadens infolge der Arbeitsausfälle der Betroffenen zu reduzieren, hat sich ein prosperierender sozialpsychiatrischer Markt entwickelt. Viele frei-gemeinnützige, aber auch privatwirtschaftliche Träger bieten psychosoziale Leistungen rund um die lebensweltlichen Themen Beschäftigung, Wohnen, soziale Netzwerke und Freizeitgestaltung an.

Zwei dieser sozialpsychiatrischen Modelle, die sich historisch-strukturell in Hamburg herausgebildet haben, sollen nun binnen eines dreijährigen Umstellungszeitraums bis Ende 2016 zum neuen Modell der Ambulanten Sozialpsychiatrie (ASP) zusammengefasst werden. Es handelt sich dabei um die Hilfeformen der Personenbezogenen Leistungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen (PPM) sowie Betreutes Wohnen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen (BeWo). Von der Umstrukturierung sollen auch die niedrighschwelligten Angebote der neun Psychosozialen Kontaktstellen (PSK) erfasst werden, die – sofern sie an eine BeWo-Einrichtung angeschlossen waren – diese bereits vorgenommen haben (vgl. Anhang VI.b, Interview mit A. Georg-Wiese, Z. 313 f.).

Der Anlass zur Zusammenlegung der Hilfemaßnahmen folgt dabei zum einen den Vorgaben zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), zum anderen haushaltspolitischen Überlegungen, da sich die Freie und Hansestadt Hamburg verpflichtet hat, bis zum Jahr 2020 ihren Haushalt in der Form zu konsolidieren, dass eine Neuaufnahme von Schulden verhindert werden kann. Hamburg ist damit bestrebt, die Vorgaben der im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland festgeschriebenen Schuldenbremse zu erfüllen, die grundsätzlich ab dem Jahr 2020 die Neuaufnahme weiterer Kredite ausschließt (vgl. Senatskanzlei).

Zur Hilfeform der ASP selbst gab es zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Bachelor-Arbeit noch keine empirisch-wissenschaftliche Literatur. In einem chronologischen Rückblick soll daher auf die Entstehung und Bedeutung der Sozialpsychiatrie sowie auf deren Ambulantisierung geschaut werden, durch die die zunächst in Anstalten abgeschobenen ‚Irren‘ wieder zurück in die Gesellschaft geholt werden sollten (Kapitel 2). Diese Bemühungen mündeten schließlich in der Psychiatrie-Enquête, deren Forderungen anfangs versanden und erst durch die zu erwartenden Einsparpotentiale, infolge der Einführung des Neuen Steuerungsmodells Anfang der 1990er Jahre neue Schubkraft erhielt (Kapitel 3). Dessen Konzept gab Anlass, den gesamten ambulanten sozialen Bereich zu reformieren und belebte eine breite Trägerlandschaft in der sich eine Vielzahl unterschiedlichster Einrichtungen gründeten. Mit den Anforderungen der UN-BRK kamen und kommen bis heute neue Impulse in das bundesdeutsche politische Handeln (Kapitel 4) und auf länderministerialer Ebene wurde die sich nun in Gang befindende Reform vorbereitet (Kapitel 5). In Kapitel 7 sollen deren im Modell der ASP verwirklichte Vorgaben mit denen der bestehenden Hilfesysteme der ambulanten Eingliederungshilfe verglichen werden, woran sich ein

qualitativer Forschungsteil (Kapitel 8) in Form von drei Experteninterviews mit je einem Vertreter der im sozialwirtschaftlichen Dreieck verorteten Akteure anschließt (Kapitel 9). Hierdurch sollen die gewonnenen Erkenntnisse abgerundet und zugleich eine Momentaufnahme auf die Einführung der ASP geboten werden, indem diese Beteiligten jeweils ihre Sicht auf den Prozessverlauf sowie auf das Modell der ASP selbst schildern.

Hieran schließt sich auch die Forschungsfrage an, in der geklärt werden soll, wie die drei Akteure des sozialwirtschaftlichen Dreiecks im laufenden Prozess der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in der Freien und Hansestadt Hamburg in Beziehung stehen – unter den Prämissen der Einflüsse durch die UN-Behindertenrechtskonvention sowie der Determiniertheit ökonomischer Rahmenbedingungen.

Meine Intention, mich näher mit der ASP zu befassen entsprang dabei zweier Quellen: Zum einen habe ich im Rahmen des Studiums der Sozialen Arbeit das einsemestrige Praktikum bei einem psychosozialen Träger (PPM) in Hamburg absolviert, wobei bereits während einer großen Dienstbesprechung das neue Modell der ASP – fast ein Jahr, bevor es ‚zur Welt kam‘ – vorgestellt wurde. Zum anderen ist der sozialpsychiatrische Bezug in der täglichen Arbeit meiner Frau allgegenwärtig, die als Berufsbetreuerin in regem Kontakt und Austausch mit den Trägern der Eingliederungshilfe sowie den zuständigen Ämtern in Hamburg steht und durch deren Tätigkeit ich immer wieder punktuelle Einblicke in diesen Bereich erhalte.

Zu erwähnen wäre noch, dass im Text auf die gern aufgeführte ‚Verweiblichung‘ von Funktionen wie ‚Klient‘ oder ‚Nutzer‘ der besseren Lesbarkeit halber verzichtet wurde. Solche Bezeichnungen stellen für mich neutrale Begrifflichkeiten dar, unter denen selbstverständlich alle Geschlechter zusammengefasst sind. Dort, wo die zusätzliche weibliche Form Bestandteil einer offiziellen Bezeichnung ist, wurde sie natürlich so belassen (z. B. bei der ASMK, Kapitel 5 ff.).

2. Der Forschungsgegenstand wird umrissen

Wenn die Auswirkungen einer Umstrukturierung auf den Bereich der ambulanten Sozialpsychiatrie erörtert werden sollen, ist es wichtig zu wissen, wie diese überhaupt historisch entstand, welche Umbrüche sie bereits hinter sich gebracht hat und was die medizinisch auf den speziellen Patienten ausgerichtete Psychiatrie überhaupt mit dem Sozialen, also dem Miteinander der Menschen zu tun hat. Auch wird deutlich, dass die ökonomische Sichtweise immer wieder hineinspielte und manchen Reformkurs erst befeuerte.

Aber erst am steinigen Weg zur Ambulantisierung der Psychiatrie wird deutlich, dass es vor allem ein ideologischer Kampf war, der hier ausgetragen wurde, zwischen der paternalistischen medizinisch-kategorisierenden und der verstehenden sozial-engagierten Psychiatrie.

2.1 Was ist unter Sozialpsychiatrie zu verstehen?

Auf dem Weg, eine Definition der Sozialpsychiatrie fassbar zu umschreiben, stößt man auf die Feststellung von Elgeti, „dass viele mit dem Begriff »Sozialpsychiatrie« nicht das Gleiche meinen, ohne dass dies kenntlich gemacht wird, vielleicht auch ohne dass es den Autoren selbst bewusst ist.“ (2014, 1). Nils Pörksen, Wegbegleiter der Psychiatrie-Refor-

men seit nunmehr fast fünf Jahrzehnten, findet gar, dass der Begriff Sozialpsychiatrie aus der Zeit gefallen sei und besser in den 1970er Jahren geblieben wäre, denn „das Soziale gehörte bis dahin nicht zur Psychiatrie.“ (2012, 9). Heute hingegen sei die Psychiatrie in der Gesellschaft allgegenwärtig, „muss aber dafür sorgen, dass sie nicht – von der Eingliederungshilfe bis zur Psychiatrisierung und Psychotherapeutisierung aller Lebensbereiche – die professionelle Machtergreifung über alle menschlichen Befindlichkeiten anstrebt.“ (ebd., 10). Deutlich werde dies in den Diskussionen um die ausufernden Befindlichkeitsstörungen, welche als ‚psychische Störungen‘ in den DSM-V-Katalog Eingang fanden (vgl. ebd.).

Die Annäherung über die geschichtliche Entwicklung zeigt zumindest, dass die der ‚Sozialen Psychiatrie‘ (dem Vorläufer der Sozialpsychiatrie) innewohnenden Ideen sehr viel älter sind, als deren Wiederentdeckung in den Zeiten der Psychiatrie-Enquête: Nachdem sich die Gesellschaft in Zeiten der Aufklärung bis etwa Ende des 18. Jahrhunderts zunehmend säkularisiert hatte, begann bezeichnenderweise die „einmütige synchrone Ausgrenzung von Verrückten, Verbrechern und Armen“ (Haselbeck 1997, 64) und „führte von den Tollhäusern und Narrentürmen mit administrativer Perfektion zu den Zucht- und Arbeitshäusern.“ (ebd.). Die merkantilen Hansestädte Bremen (1609), Lübeck (1613) sowie Hamburg (1620) waren schon früh Vorreiter dieses Trends, der sich den Randständigen der Gesellschaft – unter ihnen viele psychisch oder geistig Kranke – annahm und dem bald viele Städte auf deutschem Boden folgen sollten (vgl. Ayaß 1992, 26). Der Einfluss der Kirchen war geschmälert worden, so dass diese die „Formen der Unvernunft, namentlich Arme und Irre, nicht mehr, die bürgerlich-kapitalistische Wirtschaftsgesellschaft [hingegen] noch nicht umgreifen konnte“ (Dörner 1975, 27) und nicht bereit war, auch den ‚Unproduktiven‘ einen Platz in ihrer Mitte zuzugestehen. So entstanden zwischen 1800 und 1860 annähernd 90 psychiatrische Anstalten in Deutschland, wobei die Abschiebung in eine romantisierte ländliche Idylle auch zu damaliger Zeit bereits auf Widerstand stieß (vgl. Haselbeck 1997, 64).

Schon Christian Friedrich Roller, Gründer und Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, erkannte „aus ebenso pragmatischen wie ökonomischen Überlegungen heraus“ (ebd.), dass es nützlich war, nicht alle Bindungen zur Außenwelt der Anstalten, zumindest für „einzelne geheilte oder gebesserte Kranke“ (ebd.), abzubrechen. Hierin begründete sich die Initiierung der Familienpflege, bei der fremden Familien ein psychisch Kranker oder Behinderter zur Mithilfe in der Landwirtschaft, der Werkstatt oder im Haushalt überlassen wurde und diese sich gegen eine zusätzliche Vergütung verpflichteten, den Schützling im Gegenzug zu versorgen. Die Idee hierzu entlehnte sich bereits dem 6. Jahrhundert, in dem diese Fürsorgeform in zwei belgischen Dörfern praktiziert worden war (vgl. ebd.). Hingegen beschreiben Hoff/Hippius Roller als reinen Verfechter der Anstaltspsychiatrie, der das Wohl der Kranken einzig in der Abgeschlossenheit ländlicher Gebiete gesichert sah, „getrennt von der sonstigen medizinischen Versorgungskette“ (2001, 889). Der harte Kern der Psychiater verlegte sich in erster Linie „aufs Registrieren und Systematisieren von Krankheitsbildern“ (Blasius 1982, 26) und konnte der „Frage nach den komplizierten Verschichtungen von geistigen und sozialen Krankheiten wenig abgewinnen.“ (ebd.).

Man darf aus heutiger Sicht nicht vergessen, dass die heimischen Verhältnisse ‚Geisteskranker‘ und Behinderter ohne jedwedem Hilfesystem oft ebenfalls katastrophal waren:

diese nicht nur stigmatisiert wurden, sondern zuweilen auch eine menschenunwürdige Existenz fristeten, unter unhaltbaren hygienischen Verhältnissen und als billige Arbeitskraft ausgebeutet (vgl. Blasius 1980, 100). Jedoch führte auch mit der Anstaltspsychiatrie letztlich nur „humanes Wollen in eine strukturelle Inhumanität“ (Blasius 1982, 27).

In Deutschland scheiterte bis auf wenige Musterkolonien der Familienpflege die Neuausrichtung des Systems an der 1846 gegründeten ‚Sektion Psychiatrie der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte‘, die 1868 auch Wilhelm Griesingers Pläne zum Aufbau von ‚Stadtasylen‘ ablehnte. Nach Griesingers Vorstellungen sollten psychisch Kranke in der akuten Krise, zeitlich zunächst auf ein Jahr begrenzt, wohnortnahe untergebracht werden. Wobei der behandelnde Arzt den Kranken vor dessen Aufnahme in seinem häuslichen Umfeld aufsuchen sollte, um dadurch einen Einblick in dessen Lebensumstände zu gewinnen. Die Pläne sahen bereits eine Rehabilitation nach Bewältigung der akuten Krise durch probeweise Aufenthalte zu Hause, Arbeitsmöglichkeiten außerhalb des Stadtasyls sowie einer ambulanten ärztlichen Nachsorge vor, womit Griesinger sich bereits Ansatzweise für komplementäre Hilfeformen aussprach, ohne diese so zu bezeichnen (vgl. Haselbeck 1997, 65; vgl. Hoff/Hippius 2001, 889).

Die zaghafte Wende im deutschen Versorgungssystem vollzog sich maßgeblich in der letzten Dekade des 19. Jahrhunderts – eher auf private religiöse bzw. ethisch-humanitäre Motive hin, als auf staatliches Engagement – und führte zur Gründung karitativer Anstalten (initiiert durch die Wohlfahrtspflege der beiden christlichen Konfessionen) sowie „zahlreicher sogenannter »Irren-Hilfsvereine«“ (Haselbeck 1997, 68).

Die Zustände in den ‚Heil- und Pflegeanstalten‘ wurden währenddessen aufgrund des steigenden Andrangs, der ungefähr beim 8-fachen des Bevölkerungswachstums in dieser Zeit lag, immer unhaltbarer. Die zeitgenössische Kritik verschiedener Autoren umfasste sowohl die chaotische Überfüllung, als auch die immensen Kosten sowie die Einsicht, den Kranken durch lange Aufenthalte in den Anstalten wohl „mehr zu schaden als zu nutzen“ (ebd., 69). Der „Psychiatisierungsschub [...] in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts“ (Blasius 2006, 11) entsprang der engen Verknüpfung des Irren- mit dem Armenproblem: Im Zuge der Industrialisierung fielen immer weitere Bevölkerungsteile in den rasant wachsenden Städten ins Elend, gingen bislang gesicherte dörfliche Lebensbezüge und Zusammenhalte verloren, gewann der Existenzkampf der proletarischen Schicht um Nahrung, Wohnraum und Arbeit zunehmend an Bedeutung. Diese Verhältnisse ließen Menschen psychisch erkranken; deren Familien sahen sich oftmals nicht mehr in der Lage, die traditionelle Familienfürsorge auszuüben (vgl. ebd., 11 f.) oder wurden durch die zeitgleich zunehmenden obrigkeitsstaatlichen Eingriffe in die Familienstrukturen der Menschen, „die im Souterrain der bürgerlichen Gesellschaft ums Überleben“ (Blasius 1980, 112) kämpften, der Ausübung der Fürsorge für behinderte Familienmitglieder enthoben. 1908 setzte der Psychiater Gustav Kolb seine Idee der „Offenen (Irren-)Fürsorge“ (Haselbeck 1997, 69) in die Praxis um. Sein Ansatz sah vor, eine flexible Verbindung der geschlossenen und der offenen Fürsorgeform zu schaffen, wobei an erster Stelle der Erhalt des Lebensumfelds des psychiatrischen Patienten stand: Sein Besitz, Vermögen und die Wohnung sollten – falls notwendig – durch eine Pflegschaft gesichert und für die Zeit nach der Anstalt erhal-

ten bleiben. Eine beaufsichtigte Rückführung zum Schutz des Kranken sowie auch seiner Angehörigen sollte geordnete Familien- und Wohnverhältnisse sicherstellen und den Angehörigen aufzeigen, „warum diese oder jene Vorsichtsmaßregel verlangt wurde“ (ebd., 70). Die schrittweise Überführung aus der Anstalt sollte schließlich bei „fortschreitender Besserung“ (ebd., 71) in einer „Arbeitsgelegenheit“ (ebd.) münden. Obwohl Kolbs Ideen sich aus heutiger Sicht stark im Duktus der Obrigkeitsstaatlichkeit bewegen, waren sie ein enormer Fortschritt gegenüber der Anstaltsverwahrung ohne rehabilitatives Element. Allerdings schuf die „Vermeidung von Anstaltsunterbringung“ (ebd., 74) ein höheres Maß an Komplexität, zu dessen Reduktion ein weitreichenderes System zur Kontrolle installiert werden musste. Eine „sorgfältige Erfassung und Überwachung aller seelisch Kranken, Minderbegabten, Psychopathen und Abhängigen“ (ebd., 73) war die Folge – durchaus als gut gemeinte Idee der Kartierung zum Zwecke der Prävention vorgesehen, später im Nationalsozialismus jedoch als furchtbares Instrument zur Selektion missbraucht.

Das ‚Soziale‘ in der Psychiatrie enthielt also schon früh zwei Konnotationen, die bis zum heutigen Tag ihre Gültigkeit nicht verloren haben: einerseits die Bedeutung als ethisch-humanitäre Verpflichtung, andererseits den Bezug auf die sozio-ökonomischen Lebensbedingungen (vgl. Rössler 2012, 461), denen die damals „neu aufkommende ‚Soziale Psychiatrie‘ mit vorwiegend ambulanten sozialpsychiatrischen Betreuungskonzepten“ (ebd.) zu begegnen versuchte.

Allerdings muss ebenfalls angemerkt werden, dass die ‚Soziale Psychiatrie‘ vielen Psychiatern zur Thematisierung ihrer rassehygienischen Denkweise diente, die sich nicht auf Heilung oder Verstehen richtete, sondern auf Aussonderung und sozialer Kontrolle ‚degenerierter Geisteskranker‘, ‚Idioten‘ oder ‚Epileptiker‘ (zeitgenössischer Jargon). Im Nationalsozialismus schließlich fand diese Weltsicht den geeigneten Humus, um ihre zerstörerische Saat aufgehen zu lassen (vgl. ebd.). Alle therapeutischen Ansätze für körperlich und geistig ‚Minderwertige‘, deren Vermehrung auch noch zur ‚Verschlechterung des Volkskörpers‘ (nationalsozialistische Polemik) beitrugen, wurden im Keim erstickt. Der 1934 geschaffene zentralstaatliche öffentliche Gesundheitsdienst begutachtete bedürftige Familien im Rahmen der ‚Erb- und Rassenpflege‘, die auf staatliche Leistungen angewiesen waren. Am Ende dieser Begutachtung konnten allerdings „an Stelle der erstrebten Leistungen auch Zwangssterilisation oder »Euthanasie« stehen“ (Sachße/Tennstedt 2012, 50).

2.2 Die Wiederentdeckung des Sozialen in der Psychiatrie und deren Ambulantisierung

Schon frühzeitig nach dem Ende des Dritten Reichs hätte die deutsche Psychiatrie an die schon vor der Machtergreifung Hitlers bestehenden Traditionen „der Familienpflege, der aktivierenden Arbeitstherapie, der ambulanten Fürsorge und der öffentlichen Gesundheitspflege“ (Brückner 2010, 137) anknüpfen können, doch erst fast drei Jahrzehnte später sollte man sich wieder an diese Wurzeln erinnern.

Die psychiatrischen Krankenhäuser der Nachkriegszeit mit teils weit über 1000 Betten blieben Orte der Bewahrung und Verwahrung – oftmals auch der Verwahrlosung, wie Häfner seinen ersten erschütterten Eindruck von der ‚unruhigen Männerstation‘ der psychia-

trischen Klinik der Universität München zu Beginn seiner Laufbahn 1949 beschreibt:

„Männer jeglichen Alters lagen oder saßen mangels ausreichender Sitzgelegenheiten auf ihren Betten. Einige schrien laut, rüttelten an der Tür oder bedrängten den mich begleitenden Stationsarzt mit Entlassungswünschen. Schon die Aufnahme-prozedur war erniedrigend: Nach Abnahme von Kleidern, Geldbörse und Brille wurden die Kranken ins Bad gesteckt, von Pflegern gewaschen und danach in blau gestreifter Anstaltskleidung in den Bettensaal gebracht. Die Stimmung auf der Station schwankte zwischen Resignation und Aggression. Zeitweilig konnten die Pfleger den Saal nur mit vorgehaltener Matratze betreten.“ (2001, 72)

An den überholten Zuständen änderte auch die Einführung moderner Psychopharmaka in den 1950er Jahren wenig. Im Gegenteil verführten die neuen Medikamente dazu, sie in den zumeist schlecht ausgestatteten, überfüllten und personell unterbesetzten Anstalten „als Beruhigungs- und Disziplinierungsmittel“ (Brückner 2010, 134) einzusetzen. Zwar regten sich bereits in den 1960er Jahren erste fachliche Proteste gegen die nun pharmazeutisch betriebene „Bettbehandlung“ (ebd., 121) der Patienten, auch weil die oft überdosierten Neuroleptika schwere Nebenwirkungen oder gänzliche Passivität mit sich brachten. Andererseits war es mit den neuen Mitteln auch möglich, „psychotische Episoden rasch zum Abklingen zu bringen, Rückfällen vorzubeugen und leichte psychische Störungen ambulant zu behandeln.“ (Häfner 2001, 85). Allerdings erforderte der verantwortungsvolle Einsatz der Psychopharmaka einen Mentalitätswandel des psychiatrischen Personals: weg „vom patriarchalischen Überwachungs- und Disziplinierungssystem hin zu einer therapeutischen Partnerschaft“ (ebd.) mit den Patienten. Diese ethische Wende in der Mehrheit der Köpfe und Institutionen sollte erst fast zwanzig Jahre später erfolgen (vgl. ebd.). Hinzu kam vor 1960 die Abwesenheit von Psychologen in den psychiatrischen Kliniken, die z. B. arbeitstherapeutische Ansätze vertraten. Wo es Beschäftigungsmodelle gab, wurden sie unmethodisch in ihrer Wirkung und unreflektiert in der Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegekräften, Patienten und deren Angehörigen durchgeführt. Der Psychiater Caspar Kulenkampff beschrieb die Atmosphäre auf den Stationen als „wesentlich turbulenter als heute“ (1997, 88) und auch „chaotischer“ (ebd.).

Nach wie vor war ebenso der unfreiwillige Zugang zur Psychiatrie gang und gäbe. Mit der Einweisungspraxis in die psychiatrischen Kliniken im Zeitraum 1941 bis 1963 beschäftigt sich die Historikerin Stefanie Coché in ihrem Dissertationsprojekt. In einem schriftlichen Interview mit L.I.S.A., dem Online-Wissenschaftsportal der Gerda Henkel Stiftung stellt sie dar, dass es bis 1956 keine bundeseinheitliche Regelung dazu gab, Gerichte großen Handlungsspielraum hatten und es erhebliche regionale Unterschiede gab. In diesem Zusammenhang verweist sie auch auf die damaligen familiären Rollenmuster, deren Zugehörigkeit einen erheblichen Unterschied bei der Begründung einer Anstaltsbedürftigkeit ausmachten: Während sich diese bei Männern vornehmlich am Themenkomplex ‚Arbeit und Leistung‘ orientierte, war es bei Frauen die ‚Geschlechterrolle‘ sowie ‚Sexualität‘, deren Abweichung von der gesellschaftlichen Norm eine Anstaltskarriere begründen konnte. Mussten Männer in sexueller Hinsicht tatsächlich strafrechtlich fassbare Verstöße (z. B. Kindesmissbrauch) begangen haben, um in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen zu werden, genügten bei Frauen hingegen bereits vage Andeutungen teils marginal-abweichenden Verhaltens aus der subjektiven Sichtweise des Ehemanns, damit ein entspre-

chender Gerichtsbeschluss erging (vgl. Coché 2013). Dass hiermit nicht nur ein erhebliches denunziatorisches Potential bestand, sondern dieses auch als heimische Drohkulisse dienen konnte, liegt nahe.

Diese exkludierende Praxis wird auch deutlich in der Erstfassung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) von 1961. Im Unterabschnitt 12, der ‚Hilfe für Gefährdete‘ wird klar die ‚Gefährdung‘ „aus Mangel an innerer Festigkeit ein geordnetes Leben in der Gemeinschaft nicht führen zu können“ (§ 72 I BSHG) hervorgehoben und stellt sogleich im nächsten Absatz fest, dass es die „Aufgabe der Hilfe ist [...], den Gefährdeten zu einem geordneten Leben hinzuführen.“ – und zwar durch „die Gewöhnung [...] an regelmäßige Arbeit“ oder durch dauerhafte Sesshaftigkeit. Zwar sah § 73 BSHG vor, dass dem „Gefährdeten [...] geraten werden [solle], sich in die Obhut einer Anstalt, eines Heimes oder einer gleichartigen Einrichtung zu begeben, wenn andere Arten der Hilfe nicht ausreichen“, drohte jedoch gleich im darauffolgenden Absatz die gerichtliche Anweisung an, in eine entsprechende Institution eingewiesen zu werden, wenn Willensschwäche, ein hemmungsloses Triebleben, Verwahrlosung oder die Gefahr durch diese vorlägen und nur wirksame Hilfe in einer Anstalt gewährt werden könne (vgl. ebd.). Bleibt zu erwähnen, dass ein erheblicher Teil der Psychatriepatienten tatsächlich gerichtlich in das geschlossene System der Psychiatrie eingewiesen wurden (vgl. Häfner/von Baeyer/Kisker 1965, 197), wobei – wie bereits beschrieben – bezweifelt werden muss, dass ihnen dort tatsächlich ‚wirksame Hilfe‘ zuteil wurde. Am 18. Juli 1967 entschied das Bundesverfassungsgericht auf Antrag von Hessen und Hamburg, dass § 73 II und III BSHG wegen des Verstoßes gegen den Artikel 2 II S. 2 des Grundgesetzes nichtig sei und hob damit die umstrittene gerichtliche Einweisungspraxis auf (vgl. Preiser 1968, 582 f.).

Der Reformprozess in der Bundesrepublik kam im Vergleich zu anderen europäischen Ländern verspätet in Gang: Während z. B. in Großbritannien 1959 schon 38 psychiatrische Tageskliniken existierten (vgl. Brückner 2010, 137 f.), eröffnete im selben Jahr in Frankfurt am Main die erste deutsche psychiatrische Nachtklinik mit drei Betten, die drei Jahre später durch die erste Tagesklinik am selben Ort ergänzt wurde. Die Initiative zum Aufbau der ersten sozialpsychiatrischen Abteilungen ging von Kulenkampff aus, der die Idee dazu an das Modell einer Pariser sozialpsychiatrischen Einrichtung anlehnte (vgl. Schönknecht 1999, 33). Der Begriff der ‚Sozialpsychiatrie‘ wurde dabei in bewusster Abgrenzung zum desavouierten Begriff der ‚Sozialen Psychiatrie‘ verwendet, dessen Verwendung durch den Faschismus in Deutschland unmöglich geworden war (vgl. Rössler 2012, 462). Brückner sieht auch anhand der Entwicklung der Bettenzahlen in den stationären psychiatrischen Anstalten den späten Beginn des Reformprozesses belegt: Für 1955 gibt er eine Bettenzahl von ca. 93000 für Westdeutschland an, die 1970 mit etwa 117000 ihren Höchststand erreichte (vgl. 2010, 137), bevor sie 1991 in Gesamtdeutschland bei genau 84048 aufgestellte Betten (bei 86 Prozent Auslastung) in den Fachabteilungen der Psychiatrie- und Psychotherapie (ohne Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und 2010 bei 54035 Betten lag. Wobei die Bettenauslastung einzig im Psychiatriebereich zwischen 1991 und 2010 um 8,5 Prozent (Erwachsene) sowie 9,5 Prozent (Kinder und Jugendliche) stieg, in allen anderen Fachabteilungen im selben Zeitraum hingegen im zweistelligen Bereich sank (vgl. Bölt/Graf 2012, 119).

Bereits in den 1950er Jahren gab es in den psychiatrischen Kliniken der USA, Englands, Frankreichs und Skandinaviens ‚offene Türen‘ und eine gemeindenahere Versorgung. In der Bundesrepublik Deutschland hingegen standen veraltete und unterfinanzierte Großkrankenhäuser, in denen Psychatriepatienten, die einer strengen Anstaltshierarchie unterworfen waren, ‚weggesperrt‘ wurden – auch weil es zu wenig qualifiziertes Pflegepersonal gab, welches sich um sie kümmern konnte. Ein Zustand, der in Deutschland u.a. eine Folge der Emigration führender Psychotherapeuten in die USA sowie des Wegbrechens psychotherapeutischer Ausbildungsmöglichkeiten im Nationalsozialismus war, was auch zu einer skeptischen Haltung der dominierenden Psychiater gegenüber modernen therapeutischen Ansätzen klinischer Psychologen führte. Das Fehlen von Rehabilitationswegen versperrte den Patienten zusätzlich die Rückkehr in die Gesellschaft (vgl. Brückner 2010, 138; vgl. Häfner/von Baeyer/Kisker 1965, 194, 198 f.). In seinem Klassiker ‚Asyle‘ beschreibt Erving Goffman detailliert die sich entwickelnde Subkultur in totalen Institutionen, zu denen auch die psychiatrischen Landeskrankenhäuser gehörten, in denen Patienten „die einfachsten sozialen Fähigkeiten verlernt [...] hatten“ (Rössler/Riecher-Rössler 1994, 2) und „zumeist auch nicht mehr den Wunsch [verspürten], die Anstalt zu verlassen“ (ebd.). Diese Hospitalisierung war in der Regel völlig unabhängig von der jeweiligen Diagnose zu beobachten (vgl. ebd.).

In ihrer Denkschrift von 1965 gingen Häfner/von Baeyer/Kisker auf den ökonomischen Zusammenhang der Ausgabenpriorität des Gesundheitssystems und der unzureichenden Versorgung in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern ein, indem sie die Kosten pro Psychiatrieplatz (5 bis 15 DM Tagessatz) denen für andere ärztliche Fachdisziplinen (30 bis 100 DM Tagessatz und darüber) gegenüberstellten und dadurch den Verwahrungsscharakter der psychiatrischen Kliniken unterstrichen, der erst zu einer Chronifizierung des psychischen Leidens führe (vgl. 196). Weiter forderten die Autoren die Gemeindenähe der Psychiatrien ein, deren Bettenzahl zum einen reduziert, zum anderen nach Möglichkeit in die allgemeinmedizinischen Krankenhäuser integriert werden sollten, um gemeinsame Ressourcen nutzen zu können. Zudem solle verstärkt auf eine „aktivierende Soziotherapie“ (ebd., 200) gesetzt werden, die einen höheren Personalschlüssel erfordere (vgl. ebd.). Die psychiatrischen Gemeindezentren sollten sich, so die Empfehlung, aus einer stationären sowie einer teilstationären Abteilung mit Tages-, Nacht-, Halbtags- oder Wochenklinik zusammensetzen, die verzahnt wären mit Vor- und Nachsorgeeinrichtungen, Ambulanz, Diagnostik, psychohygienischen sowie Ausbildungsabteilungen und Rehabilitationsdiensten, die die Möglichkeit böten, in „industrienahen Rehabilitationswerkstätten“ (ebd., 205) zu arbeiten. Daneben solle es auch Adoleszenz- sowie Altenabteilungen geben, um die psychischen Krisen infolge erwartbarer Lebensverlaufübergänge aufzufangen. Nach Hochrechnung der Autoren würden für die Bundesrepublik etwa 250 solcher Gemeindezentren benötigt, die jeweils Kapazitäten für 200 teilstationäre, 200 vollstationäre (wo diese nicht in den allgemeinen Landeskrankenhäusern mit untergebracht sein könnten) und 600 bis 800 ambulante Behandlungsmöglichkeiten böten (vgl. ebd., 205 f.).

Bezüglich der zu erwartenden hohen Kosten für den radikalen Systemwandel in der psychiatrischen Versorgungslandschaft argumentierten Häfner/von Baeyer/Kisker dahingehend, dass ein erheblicher volkswirtschaftlicher Schaden durch die direkten Kosten für ein veral-

tetes und wirkungsloses Versorgungssystem verursacht werde und die indirekten Kosten, die z. B. durch den Produktivitätsausfall infolge von Berufsaufgabe durch Krankheit und Frühinvalidität, der durch die systembedingte Chronifizierung und Hospitalisierung entstünde, gar nicht zu beziffern seien, sicher aber ein Vielfaches der direkten Kosten für die Versorgung betragen (vgl. ebd., 202).

Häfner/von Baeyer/Kisker, die allesamt am Heidelberger Klinikum tätig waren, machten sich abschließend für den „raschen Aufbau eines Modellinstituts für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung“ (1965, 208) im Raum Mannheim-Heidelberg stark und begründeten ihre Ortswahl mit den für die Bundesrepublik repräsentativen soziologischen Voraussetzungen (in der Region vorhandene Groß-/Kleinstädte, Stadt-/Landbevölkerung, Großindustrie/Kleingewerbe), wodurch gute berufliche Wiedereingliederungsmöglichkeiten der Patienten gegeben seien, die durch eine zunehmende Zahl von Fachkräften betreut werden könnten, die bereits seit mehreren Jahren an der Universitätsklinik Heidelberg ausgebildet worden seien. Im Kern könne das Modell an bereits bestehende Strukturen angeknüpft werden (vgl. ebd.).

„Ende der sechziger Jahre gab es in der Bundesrepublik mehrere Modelleinrichtungen“ (Brückner 2010, 139), neben der in Heidelberg, noch in Frankfurt und Hannover, aus deren Umfeld heraus der Reformprozess später in Gang gesetzt wurde. Mit ihrem postulierten ‚nationalen Notstand‘ der psychiatrischen Krankenversorgung hatten Häfner/von Baeyer/Kisker bereits zehn Jahre vor Erscheinen der vom Deutschen Bundestag 1971 in Auftrag gegebenen Psychiatrie-Enquête konkrete Maßnahmen zur Umstrukturierung der bundesdeutschen Psychiatrielandschaft vorweggenommen (vgl. 1965, 192). Die Reaktionen auf ihre Denkschrift Mitte der 1960er Jahre waren jedoch „überwiegend gering“ (Häfner 2001, 85), wie einer der Autoren zwei Jahrzehnte später berichtete.

Erst Ende der 1960er Jahre schien der Wille für Veränderungen in der Gesellschaft und in diesem Zuge auch in der psychiatrischen Landschaft soweit erstarkt, dass ein breiter Rückhalt für Reformen gegeben schien, befeuert durch die '68er Studentenbewegung, die „Disziplin, Hierarchie und direktoriale Macht“ (ebd., 86) zur Disposition stellte sowie die sozialliberale Regierung Willy Brandts, die unter der Maxime ‚Reformen wagen‘ angetreten war. 1970, erinnert sich Asmus Finzen, „war ein Jahr der Tagungen“ (2010, 2): Den Auftakt bildete ein von Klaus Dörner und Ursula Plog geleiteter sozialpsychiatrischer Kongress Anfang April in Hamburg, in dessen Mittelpunkt die Rehabilitation der psychisch Kranken stand, während fast zeitgleich „in Mannheim eine von Heinz Häfner organisierte Begegnung von reformorientierten Psychiatern mit zahlreichen [...] Journalisten von Presse, Funk und Fernsehen“ (ebd.) stattfand. Nur „wenige Tage später trafen sich in Bendorf bei Koblenz die Vertreter der Arbeitskreise Psychiatrie [...] der sozialpolitischen Arbeitsgemeinschaften der evangelischen und katholischen Studentengemeinden“ (ebd.), welche sich im Zuge der Studentenbewegung an zahlreichen bundesdeutschen Universitäten gegründet hatten. Auf dem 73. Deutschen Ärztetag stand im gleichen Jahr zum ersten Mal nach Kriegsende die „Fürsorge für psychisch Kranke und psychisch Gefährdete“ (Bundesärztekammer) auf der Agenda. Bereits acht Wochen später trafen sich Ende Mai die Teilnehmer des Hamburger Kongresses erneut – diesmal in Mannheim und unter der Organi-

sation von Nils Pörksen, der in Mannheim die Gemeindepsychiatrie aufbaute. Bei diesem ersten ‚Mannheimer Kreis‘, mit der die gesellschaftskritische, aber psychiatrienaher Begleitung der Reform begann (vgl. Häfner 2001, 87) und der der Kontaktpflege und dem interdisziplinären Austausch über Therapieformen diente, waren etwa 40 Personen anwesend: neben Ärzten auch Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegepersonal aus psychiatrischen Kliniken oder benachbarten Institutionen (vgl. Finzen 2010, 7 f.). Der umfassende Gesprächsbedarf der Gesellschaft über den Zustand der Psychiatrien spiegelte sich auch im Bundestag wider, in dem die erste Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags „zur ‚Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik““ (ebd., 3) stattfand. Bei der Loccumer Tagung ‚Der psychisch Kranke und die Gesellschaft‘, an der 130 Vertreter aus Psychiatrie, Politik und Öffentlichkeit teilnahmen (vgl. Häfner 2001, 91), wurde „nach heftigen Auseinandersetzungen“ (Finzen 2010, 3) schließlich die ‚Loccumer Resolution‘ verabschiedet, die eine wesentliche Grundlage für die spätere Psychiatrie-Enquête war (vgl. ebd.). Das Kongressjahr 1970 wurde durch die zweite Tagung des ‚Mannheimer Kreises‘ in Hannover abgeschlossen, „bei der die Gründung der deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie [DGSP] beschlossen wurde.“ (ebd.). Zweck der Gesellschaft war und ist zur „Entwicklung einer kommunalen Psychiatrie in der BRD beizutragen, die an den Bedürfnissen der psychisch und psychosozial Leidenden orientiert ist“ (DGSP) und dabei die psychosozialen Ursachen, Begleitumstände und Folgen des seelischen Leidens berücksichtigt. Überraschenderweise taucht hier der Begriff ‚Soziale Psychiatrie‘ in der Namensgebung des DGSP also wieder auf (vgl. Seite 10).

Der zu medialem Ruhm gelangte Spruch ‚Unter den Talaren Muff von 1000 Jahren‘ stellte in dieser Zeit nicht nur die deutschen Universitätstraditionen infrage, sondern könnte auch die Auseinandersetzung mit dem ‚Psychiatrie-Establishment‘ auf den Veranstaltungen des Jahres 1970 beschreiben. Asmus Finzen erinnert sich, dass beim ersten ‚Mannheimer Kreis‘ sowohl Heinz Häfner (als damaliger Direktor der Psychiatrischen Klinik in Mannheim der eigentliche ‚Hausherr‘), als auch Karl-Peter Kisker fehlten: „Die Legende will, dass Heinz Häfner nicht nur nicht eingeladen, sondern ausgeladen war.“ (ebd., 7). Ausgerechnet nahmen also zwei der Autoren nicht teil, die bereits Mitte der 1960er Jahre auf die nun breit und kontrovers diskutierte Missstände aufmerksam gemacht hatten. Der Bruch mit den alten Strukturen bedingte jedoch, dass die Mitnahme der etablierten Professoren und Direktoren auf dem Weg des Findungsprozesses einer menschenwürdigeren Psychiatrie mehrheitlich als hinderlich erachtet wurde (vgl. ebd.). In dieser politisierten Zeit entstand auch die „erste entschieden antipsychiatrische Bewegung“ (Brüggemann 1982, 39) in der Bundesrepublik, das Sozialistische Patientenkollektiv in Heidelberg, welches die sozialen Ursachen psychischer Erkrankungen definieren wollte, „um dann in politischer Aktion der Betroffenen selbst eine revolutionäre Veränderung der krankmachenden gesellschaftlichen Verhältnisse zu bewirken.“ (ebd., 39 f.).

Am 23. Juni 1971 ersuchte der Bundestag in seiner 130. Sitzung die Bundesregierung, „eine Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland erstellen zu lassen.“ (Bundestag 1973, 2). Die beauftragte Sachverständigenkommission nahm gut zwei Monate später unter dem Vorsitz von Caspar Kulenkampff ihre Arbeit auf. Nach zwei Jahren lieferte die Kommission einen Zwischenbericht (Drucksache 7/1124) ab, bevor am

25.11.1975 mit der Drucksache 7/4200 der als ‚Psychiatrie-Enquête‘ bekannt gewordene ‚Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosozialen Versorgung der Bevölkerung –‘ veröffentlicht wurde.

Durch entsprechend erhobenes Datenmaterial untermauert, legte der Bericht umfassende Mängel im Psychiatriebereich offen, die sich auf vier Bereiche konzentrierten:

- „1. Die unzureichende Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen.
2. Der Mangel an Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, für Alkoholranke und Drogen abhängige, für psychisch kranke alte Menschen und erwachsene geistig Behinderte.
3. Die unzureichende Kapazität an Psychotherapie für die große Zahl seelisch bedingter und seelisch mitbedingter Krankheiten.
4. Die mangelhafte Koordination aller an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Dienste, insbesondere der vielfach unzulänglichen Beratungseinrichtungen und sozialen Dienste.“ (Bundestag 1975, 4)

Der Bericht förderte zutage, dass 59 Prozent der Psychiatriepatienten (ca. 60000) länger als zwei Jahre in den Fachkrankenhäusern untergebracht waren, 31 Prozent (ca. 30000) lebten dort bereits länger als zehn Jahre. 18,5 Prozent (ca. 17400) waren als geistig Behinderte dort schlicht fehluntergebracht, da die Abteilungen nicht die für sie erforderlichen heil- und sozialpädagogischen Behandlungen boten (vgl. ebd., 11). Letzterer Missstand spiegelte sich auch in der „überwiegenden Zweckbestimmung“ (ebd., 88) der Einrichtungen wider, die im ‚Verzeichnis der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland – Stand 1. Januar 1974‘ aufgeführt waren: Beispielsweise waren die Hamburger Alsterdorfer Anstalten, die sich vorwiegend der Betreuung geistig behinderter Menschen widmeten, im Verzeichnis in der Kategorie ‚Krankenhäuser für Psychiatrie‘ vertreten, während andere vergleichbare Einrichtungen gar nicht im Verzeichnis aufgeführt waren. Insofern gelang es der Sachverständigenkommission im Zuge ihrer Forschung hier eine differenziertere Zuordnung zu erreichen (vgl. ebd.). Die Notwendigkeit der gemeindenahen Psychiatrie wurde durch die Angabe der durchschnittlichen „Entfernung zwischen Krankenhäusern und der Peripherie der Einzugsgebiete“ (ebd., 93) deutlich, die bei 88 Kilometern lag. Ein Wert der einerseits aufgrund der räumlichen Dimension nicht für Hamburg Gültigkeit haben konnte, andererseits jedoch schon, denn Hamburg hatte – anders als andere Bundesländer – aufgrund vertraglicher Vereinbarungen die Möglichkeit, Belegbetten in Schleswig-Holstein zu nutzen (vgl. ebd., 89).

In der Essenz bemängelte die Enquête insbesondere die „bestehende Trennung zwischen der Behandlung im stationären und ambulanten Sektor“ (ebd., 209), da sie sich nicht zu einem Gesamtsystem ergänzten, welches den Bedarf notwendiger Behandlungsleistungen voll abdeckte. Dieses galt besonders für die Nachsorge, die „qualitativ und quantitativ unzureichend oder überhaupt nicht“ (ebd.) erfolgte, auch weil sich die Zahl der Nervenärzte, die für eine ambulante Nachbehandlung hätten sorgen können, ungleich verteilte: in den Großstädten hatten sich 60 Prozent der Ärzte niedergelassen, während sich in 140 von insgesamt 389 Kreisen und kreisfreien Städten überhaupt keine Nervenarztpraxis be-

fand (vgl. ebd., 207). Erschwerend kam hinzu, dass viele psychisch Kranke nach ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung nicht imstande waren, die freiwillige Nachsorge durch die ambulanten Nervenärzte aktiv zu ersuchen, weshalb durchschnittlich rund Zweidrittel (bezogen auf eine Untersuchung für eine Großstadt, hier Berlin) nach ihrem Krankenhausaufenthalt ambulant unversorgt blieben (vgl. ebd., 158, 211). Zu vermuten ist, dass die damals gängigen Strukturen der traditionellen psychiatrischen Kliniken, die ihre Patienten infolge der hospitalisierenden Langzeitbehandlungen zur Passivität ‚erzogen‘, nicht ganz unbeteiligt daran waren. Daher empfahl die Psychiatrie-Enquête ausdrücklich, dass die zu installierenden Nachsorgeangebote „einen ausgesprochen aktiv nachgehenden, aufsuchend-ambulanten Charakter haben“ (ebd., 19) müssten.

Trotz der Hoffnung, die die parlamentarische Mitwirkung an der Enquête schürte, wurden jahrelang keine Konsequenzen aus dem Bericht gezogen. Bereits im Anschluss an die Veröffentlichung der Enquête wurde ein ‚Modellprogramm Psychiatrie‘ beschlossen, dieses jedoch erst fünf Jahre später „nach erheblichen Auseinandersetzungen gestartet“ (Hoffmann 1996, 185), wobei die ursprünglich eingeplanten Mittel von 500 Mio. DM um über die Hälfte (auf 247 Mio. DM) zusammengestrichen wurden (vgl. ebd.).

Die einsetzende Bettenreduktion in den psychiatrischen Großkrankenhäusern der 1970er Jahre fand allerdings zunächst nicht zugunsten einer durchgängigen Ambulantisierung statt, sondern wurde durch die Verlegung in Pflegeheime forciert, in die man Langzeitpatienten aus den Psychiatrien verlagerte. Durch die „Weitergabe dieses »chronischen Ballastes« an freie und privatwirtschaftliche Träger“ (Bauer/Engfer 1991, 510) wurde das Problem zunächst nur aus dem Sichtfeld der Psychiatriekritik verschoben und sorgte durch die Unterbringung in einem nicht-psychiatrieerfahrenen Umfeld vielfach für eine Verschlechterung der Lebensbedingungen der Patienten. Die psychiatrischen Krankenhäuser verstanden hingegen die Psychiatrie-Enquête als Aufforderung, ihre stationäre Infrastruktur zu modernisieren, was nun durch reichlicher fließende Mittel möglich wurde, wobei von der Auflösung der bisherigen Krankenhäuser keine Rede sein konnte (vgl. ebd., 512). Allerdings hatte auch die Psychiatrie-Enquête nie die Schließung aller stationären Bereiche gefordert.

Die DGSP verlagerte ihre Aktivitäten ab Mitte der 1970er Jahre stärker auf den außerparlamentarischen Raum, in dem es ihr gelang, die Basis zu mobilisieren: 1980 demonstrierten 5 000 Menschen in Bonn für die Auflösung der Großpsychiatrien und den Ausbau der gemeindepsychiatrischen Strukturen. In den 1980ern forderte die DGSP verstärkt den kommunalen Aufbau ambulant-komplementärer Strukturen von der Politik, wobei die uneinheitlichen Systeme der Kostenträger „ein ständiges Ringen um die Finanzierung der Reform erforderlich machte“ (Hoffmann 1996, 185). Hilfreich für den steten Ausbau der Gemeindepsychiatrie war insbesondere der Abschlussbericht des ‚Modellprogramms Psychiatrie‘, welcher 1988 vorgelegt wurde und der die weiterhin bestehenden Missstände nach Beendigung des Projekts aufzeigte. Gleichzeitig stieg der Anteil „psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung“ (Bauer/Engfer 1991, 513), was die Autoren als „*Königsweg zur Auflösung* psychiatrischer Anstalten“ (ebd.) bezeichneten. Daneben sorgte aber nun auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-

PV) von 1990 dafür, dass die rechtliche Voraussetzung geschaffen wurde, auf den Stationen ein Bündel an Maßnahmen durch multiprofessionelle Kräfte vorzuhalten (vgl. Reumschüssel-Wienert 1996, 199). Neben fundamentalistischen Gruppen wie dem Heidelberger Sozialistischen Patientenkollektiv gründeten sich in der Folge der Psychiatrie-Reformen auch realpolitische Lobby-Organisationen wie der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (1985: vgl. BApK) und der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (1992: vgl. BPE), die versuchen, die Reformvorschläge der Psychiatrie-Enquête und – seit ein paar Jahren – der UN-Behindertenrechtskonvention (vgl. Kapitel 4) weiter voranzutreiben.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass mit dem Umbau der Psychiatrielandschaft auch eine Zersplitterung in kleine Einheiten der ambulanten gemeindenahen Psychiatrie einherging, die neben dem oben beschriebenen neuen stationären Bereichen an den Allgemeinkrankenhäusern sowie teilstationären Einrichtungen, zahlreiche sozialpsychiatrische Dienste, Wohnheime unterschiedlichster Ausstattung und Einrichtungen des betreuten Wohnens, geschützte Arbeitsplätze in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Tagesstätten sowie Kontakt- und Begegnungsstätten umfasste (vgl. Hoffmann 1996, 187). Dieser neuentstandene Markt der psychosozialen Möglichkeiten konnte einerseits ein möglichst passgenaues Angebot für jeden Bedarf der Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen vorhalten, überforderte andererseits durch seine unüberschaubare Vielfalt selbst die professionellen Kräfte, ganz zu schweigen von den Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen. Auch schuf das neuentstandene Netz von Institutionen, „trotz sozialraumorientierter Vorsätze, letztlich wieder Lebensformen der Fremdbestimmung; manche sprechen von Parallelwelten.“ (Clausen 2012, 215). Die psychisch kranken Menschen blieben auch in ambulanten Einrichtungen unter sich, „angeleitet, beaufsichtigt und kontrolliert“ (ebd.) durch die Fachkräfte der „so genannten Eingliederungshilfe“ (ebd.).

Die Kritik an der Ambulantisierung der Psychiatrie sparte daher auch weder die vornehmlich aus Sozialpädagogen und -arbeitern bestehenden Mitarbeiter aus, die als nicht-psychiatrisches Personal mit der – aus ihrer Sicht – schwierigen Klientel überfordert seien („Sozialprofis jammern gern auf hohem Niveau“: Heißler 1996, 189), noch die (angeblich) mangelnde Wirksamkeit ihrer Tätigkeit, die regelmäßig mit der geringen Ausstattung an ambulanten Planstellen erklärt werden würde, verbunden mit der Forderung, dass diese „erheblich erweitert werden [müssten], um die erwünschten Effekte zu zeigen.“ (Richter 1991, 524). Diese Forderung würde „gänzlich unabhängig davon erhoben, wie viele Dienste und Mitarbeiter bereits vorhanden“ (ebd.) seien. Zugleich prangerte Richter „die gering ausgeprägte Fähigkeit zur selbstkritischen Bewertung“ (ebd.) an, die die Mitarbeiter ambulanter Dienste nicht von denen in traditionellen Anstalten unterschieden und forderte kompetente Kontrollstellen zur Überprüfung der sozialpsychiatrischen Arbeit, welche sich neben fachlich Qualifizierten auch aus Betroffenen als „»Experten in eigener Sache«“ (ebd., 536) sowie deren Angehörige zusammensetzen könnten.

Bei der beginnenden Ambulantisierung lassen sich also durchaus Parallelen zu dem von Kulenkampff in seinen Erinnerungen beschriebenen Umbau der psychiatrischen Klinik in Frankfurt erkennen:

„Eines Tages hatten wir es satt, vom »schönen Fall« zu sprechen. Anstatt dessen ließen wir unsere bisherigen Instrumentarien fallen, gingen in den Klinik Keller, holten uns Möbel herauf, um Stationen umzugestalten, nahmen die Baracke und eine Etage der Schwesternunterkunft in Besitz, suchten uns interessierte Mitarbeiter, bildeten ein Team und probierten Sozialpsychiatrie. Zuerst schwebte das Erkenntnisinteresse über der Praxis, dann bestimmte die Praxis das Erkenntnisinteresse, schließlich sollte sich ein Pragmatismus entwickeln, dem das Erkenntnisinteresse gelegentlich zu entschwenden drohte.“ (Kulenkampff 1997, 94)

Wahrscheinlich musste einfach erst einmal begonnen werden, damit sich etwas bewegte – allen Unkenrufen zum Trotz und fachlich gelegentlich sicher ‚experimentell‘. Denn die Theorien zur Arbeit mit psychisch kranken Menschen konnten und können sich nur aus der praktischen Arbeit mit diesen herleiten.

3. Die Ökonomisierung der ambulanten Sozialpsychiatrie

Anfang der 1990er Jahre entstand mit dem Neuen Steuerungsmodell (NSM) die Blaupause einer Verwaltungsreform, durch die auch die Ambulantisierung der Sozialpsychiatrie weiter vorangetrieben wurde, wie Mroczinski zugleich warnend beschrieb:

„Neue Schubkraft erhält die Entwicklung heute von den wirtschaftlichen Überlegungen einer kostengünstigen Versorgung. Damit ist ein nicht ganz unproblematischer Bundesgenosse für die Bestrebungen zur Stärkung des ambulanten Bereichs gefunden worden.“ (1998, 594)

Kernziel des NSM war eigentlich, die öffentliche Verwaltung zu ‚verschlanken‘ und insbesondere auf kommunaler Ebene durch die Einrichtung einer modernen und zeitgemäßen Administration, Kosten zu reduzieren. Dieses Ziel fiel – wie nachfolgend beschrieben – eher bescheiden aus. Hingegen lösten die marktwirtschaftlichen Auswirkungen auf die Trägerlandschaft der Sozialpsychiatrie, die sich plötzlich in Ausschreibungen auszustecken versuchten oder mit kommunalen Sozialbehörden in Preisverhandlungen über die Versorgung der Bürger mit Sozialleistungen treten mussten, einen verschärften Konkurrenzkampf aus.

3.1 Der Anlass der Verwaltungsreform ab den 1990er Jahren

Das NSM basiert auf dem von Margaret Thatcher ab 1979 in Großbritannien und Ronald Reagan in den USA zu Beginn der 1980er Jahre vorangetriebenen Modell des New Public Management (NPM), welches sich im Kern als die Idee vom »schlanken Staat« umschreiben lässt, also eine effizient arbeitende staatliche Verwaltung, die auf der Übernahme privatwirtschaftlicher Managementmethoden beruhen sollte. Großbritannien, welches in den 1970er Jahren als ‚der kranke Mann Europas‘ galt, durchlebte eine jahrelange rezessive Wirtschaftsentwicklung, verbunden mit einem dauerhaften Außenhandelsdefizit, u. a. bedingt durch ein hohes Lohnniveau (gemessen an der Wirtschaftsleistung), welches von starken Gewerkschaften verteidigt wurde und einer großen Anzahl staatlicher Unternehmen in Schlüsselindustrien (vgl. Sturm 2009). Aus Sicht der Marktbefürworter sorgten staatliche Interventionen und die zu hohe Sozialhilfe, welche ihrer Meinung nach keinen Anreiz mehr bot, auch geringer vergütete Beschäftigungen anzunehmen, dafür, die Kräfte des Marktes lahmzulegen, die durch ihre Entfesselung für eine Befreiung aus der Rezession hätten sorgen können (vgl. Barkowsky 2014, 93). Die Gesetzesänderungen für die einschneidenden Sozialreformen waren aufgrund des politischen Systems in Großbritannien möglich,

welches beispielsweise keine in einer kodifizierten Verfassung festgeschriebenen Kompetenzen einzelner Staatsorgane festschreibt, sondern die Entscheidungsbefugnis allein in die Hände des Parlaments legt, welches als eigentlicher Souverän weitreichende Gesetzesänderungen durchsetzen kann (vgl. ebd., 84).

In der Bundesrepublik Deutschland konnte die Wirtschaftskrise der 1970er Jahre ohne umfangreiche Reformen des Sozialsystems überwunden werden, was „den unmittelbaren Reformdruck auf die Politik deutlich [verringerte]“ (ebd., 243). Das NPM widersprach zudem der Rechtstradition, die in Deutschland vorherrschte und den hierarchisch gegliederten Organisationsstrukturen der öffentlichen Verwaltungen. Dennoch hinterließ das NPM Spuren, die sich vorwiegend in umfangreichen Privatisierungen niederschlugen, welche unter der konservativ-liberalen Koalition unter Führung von Bundeskanzler Helmut Kohl ab 1982 vorangetrieben wurden (vgl. ebd.). Erst als ab Anfang der 1990er Jahre die Kosten der Deutschen Wiedervereinigung auf den öffentlichen Haushalten lastete und sich zugleich die Steuereinnahmen durch Exporteinbrüche infolge der Weltwirtschaftskrise Anfang dieses Jahrzehnts verringerten, „brach sich die Kritik an inflexiblen und verschwenderischen Verwaltungsstrukturen Bahn“ (ebd.; vgl. auch Holtkamp 2009, 67).

Konnte früher „die Kommunalverwaltung [in Deutschland] auf gestiegene Leistungsanforderungen mit einer Erhöhung der Einnahmen reagieren“ (KGSt 1993, 7) und so den bürokratischen Verwaltungsapparat Max-Weberscher-Prägung in seiner bestehenden Struktur einfach vergrößern, war dieser Ausweg Anfang der 1990er durch die bereits erwähnten ausgedünnten staatlichen Kassen versperrt. Der zuvor beschrittene Weg der steten „Bürokratisierung [... wurde zum] Sammelbegriff für vielfältige Kritik am modernen Wohlfahrtsstaat“ (Bogumil/Jann 2009, 49), der sich durch ein kontinuierliches Anwachsen der Aufgaben und damit auch der Staatsausgaben bis hin zur „Tendenz zur Verselbständigung der Verwaltung“ (ebd.) auszeichnete. So gewann Anfang der 1990er Jahre der „Bedeutungszuwachs der ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Sichtweise und der intensiveren Suche nach Effektivitäts- und Effizienzverbesserungen“ (ebd.) vor dem Hintergrund des abnehmenden finanziellen Spielraums als Folge der deutschen Wiedervereinigung zunehmend an Aufmerksamkeit, insbesondere auf kommunaler Ebene, die einen Ausweg aus ihrer chronisch klammen Finanzlage suchte.

3.2 Die Idee des Neuen Steuerungsmodells

1993 lieferte der vom Deutschen Städtetag begründete ‚Think Tank‘, die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt; heute »... Verwaltungsmanagement«) die Initialzündung für die Verwaltungsreform (vgl. Barkowsky 2014, 243).

Im Zentrum der Vorschläge der KGSt zur Umsetzung des NSM stand die Binnenmodernisierung der öffentlichen Verwaltung und nicht der nach außen gerichtete Sozialabbau, wie er im anglo-amerikanischen Raum massiv praktiziert wurde. Dennoch wird in vielen Fachpublikationen das NSM mit dem NPM begrifflich gleichgesetzt, da es dessen „deutsche Variante“ (ebd.) darstellt. Der besseren Unterscheidung halber wird hier jedoch auf eine Vermischung verzichtet, so dass in Bezug auf die deutsche Verwaltung nur vom NSM die Rede sein wird.

Da die kommunalen Einnahmequellen beschränkt waren (durch verringerte Gewerbesteuererinnahmen zusätzlich zum Teil eingebrochen) und sich Gebühren für öffentliche Dienstleistungen nicht beliebig erhöhen ließen, war das Modell des NSM besonders für Städte und Gemeinden attraktiv: Es sollte dabei helfen, die öffentliche Verwaltung nach privatwirtschaftlichem Modell umzubauen, wobei der Tenor der KGSt deutlich betriebswirtschaftliche Analogien aufweist, wenn von »Marktnähe« oder »Produkten« als Bezeichnung der staatlichen Leistungen gesprochen wird, diese gar in »Produktzyklen« eingeordnet werden (vgl. KGSt 1993, u. a. 10; vgl. Möller 1997, 687).

Als Kernelemente des Aufbaus „einer unternehmensähnlichen, dezentralen Führungs- und Organisationsstruktur“ (KGSt 1993, 3), definiert der Bericht der KGSt die

- „ • Klare Verantwortungsabgrenzung zwischen Politik und Verwaltung
- Führung durch Leistungsabsprache statt durch Einzeleingriff (Kontraktmanagement)
- Dezentrale Gesamtverantwortung im Fachbereich
- Zentrale Steuerung neuer Art
- Instrumente zur Steuerung der Verwaltung von der Leistungsseite her (Outputsteuerung)“
(ebd.)

Auch wenn der Bericht der KGSt eindringlich die Schwachstellen öffentlicher Verwaltung thematisiert (vgl. KGSt 1993, 7-14), wird in der dargestellten Umsetzung deutlich (vgl. ebd., 25-37), dass es nicht um eine konkrete Handlungsanleitung zur Durchführung des NSM geht, sondern diese auf den genannten Vorschlägen beruht, für die innerhalb der Kommunen geworben werden müsse, bis eine „kritische Masse“ (ebd., 30) in Politik und Verwaltungsführung zur „Unterstützung des Modernisierungsprozesses“ (ebd.) erreicht sei, die bereit sei, die Strukturveränderungen zu tragen. Wie das NSM umgesetzt werden sollte, blieb also in der Verantwortung und unter der Regie der Kommunen selbst, was zugleich das Misslingen der Grundidee des NSM bedingte.

In einer von der Hans-Böckler-Stiftung finanziell unterstützten Evaluation, zehn Jahre nach Einführung des NSM, werfen Bogumil et. al. die Frage auf, ob „weberianische Verwaltungsstrukturen und -prozesse‘ immer noch die deutsche Verwaltungslandschaft“ (2007, 11) prägen würden oder ob die „Ökonomisierung der öffentlichen Verwaltung nachhaltige Spuren hinterlassen“ (ebd.) habe. In der Zusammenarbeit zwischen Politik und der Verwaltung hatten sich die Reformanstrengungen teilweise zerrieben, da z. B. vor dem Hintergrund sich ändernder Fraktionszusammensetzungen in den kommunalen Parlamenten kein Reformkonsens mehr erreichbar war, der nötig gewesen wäre, um den ‚langen Atem‘ auf der Modernisierungsstrecke zu erhalten (vgl. ebd., 175). In ihrem Fazit stellen Bogumil et. al. fest, dass man „gemessen an den ursprünglichen Absichten des NSM [...] in einem harten Soll-Ist-Vergleich von einem weitgehenden Scheitern sprechen“ (ebd., 318) könne. Die größten Reformanstrengungen der am Modernisierungsprozess teilnehmenden Kommunen konzentrierte sich auf den Zeitraum kurz nach der Einführung des NSM, zwischen 1994 und 1997 und fiel danach sukzessive ab. Insgesamt hatten sich mehr als 60 Prozent der Kommunen lediglich auf einzelne Elemente der Verwaltungsmodernisierung konzentriert, nur eine kleine Minderheit von 16,1 Prozent richtete ihre Reformbemühungen am Gesamtkonzept des NSM aus (vgl. ebd., 39 f.). Auch wenn das NSM verwaltungsintern größtenteils nur partiell umgesetzt wurde, weil mancherorts doch zu harte interne Wider-

stände bestanden oder es für die konkreten Aufgaben unpraktikabel erschien, kam es den Kommunen im Außenverhältnis gelegen, um „einen entscheidenden Veränderungsschritt in der Ausgestaltung der korporatistischen Beziehungen zwischen Staat und Verbänden, auf lokaler Ebene zwischen dem lokalen Sozialstaat und den ortsansässigen Untergliederungen der Wohlfahrtsverbände[...]“ (Dahme et. al. 2005, 107) zu erwirken. Wahrscheinlich, weil sich an dieser Stelle externes Einsparpotential aktivieren ließ, welches in der kommunalen Verwaltung nicht gegenüber den eigenen Mitarbeitern vertreten werden musste.

3.3 Die Korporati(vi)stische Entscheidungsfindung zwischen dem Staat und den freien Wohlfahrtsverbänden

Als ‚Korporativismus‘ wird ein System der Aushandlung von Interessen bezeichnet, welches dadurch gekennzeichnet ist, dass oftmals dieselben Akteure beteiligt sind, die zugleich an der Formulierung sozialpolitischer Gesetzesvorlagen wie auch an deren Umsetzung im sozialen Bereich mitwirken. In Anlehnung an den englischen Begriff »Corporatism« wurde dieses Prinzip in den 1970er Jahren begrifflich als ‚(Neo)korporatismus‘ wiederbelebt, welches ein engmaschiges Beziehungsgeflecht zwischen Parteien, Ministerien, Verbänden und Trägern aufweist, durch deren Zusammenspiel Konsensentscheidungen in Form von konkordanzdemokratischen Prozessen zustande kommen. Gleichwohl wurde in der Vergangenheit den freien Wohlfahrtsträgern bei der Durchsetzung ihrer Interessen ein kartellähnliches System unterstellt, denen in der Sozialgesetzgebung durch Trägerkonkurrenz sowie preis- und leistungsbezogene Entgeltregelungen entgegengewirkt werden sollte (vgl. Heinze/Voelzkow 1999, 228 f.; vgl. Dahme et. al. 2005, 60 ff.).

Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege agieren aber nicht nur als „sozialpolitische Lobbyisten“ (Dahme et. al. 2005, 15) in eigener bzw. der Sache ihrer Mitglieder, sondern sind auch als „Sozialanwälte der Klienten“ (ebd.) bemüht, politische Entscheidungen möglichst sozialverträglich mitzugestalten. Das Verhältnis zu den staatlichen Entscheidungsträgern ist dabei als durchaus zwiespältig zu betrachten: Einerseits erhalten sich die freien Wohlfahrtsverbände ‚einen Fuß in der Tür‘ der politischen Einflussnahme, andererseits müssen sie bzw. ihre Mitglieder dafür sorgen, dass auch unliebsame bzw. sozial einschneidende Veränderungen in der Arbeit mit der ihnen anvertrauten Klientel durchgesetzt werden. Auf diese Weise trugen sie die Einführung des NSM mit, welches eigentlich den Korporatismus durch neue Formen der Steuerung ablösen sollte, bei dessen Durchsetzung sie jedoch paradoxerweise gebraucht wurden, was zeigt, dass sie – die Verbände – „als Partner des neuen Sozialstaats unverzichtbar“ (ebd.) waren. Bei der Neuorganisation im Bereich der sozialen Dienstleistungen mithilfe von Wettbewerbsmodellen sowie dem Rückgriff auf öffentliches Vertrags- und Privatrecht verfolgte der Staat auch das Ziel, die traditionelle Zusammenarbeit mit den mächtigen Verbänden neu zu justieren: Damit sollte „die Exklusivität einiger Verhandlungspartner bei der Formulierung sozialpolitischer Programme sowie im Aushandlungsprozess von Entgeltrahmenvereinbarungen relativiert werden“ (ebd., 41). Dahme et. al. kritisieren denn auch die Bereitschaft der Verbände, jede als ‚Modernisierung‘ maskierte „Forderung nach einem Rückbau des Staates, einem Leistungsabbau in den staatlichen Transfersystemen und einer grundsätzlichen Neubestimmung des Ver-

hältnisses von Staat und Gesellschaft“ (2005, 15) mitzutragen, da gerade das elementare Problem der jeweils erfolgten Strukturveränderungen ebenjenes sei, „nur die Voraussetzungen für die nächste Runde der Modernisierung“ (ebd.) zu eröffnen. Dieses könnte – so die Hypothese der Studie – auch am Ende zur „Auflösung der Verbände führen: ein klassischer Fall von reformorientierter Selbstenthauptung.“ (ebd.).

Die Gruppe der Fürsprecher des Korporatismus stellen hingegen auf lokaler Ebene auf die ganz praktischen, funktionalen Vorteile der Absprachen ab, die sich durch die Zusammenführung kommunaler Instanzen der Politik und Verwaltung sowie den organisierten Interessen der lokalen Gremien der Wohlfahrtsverbände erreichen ließen:

- „ • Zugewinn an Partizipation der relevanten Kräfte und Interessen;
 - Zusammenführung von Ressourcen und Detailinformationen;
 - bessere Konzertierung und Abstimmung der einzelnen Maßnahmen;
 - dadurch höhere Effektivität und Effizienz (Bündelungseffekte);
 - verbesserte Transparenz;
 - erhöhte Legitimität der einzelnen Maßnahmen;
 - Einbindung der beteiligten Akteure in konsensfähige gemeinsame Perspektiven.“
- (Heinze/Voelzkow 1999, 237)

Ziele der Zusammenarbeit, auf die auch die Vorschläge der KGSt abzielten und die auf lokaler Ebene im Rahmen des Kontraktmanagements verwirklicht werden sollten. So entstand, nun (fast) an den Gesetzen des Marktes orientiert, eine diffizile M^{énage-à-trois}.

3.4 Das sozialwirtschaftliche Dreiecksverhältnis

Die Beziehung der Akteure auf dem Sozialmarkt stellt sich nicht wie eine marktübliche Anbieter-Kunden-Konstellation dar, sondern als Bündnis aus drei Teilnehmern, bei dem ein Leistungsberechtigter gegenüber einem kommunalen oder städtischen Leistungsträger einen Rechtsanspruch auf die Gewährung von Hilfen durch einen Leistungserbringer hat, der wiederum seinen Auftrag sowie die darauf folgende Vergütung durch den Leistungsträger erhält. Dieses kann als regelhaft angesehen werden, mit der Ausnahme, wenn aus Leistungsberechtigten durch die Möglichkeit eigenen Mitteleinsatzes selbstzahlende Kunden werden und der Leistungsträger als Finanzier somit wegfällt (vgl. Becker 2002, 32).

Das Verhältnis zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer basiert dabei auf dem Subsidiaritätsprinzip, dessen begriffliche Wurzeln bis zur katholischen Soziallehre des 19. Jahrhunderts zurückreichen und den katholisch-gesellschaftspolitischen Gegenentwurf zu Sozialismus und Liberalismus darstellen sollten. Zu Zeiten der Weimarer Republik erfuhr der Begriff einen Bedeutungswandel und wurde nun zum Prinzip der bürokratischen Organisation des deutschen Wohlfahrtsstaats (vgl. Buestrich et. al. 2010, 10), bevor dieser wenige Jahre später von den Nationalsozialisten zentralisiert wurde.

Zu Beginn der 1960er Jahre wurde das Subsidiaritätsprinzip in der Bundesrepublik Deutschland von den konservativ-liberalen Parteien wieder auf die Tagesordnung gebracht. Sie befürchteten vermeintlich zunehmende „Sozialisierungstendenzen in der kommunalen Sozialpolitik“ (ebd.) und waren bestrebt, die großen privaten Wohlfahrtspflegeorganisationen zu stärken. Seit dieser Zeit ist das Subsidiaritätsprinzip bestimmend für die Zusammenarbeit öffentlicher und freier Träger der Wohlfahrtspflege und wurde vom Sozialgesetzgeber

u. a. mit der Erstfassung des BSHG 1961 als Finanzierungspflicht des öffentlichen Sektors für die sozialen Dienste der freien Träger festgeschrieben, denen zugleich ein Vorrang bei der Erbringung dieser Dienste zugesprochen wurde. 1967 wurde diese Regelung vom Bundesverfassungsgericht bestätigt, das den „bedingten Vorrang freier Träger bei der Erstellung und Erbringung sozialer Dienste [betonte] und als ‚Funktionssperre‘ für den öffentlichen Träger“ (ebd.) interpretierte (vgl. ebd., 16). Denn gemäß § 17 SGB I sind die Sozialleistungsträger einerseits beauftragt, eine angemessene Versorgungsinfrastruktur sozialer Dienste und Einrichtungen bereitzustellen – und zwar rechtzeitig und ausreichend –, andererseits besteht kein Verbot, diese nicht durch Dritte erbringen zu lassen. Diese, im Sozialrecht als Leistungserbringer bezeichneten Dritten, sind heute neben den Trägern der frei-gemeinnützigen Wohlfahrtspflege auch privatwirtschaftlich organisierte Anbieter sozialer Dienstleistungen, u. a. im Bereich der Eingliederungshilfe, die zum Teil sogar als gewerbliche Träger (z. B. in der Rechtsform einer GmbH) eingetragen sind.

Folgerichtig forderte auch die KGSt bei der Umsetzung der Verwaltungsreformen die „Konzentration auf das sog. ‚Kerngeschäft‘, in dem die Verwaltung nicht durch private Anbieter ersetzbar ist“ (1993, 25). Umgekehrt tritt der öffentliche Leistungs- und Kostenträger „stellvertretend für den Bürger als Nachfrager sozialer Dienste“ (Brinkmann 2010, 98) auf den Plan und kauft am Sozialwirtschaftsmarkt Dienstleistungen bei den unabhängigen Trägern ein. Die staatliche Aufgabe umfasst darüber hinaus die Ausfallbürgschaft im Rahmen der vorgenannten Verpflichtung, eine angemessene soziale Infrastruktur rechtzeitig bereitzustellen (vgl. ebd.; vgl. Dahme et. al. 2005, 36).

Die KGSt legt im Abschnitt ‚Kontraktmanagement‘ fest, dass die genannten Leistungsvereinbarungen nicht nur zwischen der kommunalen Politik und der Verwaltung sowie innerhalb der Verwaltung geschlossen werden, sondern insbesondere auch auf die Beziehung zu Drittanbietern angewendet werden sollen:

„Die Kommune muß auch diejenigen Leistungen, die sie nicht vom eigenen Verwaltungsapparat erzeugen läßt, ausreichend steuern können, z. B. im Hinblick auf Preis, Qualität und Art des Angebots. Daher muß der Grundsatz des Kontraktmanagements, d. h. der konkreten Leistungs- und Preisabsprache auch zwischen der Kommune und Dritten (z. B. kommunalen Unternehmen und anderen öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Leistungsanbietern) gelten, deren sie sich zur Erstellung kommunaler Leistungen bedient.“ (KGSt 1993, 17)

Da die betriebswirtschaftlichen Bemühungen, innerhalb der kommunalen Verwaltungen zu einem verantwortungsvolleren Budgeteinsatz zu gelangen, weitgehend ins Leere liefen, war für die kommunalen Fachstellen damit ausgemacht, „[w]er das Kunststück ‚mehr zu leisten und weniger zu kosten‘ schließlich fertig bringen sollte und musste“ (Buestrich et. al. 2010, 2). Die Ökonomisierung der sozialen Diensteanbieter erfolgte über den Wettbewerbsgedanken, den das NSM vertritt und der weitreichende Rationalisierungsmaßnahmen bei den freien sowie privaten Trägern nach sich zog. Angesichts der allgegenwärtigen kommunalen Haushaltskonsolidierungen finden die korporatistisch ausgehandelten Leistungsvereinbarungen zwischen den öffentlichen Verwaltungen und Wohlfahrtsverbänden unter dem Diktat der Kostensenkung statt, bei der zum Teil eine Ausweitung der Leistung bei drastisch geschrumpften Budgets von den örtlichen Trägern sozialer Dienste erwartet wird „(Steuerung auf der Basis von Zielvorgaben).“ (Dahme et. al. 2005, 51).

Rückblickend betrachtet begann also mit der Implementierung des sozialwirtschaftlichen Dreiecks keine Partnerschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege auf Augenhöhe. Vielmehr beschneidet der Leistungsträger zunehmend über Vorgaben und Verordnungen den Gestaltungsspielraum der Leistungserbringer, was sich als fortschreitende „Verstaatlichung“ (Buestrich et. al. 2010, 11) bezeichnen lässt. Das Subsidiaritätsprinzip, welches „zur Absicherung der Eigenständigkeit und Selbstbestimmungsrechte freier Träger und der von ihnen beschäftigten Fachkräfte“ (ebd.) bestimmt war, verlor diese zunehmend „zugunsten der Stärkung staatlicher Planungs- und Steuerungsrechte“ (ebd.).

Dass die großen Wohlfahrtsverbände nicht frei davon waren, dieser Stärkung der staatlichen Position Vorschub geleistet zu haben, wurde im Kapitel 3.3 dargestellt.

3.5 Die Fallzahl- und Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe

Trotz aller Bemühungen, durch Schaffung einer marktwirtschaftlich ausgerichteten Soziallandschaft, eine Reduktion der Ausgaben der Eingliederungshilfen zu erreichen, stiegen diese bislang kontinuierlich an: von 4,1 Milliarden Euro im Jahr 1991 bis 14,4 Milliarden Euro im Jahr 2011, was bereits 57 Prozent der bundesweiten Sozialhilfeausgaben entsprach. Diese Entwicklung erfolgte analog zur steigenden Anzahl der Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe seit Einführung des BSHG: von gerade einmal 53000 registrierten Personen im Jahr 1963 bis zu 290000 im Jahr 1990 – im wiedervereinigten Deutschland kamen weitere hinzu, so dass 1991 schon 324000 und im Jahr 2011 bereits 788000 Menschen verschiedene Formen der Eingliederungshilfen in Anspruch nahmen (vgl. Destatis 2013, 226 f.; vgl. Gitschmann 2013, 2). Allerdings fällt auf, dass die Ausgaben allein für den Zeitraum zwischen 1991 und 2011 überproportional gegenüber der Anzahl der Leistungsberechtigten stieg: dividiert man – selbst bei dem vorliegenden groben Zahlenmaterial – die genannten Ausgaben durch die Personen, kommt man auf einen Anstieg um rund 50 Prozent (1991: ca. 12.650 Euro (umgerechnet)/Person; 2011: ca. 18.300 Euro/Person). Dieser Anstieg begründet sich „in immer teureren Maßnahmen und in dem Rückzug vorrangiger Leistungssysteme wie insbesondere der Kranken- oder Pflegeversicherung, für die der Ausfallbürge Sozialhilfe einspringen muss.“ (Gitschmann 2013, 2).

In Hamburg stiegen zwischen 2005 und 2012 die Fallzahlen in der ambulanten Sozialpsychiatrie erheblich an (+ 219,3 Prozent), während sie im stationären Bereich leicht sanken (- 6,3 Prozent). Gleichzeitig stiegen die Ausgaben für die ambulante Eingliederungshilfe im selben Zeitraum um 126,6 Prozent (2005: 26,5 Mio.; 2012: 59,9 Mio. Euro) bzw. die für die stationäre Unterbringung um 10,4 Prozent (2005: 31,6 Mio.; 2012: 34,9 Mio. Euro). Im stationären Bereich war somit trotz verringerter Fallzahlen ein Anstieg zu verzeichnen (vgl. Anhang I, 77).

Dass diese Entwicklung allerdings auch nicht ‚gottgegeben‘ war, sondern der Staat selbst durch seine Gesetzgebung den einstigen Nachrang der Sozialhilfe aushöhlte, wird im SGB IX deutlich, bei dessen Verabschiedung er 2001 verfügte, dass Eingliederungshilfeleistungen der medizinischen Rehabilitation (gem. § 26 f. SGB IX) sowie die Teilhabe am Arbeitsleben (gem. § 33 f. SGB IX) künftig unabhängig von einer bestehenden Bedürftigkeit erbracht werden sollen. Lediglich die in dieser Arbeit partiell behandelten Eingliederungshil-

feleistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß § 55 ff. SGB IX sind weiterhin von einer Prüfung der Bedürftigkeit abhängig. Dies bedeutet, dass Leistungsberechtigte ihr vorhandenes Einkommen und Vermögen bis zu den im SGB XII geregelten Höchstwerten für Teilhabeleistungen nach diesem Gesetzbuch einzusetzen haben (vgl. BSG 2008, 36).

Bislang wurde die psychosoziale Eingliederungshilfe in Hamburg durch ein Leistungsentgelt für Fachleistungsstunden (PPM) bzw. Entgelte für Hilfebedarfsgruppen (BeWo), denen jeweils eine Minutenanzahl hinterlegt war, finanziert und deren Kostensatz sich aus den Gesamtkosten der jährlichen Aufwendungen des Trägers ergab. Im Fall von PPM wurde diese durch die Anzahl der jährlichen Betreuungsstunden, die die Mitarbeiter des Trägers erbringen, dividiert. Die Finanzierung nach Fachleistungsstunden bot sich dabei besonders für ambulante Hilfen an, da sie flexibel und unbürokratisch aufgestockt werden konnten, wenn der Bedarf (z. B. Anzahl Klienten sowie deren bewilligte Fachleistungsstunden) zunahm. Die Entgelte der Fachleistungsstunden spiegelten jedoch nicht den Stundensatz der Mitarbeiter wieder, sondern beinhalteten als Bruttoentgelte alle Aufwendungen des Trägers zur Erfüllung seines Auftrags (vgl. Brinkmann 2010, 170).

4. Die Entstehung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN)

Zwei Berichte lenkten bei der Organisation der Vereinten Nationen (UNO) den Fokus auf die weltweiten Menschenrechtsverletzungen bei Menschen mit Behinderungen: Zum einen die Untersuchungen über Psychiatriepatienten der Sonderberichterstatlerin Erica-Irene A. Daes, die in ihrem Abschlussbericht 1986 veröffentlicht wurden, zum anderen der 1993 vorgelegte Bericht des Sonderberichterstatters Leandro Despouy über Menschenrechte und Behinderungen. Beide Berichte stellten zum ersten Mal den seither vielbeachteten Zusammenhang zwischen Menschenrechten und Menschen mit Behinderungen her, der in den ersten vierzig Jahren des Bestehens der UN nicht erkannt worden war. Bis dato war Behinderung „allenfalls als medizinisches oder sozialpolitisches Thema verstanden“ (Degener 2003) worden. Zwar wurde im UN-Weltaktionsprogramm für behinderte Menschen 1982 im Rahmen des Beginns der UN-Behindertendekade (1983 bis 1992) neben den Zielen Prävention und Rehabilitation auch die Chancengleichheit proklamiert, damit allerdings auch nur ein zentrales Menschenrecht für Menschen mit Behinderung eingefordert – ohne weitere Ausdifferenzierung. Erstaunlich war, dass auch die großen Nichtregierungsorganisationen (NGO) wie Amnesty International und Human Rights Watch Menschenrechtsverletzungen an Menschen mit Behinderungen bis zur Veröffentlichung der UN-Berichte gänzlich ausgeblendet hatten. Erst Despouys Bericht schärfte den Blick dafür, dass gerade Menschenrechtsverletzungen wie sie in Kriegen, durch Folter und Körperstrafen, in traditionellen Praktiken und medizinischen Experimenten erfolgen, auch eine Vielzahl an Behinderungen nach sich ziehen und dass sie auch in den Mitgliedsstaaten der UN immer noch an der Tagesordnung waren. Isolation und Ghettorisierung in institutionalisierten Behindertenheimen wurde dabei ebenfalls als Menschenrechtsverletzung gebrandmarkt, wie die spontanen und systematischen Diskriminierungen, die das Recht behinderter Menschen auf Gleichheit verletzen und die auf institutioneller Ebene die Rechte Behinderter auf Immigration, Eheschließung und Familiengründung, Wahlteilnahme und Schulzugang

einschränkten oder versagten. Neben der expliziten Gesetzgebung existierten dem Bericht nach eine Reihe weiterer indirekter Diskriminierungen, die z. B. durch fehlende soziale Strukturen verhinderten, dass Menschen mit Behinderung Zuhause versorgt werden können oder die ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben stark einschränken.

Verschiedene Vorstöße von UN-Mitgliedsstaaten seit den frühen 1980er zur Einrichtung einer eigenen UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) blieben zunächst erfolglos, so dass erst am 13. Dezember 2006 das »Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen« von der UN-Vollversammlung verabschiedet und fast genau zwei Jahre später, nach Unterzeichnung durch die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert wurde.

Mit der UN-BRK wurde nicht einfach nur die sowieso für alle Menschen geltende Menschenrechtskonvention erweitert, sondern ein eigenes Kontrollgremium als Überwachungsinstrument eingerichtet, welches mögliche Verstöße gegen die Behindertenrechtskonvention erfasst und den betreffenden Staat zu einer Stellungnahme auffordert (vgl. ebd.).

4.1 Der Inklusionsgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention

Als die amtliche deutsche Übersetzung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde, entfachte sie sogleich eine kritische Diskussion: Der englische Begriff ‚inclusion‘ wurde nicht analog mit Inklusion, sondern mit ‚Integration‘ – z. B. ins Bildungssystem (vgl. UN-BRK Art. 24 II e) – oder auch mit ‚Einbeziehung‘ übersetzt (vgl. Masuch 2011, 73; vgl. Theunissen 2010, 46). Theunissen beschreibt die „inhaltlichen Verzerrungen“ (ebd.), z. B. bezogen auf die deutsche Übersetzung von ‚being included in the community‘ mit ‚Einbeziehung in die Gemeinschaft‘ (vgl. UN-BRK, Art. 19) als eine Umkehrung der Perspektive, bei der entgegen des englischen Originaltextes plötzlich aus der Sicht des „nichtbehinderten Menschen bzw. einer mächtigen, handlungsbestimmenden Instanz argumentiert“ (Theunissen 2010, 47) wird. Von einer Einbeziehung kann aber nur sprechen, wer aus der machtvolleren Position heraus argumentiert. Genau diese – auch sprachlich vorherrschenden – Machtverhältnisse wollte jedoch die UN-BRK durch „das Zusammenspiel von Inklusion, Partizipation und Empowerment“ (ebd.) aufbrechen. Diese Sichtweise spiegelt auch die Übersetzung des Wortes ‚independence‘ bzw. ‚live independently‘ wieder, was ins Deutsche mit ‚Unabhängigkeit‘ bzw. ‚unabhängige Lebensführung‘ übersetzt wurde, während die treffenderen Termini ‚Selbstbestimmung‘ bzw. ‚selbstbestimmt leben‘ gewesen wären (vgl. Aichele 2008, 11 f.). Denn dass viele Menschen mit Behinderung auch in der Zukunft von der Hilfe Nichtbehinderter abhängig sein werden, ist unumstritten, aber sie sollen soweit wie möglich die Regie im Hilfeprozess übernehmen können und diese nur dort in Anspruch nehmen, wo sie an ihre physischen und/oder psychischen Grenzen stoßen.

Das Besondere der UN-BRK ist der grundlegende Tenor des Ansatzes der ‚diversity‘ (Vielfalt – vgl. UN-BRK Preamble, Art. 3 u. 24), der den bislang vorherrschenden defizitären Blick auf das medizinische Problemgebiet ‚Behinderung‘ ablöst und die vornehmlich negative Sicht versucht in die Richtung zu lenken, Menschen mit Behinderungen als normalen Bestandteil der Gesellschaft und der Umwelt wahrzunehmen, ohne deren bestehende Probleme bei der Teilhabe in der Gemeinschaft zu leugnen oder kleinzureden. Im Gegen-

teil bestärkt der diversity-Ansatz sogar darin, Menschen mit Behinderungen als kulturelle Bereicherung einer Gesellschaft und als Normalität menschlicher Existenzmöglichkeit zu sehen (vgl. Bielefeldt 2009, 6 f.), denn es gibt nicht „zum einen die Welt der behinderten Personen und zum anderen die der nichtbehinderten, die als Normalität und Norm für alle erklärt wird.“ (Theunissen 2010, 47).

Die UN-BRK wendet sich somit genau gegen eine vermeintlich ‚humane‘ Gesellschaft, in der die ‚Optimierung‘ menschlichen Erbguts zur Vermeidung behinderter Kinder im Über-schwang einer liberalisierten Eugenik salonfähig wird: „Gegen die Vision einer künftigen Gesellschaft ohne Behinderung stellt die Konvention das Bild einer Menschenwelt, in der Behinderte selbstverständlich leben und sich zugehörig fühlen können.“ (Bielefeldt 2009, 7) Die UN-BRK geht dabei über die bloße Akzeptanz behinderter Menschen hinaus, die also nicht einfach nur von der Gesellschaft ‚hinzunehmen‘ sind, sondern würdigt ihren positiven Beitrag „zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften“ (UN-BRK, Präambel Punkt (m)). Anerkennung sollen die Menschen mit Behinderung nicht nur in ihrer Würde erfahren, sondern auch deren Lebensformen und kulturellen Errungenschaften wie z. B. die Kommunikationsformen der Gehörlosen, die mehr sind als die Kompensation eines Defizits oder der Abdruck des Seelenlebens in Form einer gewaltigen Bildsprache, wie sie von Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung hervorgebracht wird. Durch die Aufwertung, die behinderte Menschen in ihrer Lebensgestaltung zuteil wird, gewinne die gesamte Gesellschaft einen Zuwachs „an Humanität und kultureller Vielfalt.“ (Bielefeldt 2009, 8).

Die Sichtweise auf Probleme, denen Menschen mit Behinderung ausgesetzt sind, dreht die UN-BRK um, indem die Probleme, die die behinderten Menschen im Alltag haben, zu vielfältigen Barrieren einer im Kern diskriminierenden Gesellschaft umgedeutet werden, die diese den Behinderten in den Weg stellt. Dadurch legt die Konvention die bestehenden ausgrenzenden Ungerechtigkeiten offen, denen Menschen mit Behinderung tagtäglich begegnen und schärft durch die Perspektivumkehr den Blick der Nichtbehinderten für die Hindernisse, die Behinderten den Alltag erschweren. „Behinderung wird in dieser Definition [...] als eine gesellschaftliche Konstruktion verstanden“ (ebd.), die zwar an Körper- oder Sinnesbeeinträchtigungen anknüpft und der natürliche – und insbesondere stigmatisierende – Beeinträchtigungen zugeschrieben werden, die jedoch „gerade kein natürliches Faktum, sondern Resultat gesellschaftlichen Handelns“ (ebd., 9) darstellen. Die Feststellung, dass Behinderung keine natürliche Gegebenheit darstellt, sondern eine gesellschaftliche Konstruktion, ist dabei eminent, denn nun lässt sich die daraus resultierende Exklusion „als strukturelles Unrecht adressieren“ (ebd.).

4.2 Der Sozialraum als Inklusionsmittel

In einem Punkt unterscheidet sich die UN-BRK von anderen Menschenrechtskonventionen: Wird zum einen die Wichtigkeit „individuelle[r] Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen“ (UN-BRK, Präambel Punkt (n)) hervorgehoben, die auch dem Freiheitsgedanken anderer Konventionen entspricht, fordert die Behindertenrechtskonvention darüber hinaus mehrfach und eindringlich das Recht auf uneingeschränkte

Teilhabe an allen Lebensbereichen der Gesellschaft ein, die das „Zugehörigkeitsgefühl verstärken“ (ebd., Präambel Punkt (m); vgl. auch Bielefeldt 2009, 10) soll, welches auch die aktive Teilhabe „an Entscheidungsfindungsprozessen über politische Konzepte und über Programme [umfasst], insbesondere wenn diese sie unmittelbar betreffen.“ (UN-BRK, Präambel Punkt (o)). Zwar besagt bereits der Artikel 27 der UN-Menschenrechtskonvention von 1948, dass jeder das Recht habe, „am kulturellen Leben der Gemeinschaft frei teilzunehmen, sich an den Künsten zu erfreuen und am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben“ (ebd.) und Artikel 21 gibt jedem das Recht, an der Mitwirkung der öffentlichen Angelegenheiten seines Landes oder der Bekleidung öffentlicher Ämter, aber die aktive Pflicht der Gemeinschaft, diese Rechte auch Menschen zu ermöglichen, die durch körperliche, Sinnes- oder psychische Beeinträchtigungen eine besondere Hilfe bei der Wahrnehmung ihrer Rechte benötigen, wurde dabei außer Acht gelassen.

Die o.g. *Lebensbereiche der Gesellschaft* gliedern sich in die Sozialräume jedes einzelnen (bestehend aus Zentrum, Nahraum und Peripherie) und stellen die Bezugspunkte des Alltags dar, in denen sich „unser Leben, unsere Zeit und Geschichte abspielen, in [denen] wir uns entwickeln.“ (Preis/Thiele 2014, 11). Der Sozialraum kann neben dem natürlichen, betretbaren Raum (auch Straßen, Einkaufszentren, Parks etc.) ebenso durch konstruierte Raumordnungen (z.B. Milieus, gesellschaftliche Zugehörigkeit, nationalstaatliche Grenzen) definiert sein, die sich durch symbolische Darstellungen (z.B. Graffiti, Sprache, Grenzpfahl) manifestieren (vgl. Kessl/Reutlinger 2010, 33 ff.). „Diese Räume und Territorien werden sozial bestimmt und sind schalenartig um den Menschen herum organisiert.“ (Preis/Thiele 2014, 11). Ein Kind ist dabei zunächst auf sein sozialräumliches Zentrum beschränkt und erweitert mit dem Heranwachsen sukzessive seinen Radius, während der alternde Mensch durch abnehmende Bewegungsfreiheit seinen Fixpunkt wieder im sozialräumlichen Zentrum findet. Durch Beeinträchtigungen wie psychische Behinderungen oder Armut können Menschen auch ungeachtet ihres Alters stark in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt und auf ihr sozialräumliches Zentrum zurückgeworfen sein, wodurch erhebliche Isolationsgefahren bestehen (vgl. ebd., 198 f.). Dieses umso mehr, als dass der raumgebundene Mensch sich den ihn umgebenden Raum stets als Lebensgrundlage anzueignen versucht, woraus Territorialverhalten resultiert, welches in der Verdrängung von Schwächeren und Segregationserscheinungen mündet (vgl. ebd., 12). Zu beobachten ist diese Gestaltung der räumlichen Ordnung, wenn z. B. infolge von Gentrifizierung Einkommensschwächere aus innenstadtnahen Wohnlagen an die Stadtränder verdrängt und diese wiederum politisch wie auch medial als ‚soziale Brennpunkte‘ identifiziert werden, was „für die Betroffenen häufig einen verhängnisvollen Teufelskreis von gesellschaftlicher Ausgrenzung, kollektiver Stigmatisierung und eigenen Verhaltensänderungen in Gang“ (ebd., 148) setzt. Ohne Ansehen des einzelnen Bewohners, wird dieser über seine ‚Adresse‘ diskreditiert, färbt der ‚Ruf‘ des benachteiligten Wohnquartiers, in dem er lebt, auf ihn ab (vgl. ebd.).

Die Transformation bisheriger wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme erfordert die Suche nach Alternativen nationalstaatlicher Integrationsräume, wobei der Nahraum der einzelnen Gesellschaftsmitglieder zunehmend in den Blick rückt. Da der Wohlfahrtsstaat als nationalstaatliches Konstrukt seinen Bürgern keine ausreichende Integration mehr im nationalstaatlichen Kontext anbieten kann, sollen kleinformative Gemeinschaften, die auf

familiäre Strukturen, der Nachbarschaft oder dem Verein aufbauen, Inklusionsräume entstehen lassen, die zugleich als Bezugspunkte für politische und pädagogische Programme dienen. Diese sozialen lokalen Schutzgemeinschaften sollen „die bisherigen national-staatlichen Integrationsräume ersetzen.“ (Kessl/Reutlinger 2010, 10 f.).

Die sozialräumliche Soziale Arbeit entwickelte sich über den Umweg der ‚Stadtteilbezogenen Sozialen Arbeit‘ aus der Gemeinwesenarbeit (GWA), die sich Ende der 1960er Jahre politisierte und das Bewusstsein der Bürger für die Macht des Establishments sowie benachteiligende soziale wie auch bürokratische Strukturen fördern wollte. Aufgrund dieses Bestrebens erachtete man sie staatlicherseits nur als förderungswürdig, wenn gerade die kommunalen Mittel fehlten, um an lokalen Brennpunkten den sozialen Frieden zu sichern. Die GWA-Kräfte handelten dann jedoch im Auftrag des Staates, entschärften soziale Konflikte und nutzten die Selbsthilfepotenziale der Milieubewohner, um Einspareffekte zu erzielen. Diese Arbeitsprinzipien führten die GWA schließlich – auch mangels Lobby – in die methodische Sackgasse und 1975 zu ihrem per Todesanzeige auf der internationalen Tagung ‚Möglichkeiten und Grenzen konfliktorientierter GWA‘ erklärten Ableben (vgl. Biesel 2007, 45). Die GWA hatte sich bis dahin nicht aus dem Kontext der Fachhochschulen und dem linksalternativen Milieu lösen können und verfügte über wenig institutionelle Bezüge, was jedoch gleichzeitig ihrem tendenziell institutionsfeindlichen Wesen entsprach, so dass sie sich in der Struktur der Apparate und gesetzlichen Regelungen nicht dauerhaft etablieren konnte. Zu Beginn der 1980er Jahre entwickelte sich aus den uneinheitlichen und unsystematischen Projekten der GWA-Praxis, die ‚Stadtteilbezogene Soziale Arbeit‘ mit Rückgriff auf die GWA-Tradition, aber auch auf erziehungskritische, feld- und gestalttheoretische Ansätze, wobei der Sozialraum und dessen Bewohnerinteressen zur Basisbezugsgröße des sozialarbeiterisch-aktivierenden Handelns erhoben wurden. Diese Entwicklungen mündeten in den 1990er Jahren in den Überlegungen zum Fachkonzept der ‚unverbrauchten‘ Sozialraumorientierung, mit der man das lästige Erbe der mit dogmatischen ’68ern, besserwisserischen Anwälten Sozialmissbrauch betreibender Klientel und der Bodenhaftung entglittener Gutmenschen assoziierten GWA abschütteln konnte. Durch die Sozialraumorientierung gelang die Anknüpfung an die Institutionen und die Installation gemeinwesenarbeiterischen Alltagshandelns in deren Gedankengut, wie dem nahräumlichen Lebensweltbezug, dem Vorrang der Aktivierung vor Betreuung sowie dem Bezug auf individuelle wie auch kollektive Interessen (vgl. Hinte 2012, 665 ff.).

Die gegenwärtige sozialpädagogische sozialräumliche Debatte ist nach Kessl/Reutlinger dadurch bestimmt, dass der „Begriff der Sozialraumorientierung [...] inzwischen ein ‚Catch-All-Begriff‘ geworden“ (2010, 39; vgl. auch Biesel 2007, 8) sei: Unterschiedlichste theoretische Überlegungen, fachliche Konzeptionen oder Projektbeschreibungen von Trägern würden ihre Argumente für Maßnahmen, Handlungsvorschläge und Neustrukturierungen durch den Bezug auf die Sozialraumorientierung positiv aufladen (vgl. Kessl/Reutlinger 2010, 39).

Dabei, so stellen Kessl/Reutlinger dar, komme es derzeit in der Sozialraumorientierung der Sozialen Arbeit zu einer Wende, nicht mehr „menschliche Notlagen als soziale Risiken zu begreifen“ (ebd., 40), wie sie bislang national-wohlfahrtsstaatlich verstanden worden waren, sondern nun würden sie in „post-wohlfahrtsstaatlichen Arrangements [...] zuneh-

mend zu räumlichen Problemen umdefiniert.“ (ebd., 40 f.). Bestimmte Problemlagen wie Arbeitslosigkeit, Gewalt, Armut würden nun auch von wohlmeinenden Helfern per se bestimmten Wohngebieten zugeordnet, wobei ignoriert werde, dass die Bewohner dort alles andere als eine homogene Gruppe darstellten (vgl. ebd., 50), weshalb man dem Einzelnen dadurch nicht gerecht werde in seiner speziellen Notlage.

Preis/Thiele fragen sich jedoch, ob es umgekehrt überhaupt möglich sei, sozialräumliche Problemlagen über die Einzelfallbetrachtung zu lösen (vgl. 2014, 193) und kommen zu dem Schluss, dass die Hilfe am konkreten Individuum anknüpfen müsse, damit sozialräumliche Konzepte griffen. Der Versuch, die Infrastruktur des sozialen Nahraums zu verbessern, ohne den einzelnen Menschen einzubinden und in die Verantwortung für diesen zu nehmen, fördere eher eine Konsumentenhaltung und Abhängigkeit, als die Selbstwirksamkeit zu stärken (vgl. ebd., 194). Insofern, schließen Preis/Thiele in ihrem Resümee, kann die Einbeziehung des sozialräumlichen Kontextes in die Einzelfallhilfe (nicht als Ersatz dieser!) die Perspektive des personalisierten Fallbezugs hin zur sozialräumlichen Feldorientierung verschieben. Allerdings warnen sie dabei vor übertriebenen Erwartungen: durch die Determiniertheit gesellschaftlicher Rahmenbedingungen seien auch die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit begrenzt. Zusätzlich seien durch die fortschreitende Ökonomisierung fast aller Lebensbereiche ständig neue Tendenzen der gesellschaftlichen Ausgrenzung erkennbar. Gerade hier sei es schwer, mit lokalen Mitteln den Auswirkungen des globalen Wettbewerbs zu begegnen, der bis hinein in die privaten Lebensbereiche wirke (z. B. durch Jobverlagerungen, Lohndumping, Migration) und „auch mit den Mitteln der Sozialraumorientierung kaum nachhaltig beeinflusst werden“ (ebd., 220) könne. Vor diesem Hintergrund werde mit dem Sozialraumbezug vor allem die Hoffnung und Perspektive verbunden, einen ungeahnten Ressourcenraum zur Verfügung zu haben, der vor dem Hintergrund explodierender Sozialstaatsausgaben die „gebotenen Haushaltskürzungen kompensieren“ (Biesel 2007, 79) könne.

5. Die Vorbereitung der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

Durch die UN-BRK 2006 kamen neue äußere Einflüsse auf die Politik zu, denen Rechnung getragen werden musste. Die Sozialminister und -senatoren der Bundesländer beschäftigten sich ab 2007 mit Überlegungen zur Umsetzung der Konvention, wohl auch, weil absehbar war, dass Deutschland diese auf jeden Fall unterzeichnen würde. Jede Einführung von neuen sozialstaatlichen Maßnahmen bedeutet allerdings den Einsatz geeigneter Mittel zur Umsetzung und so standen zugleich Überlegungen im Vordergrund, wie nach Möglichkeit eine Kostenneutralität für die Länder zu erreichen wäre.

5.1 Die Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales (ASMK)

Die Bundesländer haben im Bereich der Arbeits- und Sozialpolitik eigene Kompetenzen und können über den Bundesrat Einfluss auf die Ausgestaltung von Entscheidungen des Bundes nehmen. Durch die Arbeit und die jährlich stattfindende Hauptkonferenz der ASMK stimmen die Ressorts der Arbeits- und Sozialpolitik der Länder ihre Zusammenarbeit ab

und koordinieren ihre jeweiligen Länderinteressen, die sie gegenüber dem Bund vertreten, „unabhängig von der förmlich geregelten Rolle des Bundesrates als Verfassungsorgan.“ (ASMK 2014).

Die ASMK ist das ganze Jahr über tätig, wobei jedes Jahr reihum ein anderes Bundesland den Vorsitz übernimmt und über die jeweils eingerichtete Geschäftsstelle die in jedem November stattfindende Hauptkonferenz organisiert. Neben der Ausrichtung der Hauptkonferenz ist das Vorsitzland für die Durchführung bedarfsweiser Sonderkonferenzen sowie die Kommunikation zwischen den Ländern zuständig. Die Geschäftsstelle dient als Ansprechpartner für Verbände, Vereine und Behörden sowie für Anfragen der Bürgerinnen und Bürger (vgl. ebd.).

5.2 Die Beschlüsse der ASMK zwischen 2007 und 2010

Auf der 84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz im November 2007 in Berlin brachten acht Bundesländer (Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein) mit dem Tagesordnungspunkt 4.4 die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen als Antrag ein. Ziel des Antrags war es, „den Paradigmenwechsel in der Politik und mit Menschen mit Behinderungen zu verstärken“ (ASMK 2007, 9) und Entscheidungen auf Länderebene konsequent fortzuführen, die bereits durch die Änderung des Artikels 3 III des Grundgesetzes, dem SGB IX, Gleichstellungsgesetzen, dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz sowie der UN-BRK eingeleitet worden waren. Menschen mit Behinderungen sollten künftig stärker als Subjekte und nicht als Objekte fürsorglichen Handelns in den Mittelpunkt gestellt werden (vgl. ebd.).

Bemerkt wurde, dass trotz der bisherigen Bemühungen, „die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen noch nicht umfassend gesetzlich und tatsächlich gesichert“ (ebd., 10) seien und „sie überwiegend in eigenen Milieus leben und arbeiten“ (ebd.) würden. Obgleich doch viele „mit entsprechender Förderung in gleicher Weise wie Menschen ohne Behinderung am Leben in der Gemeinschaft teilhaben könnten.“ (ebd.). Eingefordert wurden daher „individualisierte und flexible Leistungen“ (ebd.), die „künftig stärker das Selbstbestimmungsrecht, die Selbstvertretung, die Autonomie und die Partizipation“ (ebd.) behinderter Menschen fördern. Festgestellt wurde von den Ministerinnen und Ministern sowie Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales außerdem, dass „in den vergangenen Jahren die Kosten der Eingliederungshilfe stetig angestiegen sind [...], wofür Fehlanreize im Leistungssystem, die Privilegierung einzelner Leistungsformen und die Verlagerung von Aufgaben aus originär zuständigen Leistungssystemen in die Sozialhilfe“ (ebd.) verantwortlich seien (vgl. auch Kapitel 3.5).

Insofern sahen die antragstellenden Länder einen dringenden Handlungsbedarf, die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen weiter zu entwickeln, immer unter der Prämisse, die gleichberechtigte Teilhabe dieser an allen Lebensbereichen in der Gesellschaft, von der Kindertagespflegestätte und Schule bis hin zum Arbeits- und Wohnungsmarkt, durchzusetzen. Wobei sich die Planung an den aufgelisteten Grundsätzen orientieren sollte:

- „• Stärkung von Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Selbsthilfepotentialen
- Annäherung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen an die allgemeinen Lebensbedingungen (Wohnen in eigener Wohnung, Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Vorrang ambulanter Leistungen vor stationären Leistungen)
- Zuständigkeit aus einer Hand für ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen
- Zielorientierte Gestaltung der Zugänge zum Teilhabesystem durch individuelle Teilhabepfanungen, lokale Koordination und Planung von Teilhabestrukturen
- Verbesserte Steuerung und Wirkungskontrolle durch die Kostenträger, um eine am individuellen Bedarf orientierte Hilfe zu sichern
- Förderung und Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements für Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderungen
- Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen und Alternativen für eine dauerhafte Unterstützung von nicht werkstattbedürftigen Menschen mit Behinderungen, die eine stärkere Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern
- Einhaltung des Nachranggrundsatzes gegenüber anderen Leistungssystemen
- Leistungsgewährung, die sich am individuellen Teilhabebedarf des Menschen mit Behinderung orientiert und nicht mehr auf Leistungsform, Leistungsort und Leistungsanbieter abstellt
- Angemessene Beteiligung des Bundes an den Kosten der Eingliederungshilfe
- Erprobung neuer Formen der Leistungsfinanzierung.“ (ASMK 2007, 11).

Die ASMK forderte abschließend in ihrem Beschluss die Bundesregierung dazu auf, mithilfe einer vom Bund und den Ländern geführten Arbeitsgruppe einen Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu erarbeiten, der bis zur nächsten Hauptkonferenz 2008 vorgelegt werden sollte (vgl. ebd.).

Bei der 85. Hauptkonferenz des ASMK im Folgejahr, bei der die Hansestadt Hamburg den Vorsitz führte, hatten sich alle Bundesländer der Antragstellung zur »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« angeschlossen. Die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe lagen vor und es wurde beschlossen, dass diese nun mit den „Verbänden der Menschen mit Behinderungen, den Verbänden der Leistungsanbieter, den Kommunalen Spitzenverbänden und den mitbetroffenen Sozialleistungsträgern“ (ASMK 2008, 3) erörtert und hinsichtlich ihrer Auswirkungen geprüft werden sollten.

Die 86. Hauptkonferenz des ASMK fand im Zeichen der erfolgten Gespräche mit den Interessenvertretenden Verbänden sowie Leistungsträgern statt und hob überraschenderweise nicht mehr die inkludierenden Aspekte der Eingliederungshilfe in den Vordergrund, sondern war fast durchweg auf die ökonomischen Aspekte der anstehenden Veränderungen ausgerichtet. Augenscheinlich waren die Bedenken vor wirtschaftlichen Einschnitten bei den Interessenvertretern der Menschen mit Behinderung und entsprechend die Befürchtungen der Leistungsträger vor Mehrausgaben so groß, dass sich die ASMK in ihrem Beschluss zu der expliziten Formulierung veranlasst sah, „dass es nicht Ziel des Reformvorhabens ist, Teilhabemöglichkeiten und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige einzuschränken, zu ihrem Nachteil zu kürzen oder wegfallen zu lassen“ (ASMK 2009 a, 7), um im nächsten Satz nachzuschieben, dass die MinisterInnen und SenatorInnen für Arbeit und Soziales der Länder „unbeschadet dessen eine Kostenneutralität“ (ebd.) anstrebten. Von den unter dem Punkt 1.2 genannten fünf Fragestellungen, die begleitend zu der geplanten Änderung der Gesetzgebung, ver-

tieft werden sollten, widmeten sich drei komplett dem Finanzierungskomplex, wobei es insbesondere um die Abgrenzung zu anderen Hilfearten, wie der Grundsicherung oder den Leistungen der Pflegeversicherung, ging (vgl. ebd., 8). Im gleichen Beschlussprotokoll findet sich erstmals auch die sozialräumliche Förderung in Bezugnahme zur Eingliederungshilfe, die nur in diesem Zusammenhang ihre „volle Wirkung“ (ebd., 9) entfalten könne. Die Arbeits- und SozialministerInnen sowie SenatorInnen beauftragten in ihrer Beschlussfassung die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, zusammen mit den Kommunalen Spitzenverbänden „Handlungsstrategien zum Auf- und Ausbau eines inklusiven Sozialraumes zu erarbeiten.“ (ebd.).

Im Jahr 2010 wurde die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe abschließend von der 87. ASMK behandelt, die in ihrem Bericht die vorliegenden Beschlüsse der Jahre 2007 bis 2009 zusammenfasste, die bisherigen Resultate der Begleitprojekte würdigte und aufforderte, die noch offenen Projektarbeiten zu Ende zu bringen. Die Ergebnisse wurden als notwendige Aufgaben gesehen, die „Gesetzgebungsarbeiten der Bundesregierung für eine Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“ (ASMK 2010, 6) voranzutreiben, die noch in der laufenden Legislaturperiode abgeschlossen werden sollten.

5.3 Kritische Stimmen zu den ASMK-Beschlüssen

Fuchs/Welti kritisierten im gleichen Jahr die Beschlussvorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für die 87. ASMK in ihren Anmerkungen, da sie der Auffassung waren, dass die geforderten gesetzlichen Neuregelungen des SGB XII bereits in vielen geltenden Bestimmungen des SGB IX enthalten seien und jetzt nur in das SGB XII übertragen werden sollten – trotz der ihrer Meinung nach immer noch vorhandenen „Restriktionen des Behindertenrechts (z. B. eingeschränkter Behinderungsbegriff, eingeschränktes Wunschrecht)“ (2010, 1), die das SGB IX enthält und „die vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention“ (ebd.) und einer Vereinheitlichung des Rehabilitations- und Teilhaberechts der dringenden Überprüfung bedürften. Zugleich sollte „in einer nicht exakt definierten Zahl von Fällen den Sozialhilfeträgern die Verantwortung für die Durchführung des gesamten Verfahrens“ (ebd.) übertragen werden, auch vor den „vorrangig leistungsverpflichteten Sozialversicherungsträger[n]“ (ebd.).

Die Verbände (darunter u. a. Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Der Paritätische) bemängelten in ihrer Stellungnahme zum Vorschlagspapier der ASMK 2009, dass in Verbindung mit dem Fallmanagement eine Einzelfallsteuerung erfolgen solle und argwöhnten hinter diesem Begriff wieder die Reduzierung des Leistungsberechtigten auf einen Status als Objekt staatlichen Handelns (Verbände 2009, 3). Ebenso kritisch sahen sie das „weitergehende Erfordernis zur Ermittlung von Diagnosedaten“ (ebd., 4), welches nicht vereinbar sei mit dem informellen Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderung sowie die Generalklausel, nach der die Teilhabe in Abhängigkeit der „Möglichkeiten der Gesellschaft“ (ASMK 2009 b, 5) gestaltet werden solle, hinter der die Verbände eine „Einschränkung des Bedarfsdeckungsprinzips und des Wunsch- und Wahlrechts“ (Verbände 2009, 4) vermuteten. Die bedarfsdeckende Versorgung sahen die Verbände auch durch die Wahlmöglichkeit der Sozialhilfeträger gefährdet, pauschalisierte Geldleistungen einführen zu kön-

nen, als Alternative zur Leistungserbringung durch Vereinbarungspartner nach den §§ 75 ff. SGB XII (vgl. ebd.; vgl. ASMK 2009 b, 11). Von dieser Wahlmöglichkeit machte die Sozialbehörde in Hamburg mit Einrichtung der Ambulanten Sozialpsychiatrie Gebrauch.

6. Zwischenfazit

In der Rückschau auf die geschichtliche Entwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie wird deutlich, dass Eingliederung psychiatrischer Gruppen in gesellschaftliche Bezüge schon immer einherging mit ökonomischen Fragestellungen und nachhaltige Veränderungen in der Sozialpsychiatrie (sozialen Psychiatrie) – im Guten wie im Schlechten – im Wesentlichen immer durch vermeintlich überhandnehmende Kosten und weniger durch ethische Vorstellungen vollzogen wurden. Insofern wird das Kostenargument sowohl von den ‚beschleunigenden‘ wie auch von den ‚bremsenden‘ Fraktionen von Reformvorhaben immer wieder ins Feld geführt.

Mit der sozialstaatlichen Auftragsvergabe der Sozialpsychiatrie wurde der Kunstgriff versucht, durch Wettbewerb der psychosozialen Träger die Sozialausgaben dauerhaft einzudämmen. Es stellte sich jedoch als Trugschluss heraus, dass nicht-staatliche Anbieter automatisch geringere Ausgaben verursachen würden, zumal die Zahl der Nutzer ebenfalls stieg und sich auf dem einmal angeschobenen Markt nach dessen eigenen Gesetzen eine weitreichende Angebotsvielfalt entwickelte, weil Unternehmen in einem Konkurrenzmarkt dazu neigen, sich bietende Nischen zu besetzen und auszubauen, bevor sie in einem Preiskampf gegeneinander antreten. Aufgrund dessen sah sich der Staat, der eigentlich mit dem Sozialwirtschaftsmarkt die Rahmenbedingungen gesetzt hatte, immer häufiger gezwungen, in diesen über Gesetze und Verordnungen steuernd einzugreifen. Diese Rahmenbedingungen konnten wiederum nur unter Mithilfe der großen Wohlfahrtsverbände verschoben werden, wobei nicht sicher ist, ob dabei in erster Linie das Wohl der eigenen Mitglieder (der freien Träger) vor dem der Klienten im Vordergrund stand bzw. steht.

Mit den Inklusions-Forderungen der UN-BRK konfrontiert, sahen die Landesvertreter auf jeden Fall die Chance gekommen, erneut bei der Kostenentwicklung der Eingliederungshilfe bzw. der ambulanten Sozialpsychiatrie gegensteuern zu können, wozu sie in ihren Vorschlägen die Möglichkeit einer pauschalen Abrechnung implementierten, was die Unwägbarkeiten der nach oben offenen Trägervergütung auf Basis von Fachleistungsstunden beseitigen sollte. Zugleich musste für die Träger eine Möglichkeit geschaffen werden, den künftig zu erwartenden Zustrom an Klienten möglichst ohne weiteren (großen) finanziellen Aufwand zu bewältigen, weshalb die Sozialraumarbeit wieder stärker in den Vordergrund gerückt wurde.

Aus den theoretischen Grundlagen zur Inklusion und der Ökonomisierung lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

1. Veränderungen im sozialpsychiatrischen Bereich werden von den Leistungsträgern her nur initiiert oder mitgetragen, wenn daraus ein Einsparpotenzial zu erwarten ist.
2. Veränderungen im sozialpsychiatrischen Bereich wirken tiefgreifender, wenn die Leistungsberechtigten im Sinne von Inklusion am Veränderungsprozess teilnehmen.

3. Im Sozialwirtschaftsmarkt tritt die ‚sozialanwaltliche Funktion‘ der Leistungserbringer gegenüber den Leistungsberechtigten im Zweifelsfall zugunsten der eigenen wirtschaftlichen Interessen in den Hintergrund.

7. Die Ambulante Sozialpsychiatrie (ASP) im Vergleich zu PPM und BeWo

Eingliederungshilfe stellt einen Nachteilsausgleich der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung oder von einer wesentlichen Behinderung bedrohte Menschen dar. Sie dient als „soziale Rehabilitation [...], die] die sozialen Folgen einer Behinderung beseitigen oder mildern“ (BASFI 2014 a, 1.) soll. Die Eingliederungshilfe verfolgt dabei grundsätzlich das Ziel der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ und setzt zu diesem Zweck auf die Bereitschaft und auch Fähigkeit der Betroffenen sowie ihres persönlichen Umfelds, diese Selbsthilfe zu fördern, um den Betroffenen weitestgehend ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Gleichzeitig sollen die Adressaten der Eingliederungshilfe eine weitgehende Unabhängigkeit von Sozialleistungen erreichen und Hilfen zur Förderung der persönlichen Entwicklung erhalten (vgl. ebd.).

Die bisherige ambulante Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. seelischer Behinderung wurde in Hamburg durch die Hilfeformen der PPM und des BeWo erbracht, die sich in ihrer Form – jedoch nicht in ihrer Vergütung – in der Praxis stark ähnelten. Unabhängig von ihrem ursprünglichen konzeptionellen Hintergrund und den Veränderungen, die diese zumeist aus eigenem Bestreben bereits durchlaufen haben, soll es diese beiden Formen zukünftig nicht mehr geben, d. h. dass diese Hilfen schon bereits jetzt nicht mehr explizit vom Fachamt für Eingliederungshilfe in Hamburg bewilligt werden.

Nachfolgend soll die Leistung der ASP orientiert am Weg von der Prüfung der Zugangsvoraussetzungen über die Antragstellung bis hin zur Bewilligung, den Leistungsarten und der Finanzierung beschrieben werden. Dabei werden die prägnanten Unterschiede zu den ehemaligen Hilfeformen PPM und BeWo hervorgehoben.

7.1 Zugangsvoraussetzungen

Die Grundprüfung der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers sowie die rechtlichen Voraussetzungen für den Zugang zur Eingliederungshilfe im Rahmen, finden sich im § 53 SGB XII. Der Kreis der Leistungsberechtigten umfasst Personen, die aufgrund einer Behinderung im Sinne des § 2 I SGB IX „wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“ (§ 53 I S. 1 SGB XII). Allerdings mit der Einschränkung, dass die Eingliederungshilfe nur gewährt wird, wenn „Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.“ (ebd.). Darüber hinaus wird die Leistung der ASP nur Personen gewährt, die das 21. Lebensjahr vollendet haben und mit eigenem Mietvertrag im eigenem Haushalt leben (vgl. BASFI 2014 b, 5.2) bzw. kann auch Menschen gewährt werden, die die Ablösung vom Elternhaus, einer Wohngruppe oder einer stationären Einrichtung „mit dem Ziel des Umzugs in einen eigenen Haushalt konkret“ (ebd.) anstreben.

Alle weiteren Personen „mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten“ (§ 53 I S.2 SGB XII); dies

stellt somit eine Ermessensentscheidung dar, die rechtlich nicht einklagbar ist. Als „von einer Behinderung bedroht“ (ebd., II S. 1) gilt, bei wem der Eintritt einer Behinderung „nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.“ (ebd.) Unter dem Aspekt des Leistungsnachtrags sind Ausschlusskriterien für die ASP gegeben, wenn ein anderer vorrangiger Kostenträger zuständig ist oder eine Wartezeit bis zum Eintritt in eine andere Maßnahme eines solchen überbrückt werden soll. Psychische Begleiterscheinungen aufgrund einer demenziellen Erkrankung führen ebenfalls zum Ausschluss (vgl. BASFI 2014 b, 5.1, 5.2), wie auch das Fehlen des kausalen Zusammenhangs zwischen der seelischen Behinderung und der eingeschränkten Teilhabefähigkeit. Ausländische Staatsbürger erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe nur, wenn die im Hilfeplangespräch festgelegten Ziele innerhalb ihrer aktuell gesicherten Aufenthaltsdauer erreicht werden können. Treten in ihrem Fall Einschränkungen der Teilhabefähigkeit ein, muss geprüft werden, ob sich diese im soziokulturellen Hintergrund oder in Ermangelung ausreichender deutscher Sprachkenntnisse begründen; in diesem Fall wird auf zielführendere Angebote wie z.B. die zur Integration von Zuwanderern verwiesen (vgl. BASFI 2014 b, 5.2.1, 5.2.2).

Über die aus den Hilfearten PPM und BeWo übernommenen Zugangsvoraussetzungen hinaus besteht nun im Modell der ASP ein zusätzliches präventives, niedrighschwelliges Angebot in Form eines ‚Offenen Treffs‘ (vgl. Kapitel 7.4), welches nicht gesondert beantragt werden muss. D.h., diese Leistung kann von Interessenten kostenlos und ohne Leistungsbewilligung in Anspruch genommen werden und richtet sich an Personen, die z.B. einmaligen Rat suchen oder sich unsicher sind, ob sie die bewilligungspflichtigen Leistungen benötigen, jedoch auch an ratsuchende Angehörige, Freunde oder Nachbarn psychisch erkrankter Menschen. Im Zentrum der neuen Hilfe steht jedoch „der Aufbau nachbarschaftlicher Kontakte und sozialer Netzwerke, die die Interessen der Nachbarschaft im Sinne klassischer Gemeinwesenarbeit unmittelbar ansprechen“ (BASFI 2014 b, 1.).

7.2 Antragstellung

Der Antrag auf ambulante Eingliederungshilfe nach dem ASP-Modell wird bei den zuständigen an die Bezirksämter angegliederten Fachämter Grundsicherung und Soziales – Grundsicherungs- und Sozialabteilungen – eigenhändig gestellt. Dabei sind als begleitende Unterlagen Einkommens- und Ausgabennachweise erforderlich (vgl. Behördenfinder Hamburg).

In der Praxis ist leider ein Teil der Betroffenen bereits mit der schriftlichen Antragstellung oder dem Gang zum Bezirksamt überfordert, so dass ein gängiger Weg über die Träger der Eingliederungshilfe führt, die bei der Formulierung des Antrags behilflich sind. Die Hilfesuchenden unterzeichnen den verfassten Antrag, bevor er versandt wird. Im Antragsverfahren zeigt sich die paradoxe Hürde, dass die antragstellende Person bereits um Hilfe ersuchen muss, damit sie eine Leistung beantragen kann, deren inhaltliche Hilfe sie eventuell für genau diesen Fall (administrative Unterstützung) in Anspruch nehmen möchte. Jedoch muss auch diese erste Kontaktaufnahme zum Träger erst einmal ‚bewältigt‘ werden.

Im Gegensatz zu den Leistungen PPM und BeWo bietet das niedrighschwellige Angebot der ASP (‚Offener Treff‘) den Vorteil, dass Betroffene nicht bereits mit dem klar formulierten

Ziel, bewilligungspflichtige Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen, auf einen Träger zukommen müssen. Sie können sich so über einen längeren Zeitraum an die Beschlussfassung herantasten und auf Wunsch dabei fachlich begleiten lassen. Unschlüssige Betroffene können ‚ihren‘ Träger quasi in einer Bewährungszeit kennenlernen oder sich so auch verschiedene ambulante sozialpsychiatrische Einrichtungen anschauen.

Nach Antragseingang und formaler Prüfung informiert das Grundsicherungsamt den Ärztlichen Fachdienst Eingliederungshilfe, der den Antragsteller einlädt, um eine gutachterliche Stellungnahme zur Beurteilung der wesentlichen Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII erstellen zu können, was bedeutet, dass zu klären ist, durch welche Funktionseinschränkung(en) „die Teilhabefähigkeit wesentlich eingeschränkt wird.“ (BASFI 2014 b, 5.3.2.). Hierzu ist es erforderlich, dass der Antragsteller dem Fachdienst Einblick in ärztliche Behandlungsunterlagen gewährt, d.h. Kliniken und Therapeuten gegenüber dem Ärztlichen Fachdienst von ihrer Schweigepflicht entbindet. Bloße Bescheinigungen von niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern reichen zur Beurteilung nicht aus. Im Ausnahmefall kann jedoch der Fachdienst nach Aktenlage entscheiden, wenn ausreichend aktuelle und aussagekräftige Unterlagen vorliegen. Die gutachterliche Stellungnahme wird als Voraussetzung für die Leistungsbewilligung dem Sozialpädagogischen Fachdienst übermittelt (vgl. FHH). Im Zuge der Umstellung auf die ASP wurde der Ärztliche Fachdienst Eingliederungshilfe nun ebenfalls am Standort des Fachamts für Eingliederungshilfe (Barmbeker Markt 22) im Stadtteil Hamburg-Barmbek angesiedelt.

7.3 Bewilligung

Der Sozialpädagogische Fachdienst lädt den Antragsteller zur Gesamtplankonferenz nach § 58 SGB XII ein. Zu diesem Gespräch werden in der Regel auch der gesetzliche Betreuer des Antragstellers (sofern für ihn eine Betreuung mit dem entsprechenden Aufgabenkreis nach § 1896 BGB eingerichtet ist) und der Eingliederungshilfeträger (sofern dieser bereits vom Antragsteller angefragt/ausgewählt wurde) eingeladen. In manchen Fällen bittet der Antragsteller auch eine Person seines Vertrauens hinzu.

Bei Neuansuchen ist auf jeden Fall ein Gesamtplanverfahren notwendig; bei Folgeansuchen entscheidet der Sozialpädagogische Fachdienst nach den Erfordernissen des Einzelfalls, ob eine erneute Gesamtplankonferenz durchgeführt wird (vgl. BASFI 2014 b, 6.).

In der Gesamtplankonferenz wird der genaue Bedarf des Antragstellers ermittelt, der sich aus der Einschränkung seiner Teilhabemöglichkeiten ergibt. Bei den Zielen, die zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Teilhabemöglichkeiten definiert werden, sind die Wünsche sowie die Wahlfreiheit gemäß § 9 SGB IX des Antragstellers zu entsprechen, sofern diese „sich auf die Gestaltung der Leistung“ (§ 9 II S. 1 SGB XII) richten/richtet und „angemessen“ (ebd.) sind/ist. Die Angemessenheit wird dabei durch die entstehenden Kosten der Maßnahme in Relation zu anderen geeigneten Maßnahmen oder der gleichen Maßnahme, die durch einen anderen Träger angeboten wird, definiert.

Die Ziele für den Bewilligungszeitraum, der bei einem Erstantrag ein halbes Jahr, bei Folgeansuchen maximal ein Jahr beträgt (vgl. BASFI 2014 b, 8.3), werden im Gesamtplan festgeschrieben und orientieren sich an den Lebensfeldern

- „1. Hilfen zur Erarbeitung eines vertiefenden Verständnisses der eigenen Lebenssituation
2. Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstbestimmung
3. Hilfen bei der Tages- und Kontaktgestaltung
4. Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung“ (Anhang II, 89),

wobei die Beschaffung von Wohnraum, wie ggf. der zweite Punkt vermuten ließe, keine Aufgabe der ASP ist (vgl. BASFI 2014 b, 5.2) – dieses war auch bereits bei PPM der Fall (vgl. BASFI 2012, 3.2.2), wurde jedoch bei der ambulanten BeWo-Leistung bislang nicht explizit ausgenommen (vgl. BASFI 2013).

Neu am Modell der ASP ist, dass den Klienten der Träger, die bereits umgestellt haben, im Leistungsbescheid nur noch „bedarfsdeckende ambulante sozialpsychiatrische Leistungen zur Erreichung der im Gesamtplan vom [...] genannten Ziele“ (Anhang III.a, 102) ausgewiesen wird sowie den in der ‚Auflistung Ihrer Leistungspositionen‘ aufgeführten trägerspezifischen monatlichen Verrechnungsbetrag (vgl. Kapitel 7.5). Eine Darstellung der wöchentlichen Einzel- sowie Gruppenstunden, wie in den bisherigen PPM-Leistungsbescheiden, erfolgt nicht mehr (vgl. Anhang III.a, 107). Die durch den ambulanten sozialpsychiatrischen Träger zu erbringende Leistung ergibt sich wie oben genannt aus dem Gesamtplan, welcher die Grundlage des Leistungsbescheids des Grundsicherungsamtes darstellt, der an den Antragsteller ergeht. Es erfolgt keine Vorgabe, ob der Träger die erforderlichen Leistungen in Form der Grund- oder Intensivleistung (vgl. Kapitel 7.4) zu erbringen hat. Der Träger entscheidet dies „nach fachlichen Erfordernissen“ (BASFI 2014 b, 8.1).

7.4 Leistungsumfang

Bei PPM und BeWo orientierte sich die Bedarfsermittlung an der für Hamburg gültigen Systematik, die zum einen die Abgrenzung zur möglichen Versorgung durch andere vorrangige Kostenträger ermittelte sowie die Lebensfelder darstellte, auf die sich die Hilfe bezog. Beides wurde in der ASP übernommen (vgl. BASFI 2014 b – Downloads: Anlage 1 und 2; vgl. Anhang II, S. 88 f.). Ein weiterer Schwerpunkt lag darüber hinaus in der Sozialraumorientierung, die nur für BeWo weiter ausdifferenziert wurde, indem die „Nutzung dort vorhandener Angebote, der Auf- und Ausbau relevanter Netzwerke und die Kooperation mit Hilfeangeboten des Trägers in der Region [als] integrale Bestandteile der Leistungserbringung“ (BASFI 2013, 4.1) aufgeführt wurden (vgl. BASFI 2012, 3.1). Die Sozialraumorientierung bei PPM wurde in der Praxis aus dem Blickwinkel des Einzelfalls betrachtet, der sich z. B. aus der eigenen Wohnung heraus den ihn umgebenden Raum, bestehend aus Parks, Cafés, Hilfeangeboten etc. als Ressource erschließen sollte.

Dieser *weitere Schwerpunkt* wurde in der ASP nun ins Zentrum der Hilfeleistung gerückt, aus dem heraus „die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch soziale Kontakte im Sozialraum“ (BASFI 2014 b, 1.) gefördert und ermöglicht werden soll, wobei dessen „räumliche sowie [...] soziale Dimension“ (ebd.) berücksichtigt werden soll.

Das räumliche Zentrum dieses sozialräumlichen Ansatzes bildet die Begegnungsstätte, wie sie auch bereits beim ehemaligen BeWo-Angebot integraler Bestandteil war (vgl. BASFI 2013, 4.2). Neu am Modell der ASP ist nun, dass diese Begegnungsstätte nicht nur als niedrigschwelliger ‚Offener Treff‘ für die eigenen Klienten und Ort für Einzel- sowie Gruppenangebote dient, sondern darüber hinaus die „Interessen der Nachbarschaft im Sinne

klassischer Gemeinwesenarbeit unmittelbar ansprechen“ (BASFI 2014 b, 1.) soll. Folgt man den (Ideal-)Vorstellungen der BASFI, entstünden an den Orten der Begegnungsstätten kleine Gemeindezentren, in denen in wechselseitiger Wirkung und zum Nutzen der Psychiatrie-Erfahrenen sowie der nicht-psychiatrischen Besucher ein Austausch zwischen dem Träger und der näheren Umgebung stattfindet (vgl. Kapitel 9.3). Neben diesem Austausch soll das niedrighschwellige Angebot des ‚Offenen Treffs‘ durch die „kontinuierliche Präsenz des Betreuungspersonals“ (Anhang II, 86), vor allem präventiv wirken, indem Klienten dort Ansprechpartner in akuten Krisensituationen finden oder eine Gemeinschaft aufsuchen können, ohne ein als zu eng empfundenenes Gruppenangebot wahrnehmen zu müssen. Zugleich bietet der ‚Offene Treff‘ die Möglichkeit der Wiederanknüpfung an Hilfsangebote, z.B. nach akuten Krisen mit stationärem Aufenthalt, Behandlungsabbrüchen oder Betreuungen, die in einem vorherigen Anlauf gescheitert sind (vgl. ebd.). Die räumlichen Vorgaben für die Begegnungsstätten beinhalten einen Treffpunkt-/Café-Raum von mindestens 50 m², einen Gruppenraum mit Küche von mindestens 25 m², Büroräume für die Mitarbeiter, Beratungszimmer für Einzelgespräche sowie getrennte Sanitärräume für Mitarbeiter und Klienten. Bei der Mindestgröße eines kompletten Trägerstandorts geht die BASFI von einer Fläche ab 130 m² aus (vgl. Anlage II, 92).

Neben den Angeboten in der Begegnungsstätte, die in Form des ‚Offenen Treffs‘ nicht bewilligungspflichtig sind, übernimmt die ASP die Leistungen des PPM- und BeWo-Angebots, die sich nun jedoch in zwei Komplexe untergliedern: die Grundleistung erfasst sowohl Einzelfallhilfe wie auch offene – der Isolation vorbeugende – und themenzentrierte Gruppenangebote, in denen die „Erprobung sozial angemessener Konfliktlösungen“ (BASFI 2014 b, 2.2) und die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung in Form psychoedukativer Gesprächsrunden im Vordergrund steht (vgl. ebd.). In der Einzelfallhilfe der Grundbetreuung geht es in erster Linie um „lebenspraktische Unterstützung rund um die Themen Wohnen, Selbstsorge und soziale Kontakte“ (BASFI 2014 b, 7.1). Die Intensivbetreuung geht über die Einzelfallhilfe der Grundleistung hinaus und dient der „Klärung bzw. Bearbeitung krankheitsbedingter Konflikte oder Ängste“ (BASFI 2014 b, 7.2) im Rahmen methodisch geführter Einzelgespräche in einem vertraulichen Setting.

7.5 Finanzierung über das Trägerbudget

Im Gegensatz zu den Hilfeformen PPM und BeWo, bei denen eine monatliche Einzelabrechnung auf Basis der für jeden einzelnen Klienten real erbrachten Zeitstunden erfolgte, ist in der ASP nun ein Jahresbudget festgesetzt. Dieses Budget wird für jeden Träger in der Anlage 2.2 der individuellen Vereinbarung nach § 75 III SGB XII errechnet (vgl. Anhang II, 96 ff.)

Die Grundlage für die Berechnung des Erstbudget im ersten Jahr der Umstellung auf die ASP errechnet sich aus den bisher bewilligten Einzel- sowie Gruppenstunden aller Klienten eines jeweiligen PPM-Trägers, abzüglich 4 Prozent. Bei BeWo wurden als Berechnungsgrundlage die bewilligten Stunden ohne Abzug angesetzt (vgl. ebd., 96). Zu der errechneten Gesamtstundenanzahl eines Trägers kommt eine einmalig gefixte, nur im ersten Jahr der Umstellung gültige Leistungsmengenerhöhung um 7 Prozent hinzu, so dass damit die geforderten Gesamtstunden für das erste Jahr gegeben sind (vgl. ebd., 97).

Als Budget des ersten Jahres werden nun die Gesamterlöse zum Umstellungszeitpunkt angesetzt (basierend auf dem Volumen der bewilligten Gesamtstunden abzüglich der o.g. 4 Prozent bei der Hilfeform PPM!). In diesem Gesamterlös bzw. Budget befindet sich ein angesetzter Präventionsanteil für das niedrigschwellige Angebot der ASP („Offener Treff“) von 4 Prozent. Dieses Gesamtbudget für das erste Jahr wird zu zwölf gleichen monatlichen Abschlagszahlungen an die Träger ausgekehrt (vgl. ebd.).

Das Budget ab dem zweiten Jahr errechnet sich aus den gesamten Sollstunden des ersten Jahres (die o.g. Gesamtstundenanzahl zzgl. der Leistungsmengenerhöhung). Hier von bzw. hierzu wird die Stundenabweichung aus dem Vorjahr subtrahiert bzw. addiert sowie ebenfalls die prognostizierten Stunden für das Folgejahr. Hierzu ist es erforderlich, dass die Mitarbeiter ihre geleisteten Stunden erfassen und dem Arbeitgeber melden, wobei die Gegenzeichnung der Stundenlisten durch den Klienten, wie bei PPM erforderlich, künftig entfällt. Das Fachamt für Eingliederungshilfe wiederum meldet die intern bewilligten Stunden aller Klienten monatlich dem Träger, woraus dieser dann die Über- bzw. Unterdeckung aus Soll- und Ist-Stunden errechnet (vgl. ebd., 98; vgl. BASFI 2014 b, 8.4.1).

Daraus resultieren die Gesamtstunden für das Folgejahr, aus denen sich multipliziert mit dem errechneten Stundensatz des Vorjahres das Gesamtbudget des Folgejahres ergibt. Auf dieses Budget werden zudem 0,88 Prozent als Kostenanpassung für Personal- und Sachkosten aufgeschlagen, was nun das Gesamterlösbudget inklusive Anpassung darstellt. In diesem neuen Budget ist wiederum ein aktualisierter Präventionsanteil enthalten, der sich aus der Erhebung der Besucher (ausgenommen Bestandskunden!) der Begegnungsstätte ergibt. Das neue Budget wird wie im Vorjahr in monatlichen Raten an den Träger ausgezahlt (vgl. Anhang II, 98).

Der neue Verrechnungsstundensatz des Trägers ergibt sich aus dem neuen Budget des Folgejahres dividiert durch dessen Bewilligungsstundenzahl. Dieser Stundensatz bildet die Bruttoeinnahme, aus deren Gesamtsumme der Träger sämtliche Aufwendungen wie Personalkosten, Sach- und Investitionsausgaben, Versicherungen etc. bestreiten muss.

In die Budgetfinanzierung der Träger fließen nach wie vor die Berechnungen von Eigenanteilen, die Antragsteller nach dem Überschreiten der Einkommensgrenze (Prüfung nach §§ 85 bis 89 SGB XII) sowie des einzusetzenden Vermögens (Prüfung nach § 90 SGB XII) ggf. erbringen müssen (vgl. BASFI 2014 a, 2.8.1). Der Antragsteller erfährt mit dem Leistungsbescheid des Grundsicherungsamtes, ob er einen Eigenanteil zu entrichten hat (vgl. Anhang III.a, 105 f.). Aufgrund dieser Berechnung ist es technisch nicht vermeidbar, dass in der Leistungsbewilligung jedem Antragsteller sein monatlicher Beitrag zum Trägerbudget ausgewiesen wird, was in der Praxis bereits für Verwirrung sorgte, da diese Summe unter Umständen geringer ausfiel, als in den bisherigen PPM-Bescheiden und Klienten daher zu der Annahme veranlasste, ihre Leistungen seien gekürzt worden (vgl. Anhang III.b, 108).

7.6 Alternative Finanzierung über das Persönliche Budget

Wer nicht über die wirtschaftlichen Möglichkeiten verfügt, als Selbstzahler aufzutreten, aber dennoch seine Leistungen „eigenverantwortlich, selbständig und selbstbestimmt“ (BMAS 2013, 7) einkaufen möchte, hat seit 2008 das Recht, ein Persönliches Budget zu beantra-

gen und Anspruch darauf, dass dieses „bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen grundsätzlich“ (ebd., 8) genehmigt werden muss.

Das Persönliche Budget stellt jedoch keine andere Leistungsart dar, sondern lediglich eine andere Form der Leistungserbringung durch die Sozialbehörde: Im Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21.03.2005 wurde bestimmt, dass die Leistungen zur Teilhabe auch in Form einer Geld-, anstatt einer Dienst- oder Sachleistung erfolgen kann (vgl. BGBl. 2005 I/18, 827). Budgetierbar sind demnach „alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe [die] als Geldleistung oder durch Gutscheine erbracht werden können.“ (§ 17 II S.4 SGB IX). Durch die Versetzung der leistungsberechtigten behinderten Menschen in die Position von marktpotenten Kunden, „löst [sich] das bisherige Dreieck zwischen Leistungsträger, Leistungsempfänger [...] und Leistungserbringer auf“ (BMAS 2013, 7), wodurch sie „mehr Einfluss auf die Art der Leistungserbringung“ (ebd., 15) erhalten.

Über das Persönliche Budget ist auch eine trägerübergreifende Finanzierung der Leistung möglich, die je nach sich überschneidenden Zuständigkeiten nicht nur den Sozialhilfeträger, sondern auch Kranken- und Pflegekasse, den Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit einschließen kann (vgl. ebd., 9). Der Budgetnehmer wiederum kann sein Budget nach Bedarf auch anbieterübergreifend einsetzen und sich so die passgenauen Leistungen zusammenstellen.

Die Antragstellung für das Persönliche Budget ist freiwillig (vgl. ebd.) und kann nicht zur Prüfung vorrangiger Leistungen anderer Kostenträger von einem Antragsteller der Eingliederungshilfe gefordert werden. Im Fall des Erstantrags von Eingliederungshilfe und der Finanzierung durch das Persönliche Budget muss zunächst ein Verfahren zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs erfolgen. Erhält der Antragsteller bereits Eingliederungshilfe und möchte nur die Finanzierungsart ändern, vereinfacht sich das Verfahren, da der Hilfebedarf hierfür bereits ermittelt wurde (vgl. ebd., 10), wobei das ausgezahlte Persönliche Budget den Wert der ansonsten in Anspruch genommenen Dienst- und Sachleistungen nicht überschreiten darf (vgl. § 17 III S.4 SGB IX), womit allerdings auch die Budgetassistenz ausgenommen ist, deren Kosten bei Inanspruchnahme die Leistungen des Antragstellers mindert. In dieser Regelung sieht der Autor Jörg Siebels allerdings einen klaren Verstoß u.a. gegen den Nichtdiskriminierungsgrundsatz und die Chancengleichheit der UN-BRK (vgl. 2014, 30). Das Persönliche Budget wird zunächst nur für ein halbes Jahr bewilligt (vgl. § 17 II S.5 SGB IX). Durch die Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets für die bewilligungspflichtigen Leistungen der ASP, fällt der Klient aus dem System der Trägerbudgetierung heraus, da er nun wie ein Selbstzahler behandelt wird – allerdings noch mit dem Unterschied der vorherigen Bedarfsermittlung und der Ausgabenkontrolle des Persönlichen Budgets.

Bislang stellt das Persönliche Budget nicht gerade ein ‚Erfolgsmodell‘ dar, wie allein die geringe Anzahl von bundesweit 14 500 Nutzern im Jahr 2010 belegt – zwei Jahre nach der flächendeckenden Einführung dieser Finanzierungsmöglichkeit (vgl. BMAS 2012, 88). Die Hemmnisse zur Inanspruchnahme liegen dabei bei allen beteiligten Akteuren: auf Seiten der Leistungsberechtigten darin, dass sie eine Überforderung durch den Antrags- und Verwaltungsaufwand befürchten, die Verantwortungsübernahme scheuen oder selbst kei-

nen Nutzen darin sehen, da sie der Meinung sind, ihre Selbstbestimmung auch ohne diese Leistung wahrnehmen zu können; auf Seiten der Leistungsträger darin, dass es ihnen an Vertrauen in die Fähigkeiten behinderter Menschen mangelt und sie den Nutzen aus verschiedenen Gründen als sehr gering erachten; auf Seiten der Leistungserbringer, dass sie das Auftreten von Klienten mit eigenen finanziellen Mitteln vor neue Konkurrenzsituationen mit ihren Wettbewerbern stellt, sie eine geringere Bezahlung durch begrenzte Budgethöhen befürchten und sie in der Folge ihre Angebote schlechter planen können (vgl. ebd., 89, 129).

8. Die Experteninterviews mit drei Akteuren des sozialwirtschaftlichen Dreiecks

Unterstützend zu den vorhandenen schriftlichen Materialien zum Thema der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe wurden insgesamt drei Experteninterviews mit den an dem Prozess beteiligten Akteuren geführt. Ziel der Befragung war es, über das vorhandene Material hinaus, die Stimmungen und Meinungen einiger der in den Weiterentwicklungsprozess involvierten ‚Mitspieler‘ aufzufangen und so eine Momentaufnahme zu Beginn der Umstrukturierung der Eingliederungshilfe zu gewinnen.

8.1 Methodisches Vorgehen

In Anlehnung an das bekannte Zitat von Dilthey: „Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir“ (1924, 144), lässt sich grundsätzlich die quantitative von der qualitativen Forschung abgrenzen. Während erstere den Versuch unternimmt, Vorgänge durch messbare Ergebnisse zu verifizieren oder zu widerlegen, vermeidet es die qualitative Sozialforschung, „Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse“ (Mayring 2010, 19) ausschließlich zu analysieren, sondern ist bestrebt, sich diese zumindest nacherlebend vorzustellen (vgl. ebd.). Diese Introspektion stellt in der qualitativen Sozialforschung eine wichtige Forschungsmethode dar, „deren Tauglichkeit außerhalb dieser Richtung immer wieder bestritten wird“ (ebd.). Man muss sich nur im Klaren darüber sein, dass „jeder Interviewtext das Protokoll einer besonderen Interaktion und Kommunikation“ und somit „unverwechselbar und einmalig in Inhalt und Form“ (Meuser/Nagel 1991, 451) ist.

Für das Experteninterview empfehlen Meuser/Nagel in Bezug auf Dexter einen offenen Interviewleitfaden, vor allem, um dem Experten die Gelegenheit zu geben, den Gegenstand zu strukturieren und seine diesbezügliche Bewertung zu erfassen (vgl. 1991, 442). Ginge es bei der Befragung von Experten nur um deren handlungsorientiertes Wissen, würde auch ein standardisierter Fragebogen genügen, der der Erhebung von Fakten dient. Experten hingegen geben sich, sofern es sich nicht um ein offizielles Pressestatement handelt, selten verschlossen: Deshalb sollten sich die im Interview gestellten Fragen „auch auf das Wie des Entscheidens und Handelns konzentrieren“ (Meuser/Nagel 2009, 54), weil die Interviewten dabei ihre „funktionsbezogenen Relevanzen und Maximen“ preisgeben, „wenn sie fortfahren und erläutern, extemporieren, Beispiele geben oder andere Formen der Exploration verwenden.“ (ebd., 52). Dies kann sich nur aus einer offenen Gesprächssituation heraus entwickeln, woraus sich die „Notwendigkeit eines thematischen Leitfadens und seiner flexiblen Handhabung“ (ebd.) ergibt und „nicht als zwingendes Ablaufmodell des Diskurses gehandhabt wird.“ (Meuser/Nagel 1991, 449).

Abgesehen von der Besonderheit der Zielgruppe, der sich das Experteninterview widmet, gelten die allgemeingültigen methodologischen Prinzipien der (Sozial-)Wissenschaften (vgl. Gläser/Laudel 2010, 30 ff.):

- Nach dem *Prinzip der Offenheit* muss sich der Forschende auch für unerwartete oder überraschende Erkenntnisse öffnen.
- Das *Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens* schließt an bereits vorhandenes Theoriewissen an und bedeutet, Hypothesen aus der Theorie abzuleiten, um diese zu testen.
- Das *Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens* meint die Maxime der Reproduzierbarkeit der Forschung. Die unternommenen Schritte sowie die Schlüsse, die aus den erhobenen Daten gezogen wurden, sind nachvollziehbar.
- Schließlich das *Prinzip vom Verstehen als Basishandlung sozialwissenschaftlicher Forschung*, wonach der Forschende verstehen will und muss, warum sein Interviewpartner in der dargestellten Weise denkt und handelt. Allerdings ist dieses Verstehen „selbst eine Interpretation, in die unsere Deutungen und Sinngebungen eingehen.“ (ebd., 32).

8.2 Auswahl der Interviewpartner

Alfred Schütz unterschied als Quelle des Wissens drei Idealtypen: als Gegenpole den Mann auf der Straße sowie den Experten; zwischen diesen verortete er den „Bürger, welcher gut informiert sein will“ (1972, 88). Das Experteninterview als qualitative Wissensgenerierung grenzt sich zum einen durch die Zielperson der Befragung, zum anderen durch das Interesse an dieser von herkömmlichen qualitativen Befragungen ab. Wobei bereits die Auswahl der geeigneten Gesprächspartner eine besondere Herausforderung beim Experteninterview darstellt, die mit der Bestimmung durch den Forschenden beginnt, wer als Experte eines bestimmten Fachgebiets zu identifizieren ist. Meuser/Nagel nähern sich dem Expertenbegriff an, indem sie „danach fragen, ob es Eigentümlichkeiten gibt, die das Expertenhandeln und -wissen von anderen Formen sozialen Handelns und Wissens, insbesondere vom Alltagshandeln und -wissen unterscheidet.“ (2009, 37). Die Auswahl des Forschenden beruht dabei auf der Annahme, dass die als Experte ausgewählte Person über einen Vorsprung an Wissen eines Themas verfügt, dass sie zwar unter Umständen mit anderen Personen teilt, welches jedoch „nicht jedermann in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist.“ (ebd.). Zwar kommt nicht jede Person eines bestimmten Handlungsfeldes notwendigerweise durch Zuschreibung als Experte in Betracht, die als Experte identifizierte Person sollte jedoch über die „institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit“ (Hitzler/Honer/Maeder 1994, Buchtitel) verfügen.

Das Interesse des Forschenden gilt dabei nicht der Gesamtperson des Experten als Gegenstand der Analyse, „d. h. die Person mit ihren Orientierungen und Einstellungen im Kontext des individuellen oder kollektiven Lebenszusammenhangs“ (Meuser/Nagel 1991, 442), sondern um den organisatorischen bzw. institutionellen, in der die agierende, befragte Person nur einen Faktor darstellt.

Bei der Befragung für diese Arbeit wurden in Anlehnung an Meuser/Nagel Experten ausgewählt, „die selbst Teil des Handlungsfeldes sind, das den Forschungsgegenstand ausmacht.“ (1991, 443). Gefragt waren also nicht Experten im Sinne von Gutachtern, die von

außen einen Blick auf das Handlungsfeld werfen. Vielmehr wurde als Experten angesprochen, „wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt.“ (ebd.). Um das Handlungsfeld näher zu erschließen bzw. Informationen über die Kontextbedingungen zu erhalten, die gerade nicht in schriftlicher und gegebenenfalls zugänglicher Form vorlagen, wurde bei der Auswahl der befragten Experten Wert auf eine (nach Ermessen des Forschenden) komplementäre Stellung im Prozess der Umstrukturierung gelegt (vgl. ebd., 446).

Dem Verfasser dieser Arbeit erschien es sinnvoll, jeweils einen Akteur der drei hauptsächlich am Weiterentwicklungsprozess beteiligten Parteien als Interviewpartner zu gewinnen. Die Interviewpartner sollten sich auf Entscheidungs- bzw. Verbandsebene befinden, wobei nur zwei der Interviewpartner systembedingt und regelhaft als Vertragspartner auftreten, der dritte jedoch in der von den Vertragsabschlüssen betroffenen Rolle steckt. Die Auswahl spiegelt somit das klassische sozialwirtschaftliche Dreieck, bestehend aus der beauftragenden und leistungstragenden Behörde, den leistungserbringenden Trägern sowie den leistungsberechtigten Adressaten bzw. Nutzern des Angebots der Sozialen Arbeit wider.

8.3 Transkription

Zur Verschriftlichung der aufgezeichneten Interviews gibt es keine einheitliche Auffassung: Während Gläser/Laudel für eine möglichst vollständige Erfassung plädieren (vgl. 2010, 193), sprechen sich Meuser/Nagel nur für die Erfassung der „thematisch relevanten Passagen“ (2009, 56; vgl. 1991, 455) aus.

Für diese Arbeit wurden die geführten Interviews vollständig erfasst, jedoch wurde dabei gemäß der Empfehlung von Meuser/Nagel auf durchgehende Notationssysteme, prosodische, nonverbale oder parasprachliche Ereignisse weitgehend verzichtet, da Pausen, Betonungen und Stimmlagen beim Experteninterview nicht den Gegenstand der Analyse des Gesagten darstellen (vgl. 2009, 56; vgl. 1991, 455). Die Interviews wurden zudem in Standardorthographie abgesetzt, wobei Besonderheiten (z. B. Lachen) nur erfasst wurden, sofern sie unmittelbar die Gesprächssituation unterstrichen bzw. beeinflussten. Anmerkungen (z. B. mit Gegenständen auf dem Tisch wird etwas erklärt) und unverständliche Passagen wurden ebenfalls in den Transkriptionen ausgewiesen. Darüber hinaus wurden Pausen, da sie im genannten Kontext nicht bedeutsam waren, nicht aufgenommen.

8.4 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung von Experteninterviews unterscheidet sich von der einzelfallinteressierten Interpretation durch die Extraktion von thematischen Einheiten, welche den gleichen Inhalt zum Gegenstand haben, wobei es keine Rolle spielt, an welcher Stelle des Interviews diese Aussagen erfolgen (vgl. Meuser/Nagel 1991, 453; vgl. Gläser/Laudel 2010, 204). Der Funktionskontext der Experten wird hingegen von Anbeginn des Gesprächs in ihre institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen eingeordnet. Sowohl der gemeinsam geteilte institutionelle bzw. thematische Rahmen der Experten, als auch die leitfadengestützte Interviewführung sichern darüber hinaus eine Vergleichbarkeit der Interviewtexte, wobei

der Leitfaden „die interessierenden Themen aus dem Horizont möglicher Gesprächsthemen“ (Meuser/Nagel 1991, 453) herausschneidet und „selbst die Bedingungen seiner Verwendung in der Auswertung setzt.“ (ebd., 454).

Die Extraktion der Inhalte grenzt sich bewusst von Mayrings Kodierungsbegriff der qualitativen Inhaltsanalyse ab, die davon ausgeht, dass nach Bildung der Kategorien die Fundstücke im Material erschöpft seien. Auch analysiert das Mayringsche System letztlich die Häufigkeit von Aussagen, anstatt Informationen herauszufiltern (vgl. Gläser/Laudel 2010, 199). Diese sind jedoch in Bezug auf die Forschungsfrage hier elementar, da im Gegensatz zur Erforschung des Betriebswissens, welches hier nicht im Vordergrund steht, sondern allenfalls als nützliche Zusatzinformation betrachtet wird, „bei der Erforschung von Kontextwissen von der Betrachtung eines überbetrieblichen sozialen Systems ausgegangen [wird], dessen Funktionieren durch die ExpertInnen mitbedingt ist.“ (Meuser/Nagel 1991, 454). Die wechselseitigen Beziehungsmuster innerhalb des Systems werden dabei durch die Beobachtungsdimensionen erforscht, die durch die thematischen Schwerpunkte des Leitfadens abgebildet werden und bei der Auswertung im Fokus stehen (vgl. ebd.). Das Ziel der Untersuchung des Kontextwissens ist die Generierung empirischen Wissens, „nicht die theoretische Erklärung und Generalisierung der empirischen ‚Tatsachen‘.“ (ebd., 455). Von daher sollen die Ergebnisse dieser Expertenuntersuchung zur Sachverhaltsbestimmung beitragen und sind nicht geeignet, „die Gültigkeit theoretischer Behauptungen über den Sachverhalt zu prüfen.“ (ebd., 447)

Auf die Texte wurde ein thematisch am Leitfaden orientiertes Suchraster angewandt, welches mit Kategorien für die Extraktion arbeitete, mit dessen Hilfe – nach Ermessen des Forschenden – relevante Textabschnitte aus den drei Gesprächen herausgearbeitet wurden. Für diese Extraktion aus den transkribierten Gesprächen kam das Programm ‚f4analyse‘ zum Einsatz, in dem sich mittels definierter Codes (hier als Kategorien verwendet!), inhaltlich passende Textpassagen verknüpfen lassen, wobei auch Mehrfachkodierungen möglich sind. Insgesamt kamen zunächst acht Kategorien zum Einsatz, zuzüglich vier Unterkategorien, die paarweise zwei der Kategorien zugeteilt waren. Da das Kategoriensystem offen ist, darf es während des Extrahierens verändert werden, z. B. wenn im Text Informationen auftauchen, die der Forschende für relevant befindet, die jedoch nicht ins Kategoriensystem passen, aber im Umkehrschluss auch, wenn es sinnvoll erscheint, Kategorien zu einem Themenblock zusammenfassen lassen (vgl. Gläser/Laudel 2010, 201). Die ausgewählten Textpassagen ließen sich darüber hinaus bereits beim Codieren mit Memo-Texten versehen, die inhaltliche Querverweise zwischen den Gesprächen beinhalten, das Gesagte aus dem Zusammenhang heraus näher spezifizierten oder in denen inhaltliche Widersprüche innerhalb eines Gesprächs aufgezeigt wurden. Am Ende kristallisierten sich sechs Hauptkategorien für die Aussagen heraus, die im Anhang aufgeführt sind.

Das Ziel bestand dabei darin, „das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten [und] Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster“ (Meuser/Nagel 1991, 452) im Prozessgeschehen herauszufiltern.

Im Anschluss wurden die ausgeschnittenen Textpassagen als Teil der Analyse paraphra-

siert, um über eine einheitliche Sprache ihren Inhalt besser zu erfassen. Hierbei muss man anmerken, dass der Verstehensprozess trotz aller Regeln zur Erreichung von Objektivität immer auch ein subjektiver seitens des Forschenden, mithin also individuell geprägt ist (vgl. Gläser/Laudel 2010, 201). In diesem Analyseschritt konnten Textabschnitte der einzelnen Gespräche, die unter mehreren Kategorien einsortiert worden waren, nochmals nach Relevanz geprüft und eindeutiger zugeordnet werden. An einigen Stellen erschien es sinnvoll, Sinn zusammenhängende Textblöcke zu einer Paraphrase zusammenzufassen. Auch Anmerkungen die zum Teil bereits auf den bereits in ‚f4analyse‘ erstellten Memos beruhten, wurden in Ergänzung zu den Paraphrasen aufgenommen.

8.5 Das Gespräch mit Herrn Axel Georg-Wiese von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI)

Das erste Interview im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit fand am 8. April 2014 im Büro von Herrn Georg-Wiese im Hause der BASFI, Hamburger Straße 47, statt. Herr Georg-Wiese hatte eine Kanne mit grünem Tee auf den Tisch gestellt, die im Verlauf des Gesprächs noch als stellvertretender Akteur in ein Erklärungsmodell eingebunden werden sollte. Vor dem eigentlichen Interview beantwortete Herr Georg-Wiese einige Fragen zu den Abrechnungsmodalitäten, die sich im Verlauf meiner Recherche und der Betrachtung der Musterrechnung aus der Vereinbarung mit den Trägern (Anlage 2.2 der Mustervereinbarung) ergeben hatten.

Herrn Georg-Wiese für das Interview zu gewinnen, war insofern sehr erfreulich, weil er als Referent der Fachbehörde das Konzept der neuen Ambulanten Sozialpsychiatrie entworfen, die Verhandlungen mit den Verbänden der Wohlfahrtspflege geführt und die Verträge gemäß § 75 SGB XII mit den Trägern der Eingliederungshilfe geschlossen hat, bzw. diese im noch laufenden Prozess schließt.

Das Gespräch mit Herrn Georg-Wiese dauerte ca. 65 Minuten (Anhang VI.b).

8.6 Das Gespräch mit Herrn Jurand Daszkowski vom Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.

Das zweite Gespräch wurde mit Herrn Daszkowski geführt, der im Vorstand des Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (LPE) in Hamburg tätig ist. Es fand am 9. April 2014 in einem der Video-Schneideräume im Hause der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in der Alexanderstraße statt. Der Verband ist Mitglied der Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen e.V. (LAG) und vertritt die Interessen von psychisch erkrankten bzw. seelisch behinderten Menschen. Nach dem Gespräch überreichte mir Herr Daszkowski noch das Manuskript seines Referats, welches er wenige Tage zuvor im Rahmen einer Tagung am 4. April 2014 im Gästehaus der Universität Hamburg gehalten hatte.

Herr Daszkowski konnte als Teilnehmer der Projektvorstellungsrunden des Weiterentwicklungsmodells der BASFI erläutern, wie sich die Gespräche aus Sicht eines Verbandes der von den Umstrukturierungen Betroffenen darstellte.

Das Gespräch mit Herrn Daszkowski dauerte ca. 62 Minuten (Anhang VII.b).

8.7 Das Gespräch mit Herrn Wolfgang Bayer vom sozialpsychiatrischen Träger Stiftung Das Rauhe Haus

Ein Gespräch mit einem Vertreter eines auf die ASP umstellenden sozialpsychiatrischen Trägers zu führen erwies sich zunächst als Hürde, zumal die Termine mit den Vertretern der beiden anderen Sozialmarktteilnehmern sehr unkompliziert vereinbart werden konnten. Schließlich erklärte sich Herr Bayer, der Stiftungsbereichsleiter der Sozialpsychiatrie des Rauhen Hauses – einer der vier größten Träger der Hansestadt Hamburg – gern zu einem Gespräch bereit. Nach einem ersten, wegen Erkrankung kurzfristig abgesagten Interviewtermin, fand das Gespräch schließlich am 2. Juni 2014 im Büro von Herrn Bayer, am Hauptsitz der Stiftung in Hamburg-Horn statt.

Das Gespräch erwies sich als sehr informativ, da Herr Bayer zum einen aufgrund seiner 25-jährigen Erfahrung in leitenden Positionen (seit 2011 beim Rauhen Haus in Hamburg), vor allem in Nordrhein-Westfalen, immer wieder Vergleiche zwischen den Besonderheiten der Trägerlandschaft eines Flächenlandes sowie dem Stadtstaat Hamburg zog, zum anderen nimmt er durch seine Verbandstätigkeit in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) viele gesamtdeutsche Stimmen und Stimmungen auf und verknüpft diese Erfahrungen mit seiner Arbeit in Hamburg.

Als Verhandlungsteilnehmer und Vertreter seines Trägers an den Runden mit der BASFI konnte Herr Bayer aus erster Hand schildern, wie diese verlaufen waren. Aufgrund seiner kritischen Haltung und Gegenposition zum neuen Modell der ASP, die er fundiert vertreten konnte, ergab sich ein spannendes Bild vom Beginn des Weiterentwicklungsprozesses.

Wenige Tage nach dem Gespräch übersandte mir Herr Bayer, wie nach dem Interview versprochen, das Vorab-Manuskript seines Artikels ‚Sozialraumorientierung und Trägerbudget – Reflektion über einen gewollten und umstrittenen Zusammenhang‘, der in der Zeitschrift ‚Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie‘, 3. Ausgabe 2014 erscheinen wird.

Das Gespräch mit Herrn Bayer dauerte mit ca. 115 Minuten am längsten (Anhang VIII.b).

9. Zusammenfassung der Aussagen der Experteninterviews

Schon in den Zusammenfassungen nach Themenbereichen wird deutlich, wie konträr die Meinungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe bei den drei Stellvertretern des sozialwirtschaftlichen Dreiecks gelagert sind und wie viel Konfliktpotential in Zukunft noch gegeben sein könnte. Dabei steht seitens der Vertreter der Leistungserbringer und Leistungsberechtigten nicht nur die Maßnahme der ASP selbst in der Kritik, sondern bereits der Weg dorthin.

Am Thema ansetzend schloss die qualitative Untersuchung neben der Inklusion, welche auch durch das neue Element der sozialräumlichen Arbeit vorangebracht werden soll und der ökonomischen Dimension, die Frage nach dem Persönlichen Budget ein. Dieses ist als alternative Finanzierung interessant, da es geeignet wäre, den Klienten ein Stück weit wieder die Regie über die Maßnahme zu überantworten.

9.1 Der Begriff der ‚Inklusion‘

Als Einstiegsfrage der Interviews wurde eine einfache Definitionsfrage gewählt, die den Unterschied zwischen Inklusion und Integration herausarbeiten sollte. Während Herr Daszkowski der gängigen Definition des Begriffs der Inklusion als gleichberechtigte und akzeptierte „Einschließung in der Gesellschaft“ (Daszkowski, Z. 4) folgt, wird die Sichtweise auf den Begriff sowohl von Herrn Georg-Wiese als auch von Herrn Bayer kritisch betrachtet, wobei im weiteren Verlauf der Gespräche deutlich wird, dass beide die damit verbundenen Inhalte durchaus nicht ablehnen. Herr Georg-Wiese sieht in der Inklusion eher eine gesellschaftliche Modeerscheinung, die zur Zeit die Gemüter erregt (vgl. Georg-Wiese, Z. 5 ff.), während Herr Bayer dem Begriff sofort den Blickwinkel der sozialpsychiatrischen Anbieter zuordnet, die ihre Daseinsberechtigung aus der Beschäftigung mit einer genau definierten Zielgruppe zögen:

„Der aus meiner Sicht zentrale Unterschied ist der, dass wenn ich mich um Inklusionsfragen bemühe, ich keine bestimmte Zielgruppe im Auge haben kann [...] Also, will sagen, einem Träger der Behindertenhilfe den Auftrag zu geben ‚sei doch mal inklusiv‘ ist aus meiner Sicht inhaltlicher Blödsinn hoch zehn, das geht schlicht und ergreifend gar nicht, weil, der ist exklusiv.“ (Bayer, Z. 69 ff.)

Der Begriff werde zudem romantisierend gebraucht, da der Wille zur Einbeziehung aller Mitglieder in eine Gesellschaft moralisch opportun sei (vgl. ebd., Z. 80 ff.) und da ‚Inklusion‘ die Illusion erzeuge, dass das Leben barrierefrei bewältigt werden könne (vgl. ebd., Z. 113). Zwar stimme dieses für die sichtbaren Barrieren, die sich gut beseitigen ließen, fraglich sei hingegen, wie es in einer auf Exklusion aufgebauten Gesellschaft („alle Menschen grenzen aus“: ebd., Z. 85) mit der Inklusion von Menschen mit Minderbegabung oder psychischer Erkrankung stehe (vgl. ebd., Z. 118 ff.). Hierzu führt Herr Bayer ein Beispiel an, welches verdeutlicht, dass sich ‚Teilhabe an der Gemeinschaft‘ nicht bis in den privaten Kontext hinein erzwingen lässt:

„Da wurde mal ein Psychiatrie-Erfahrener interviewt, der hat das, finde ich, sehr gut auf den Punkt gebracht. Der hat nämlich beschrieben: Na ja, er ist jetzt Mitglied in einem Schach-Club... Könnte man sagen ‚super, klasse inkludiert, normale Bürger und so‘... Und dann hat er gesagt ‚ja, aber wenn die sich in der Freizeit nachher treffen, privat, bin ich nicht dabei‘.“ (ebd., Z. 104 ff.)

Zugleich zeigt dieses Beispiel jedoch auch, dass ein themenzentrierter Zugang zu gesellschaftlich allgemein zugänglichen Orten der Begegnung durchaus möglich erscheint. Inwiefern dann aus dieser organisierten Teilhabe an der Gemeinschaft eine private Freundschaft erwächst, ist auch für einen psychisch gesunden Menschen unabsehbar und fällt unter die ‚Betriebsrisiken‘ des Lebens – erst einmal unabhängig davon, dass es vielen Menschen mit psychischer Erkrankung zusätzlich erschwert ist, soziale Kontakte zu knüpfen und zu erhalten.

9.2 Die Partizipation der Sozialmarktteilnehmer am Konzept der ASP

Befragt, wie die Partizipation der Träger sowie der Klienten vor der Implementierung des Modells der ASP ausgesehen hätte, unterscheidet Herr Georg-Wiese zwei Ebenen: Die erste stelle die Vertragsebene dar, auf der er nur mit Geschäftsführern der Träger verhandeln würde, wobei

„... auch Träger selber [...] doch ein hohes Interesse daran [haben], dass man mit ihnen selbst ihre Angelegenheiten beredet, in diesem Sinne, wo es auch um betriebswirtschaftliche Belange geht. Also, was soll denn ein Träger damit anfangen, wenn ein Klientenvertreter oder ein Angehörigenverbandssprecher oder sowas, irgendwie meint ‚also, das müsse so gehen‘. Das kann man ehrlicher Weise ... muss man das sehr sauber abschieben dann, nicht?! Also, es gibt einen Prozess, der sich also auf der Ebene zwischen den Vertragspartnern bewegen kann, auch nur.“ (Georg-Wiese, Z. 129 ff.)

Die zweite Ebene sei die Konzeptionsebene, auf der die Betroffenen- und Angehörigenverbände eingebunden worden seien,

„... allerdings erst nachdem das Konzept mit den Vertragspartnern die ich hatte, also Trägervertretern und Spitzenverbände soweit fortgeschritten war, dass auch klar war, in welcher Richtung insgesamt gegangen werden wird, weil es hat auch kein Sinn, mit halb fertigen Konzepten auf Menschen zuzugehen, die von den Ergebnissen – wie immer sie sich für sie selbst definieren – Betroffene sind.“ (ebd., Z. 151 ff.)

Zu diesem Punkt sagt Herr Bayer:

„Die Klienten wurden überhaupt nicht einbezogen, gar nicht. Und diese Feigenblattveranstaltung, die dann irgendwann mal stattgefunden hat, als alles schon in trockenen Tüchern war [...] ehrlich gesagt ist das unter Beteiligungsgesichtspunkten peinlich wie sonst ‚was, was hier abgelaufen ist. [...] eine derartige Ignoranz gegenüber den Interessen von Nutzern, wie sie hier praktiziert worden ist, habe ich lange nicht erlebt.“ (Bayer, Z. 217 ff.)

Selbstkritisch betrachtet er dabei insbesondere die strategischen Fehler der Träger, die sich auf die Verhandlungen mit der BASFI eingelassen hätten, ohne eine dialogische Beteiligung der Nutzer eingefordert zu haben, weil sie im Glauben waren, es ginge nur um eine andere Form der Finanzierung und der Strukturen, ohne die Auswirkungen auf die Hilfeleistungen selbst zu erkennen (vgl. ebd., Z. 223 ff.). Zudem habe die Uneinigkeit der Träger, die über ihre Fachverbände und Organisationen sowie teils noch mit eigenem Sitz mehrfach in den Verhandlungen vertreten gewesen seien – „was Pluralität signalisiert und Handlungsunfähigkeit produziert“ (ebd., Z. 273 f.) habe – „zu einer extremen Schwächung geführt“ (ebd., Z. 276). Dabei, so führt Herr Bayer weiter aus, hätten die Träger sich den Umstand zunutze machen können, dass das „Konkretniveau“ (ebd., Z. 281) des Modells recht gering erschien, beschränkten sich jedoch weitgehend auf die Forderung nach Implementierung eines präventiven Elements, welches dann wiederum nur „halbherzig eingebaut“ (ebd., Z. 290) worden sei.

In diese Kerbe stößt ebenfalls Herr Georg-Wiese, wenn er sagt, dass „auch Träger auf die Idee kommen können, Dinge weiterzuentwickeln“ (Georg-Wiese, Z. 174), sieht aber bei ihnen ein selbstreferenzielles System gegeben, dass sich daraus nähre, dass „man [...] etwas [macht], was man gut findet und weil man es gut findet, macht man es.“ (ebd., Z. 186 f.).

Herr Daszkowski bestätigt aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen, dass sie bei ersten Konzepten gar nicht eingebunden worden waren und erst später, nach Absprache des Geschäftsführers von Leben mit Behinderung und Mitglieds der Hamburger LAG, Herrn Eckert, mit dem Staatsrat Herrn Pörksen, ein Begleitmanagement eingerichtet worden sei, für das Herr Daszkowski allerdings „keine Beteiligung auf gleicher Augenhöhe“ (Daszkowski, Z. 98) habe erkennen können. Als Beispiel führt er seine bei der LAG angemeldete Teilnahme des Klientensprechers eines Trägers an, den er als zweiten Vertreter zu den

Gesprächen mit der BASFI hinzugebeten habe, weil sich psychisch kranke Menschen „auch nicht ganz so gut auf alles konzentrieren“ (ebd., Z. 106 f.) könnten. Die erste Amtshandlung nach Sitzungseröffnung sei allerdings die Beanstandung der Anwesenheit dieses zweiten Beisitzers durch die BASFI gewesen, weil die Teilnahme von mehr als einem Betroffenen „angeblich den Rahmen spreng[e].“ (ebd., Z. 110). Der zweite Beisitzer sei daraufhin des Raums verwiesen worden, obwohl „die Vertreter der Wohlfahrtsverbände waren auch manchmal zu zweit oder zu dritt und zuerst waren auch Angehörigenvertreter zu zweit, und da hat man auch nichts dazu gesagt.“ (ebd., Z. 143 ff.). Auf Nachfrage teilt Herr Daszkowski mit, dass ebenfalls zwei bis drei Vertreter der BASFI an den Sitzungen teilnahmen (vgl. ebd., Z. 154 f.).

„Und deswegen, weil das eben grundsätzlich die Vertreter von Hauptakteuren betrifft und die das schwächste Glied sind, und wenn man irgendwie als wichtigste Sache erachtet, eine Person auszuschließen, das finde ich, hat schon gewisses Geschmäcke.“ (ebd., Z. 163 ff.)

Die BASFI hingegen erreichte ihr Etappenziel, das Projekt schnellstmöglich umzusetzen, um den weiteren Kostenanstieg in der ambulanten Eingliederungshilfe abzufedern:

„Die Frage wäre für mich gewesen, wäre ich an der jetzigen Stelle, wo ich jetzt bin, also praktisch bei der Umsetzung, wenn ich vorher mit allen darüber geredet hätte? Ich vermute: nicht.“ (Georg-Wiese, Z. 138 ff.)

9.3 Der Blick auf das sozialräumliche Angebot der ASP

Bereits unter Kapitel 7.4 wurde das neue Kernelement der ASP dargestellt, die Begegnungsstätte, in die hinein und aus der heraus klassische Gemeinwesenarbeit praktiziert werden soll (vgl. auch BASFI 2014 b, 1.). Hier solle der einzelne Mensch aus dem Zentrum des Handelns und den Aufgaben der Betreuung herausgerückt und eingebunden werden in das ihn umgebende System, welches durch die Fachkräfte der Träger erschlossen und entwickelt werden müsse (vgl. Georg-Wiese, Z. 541 ff.). Wie dieses funktionieren könnte, erläutert Herr Georg-Wiese am Beispiel der Nutzung der Räume des Trägers durch eine Interessengruppe (Club, Verein o. ä.), an deren Aktivitäten auch die Klienten teilnehmen könnten. Dieses führe von der herkömmlichen Einzelfallbetreuung weg, hin zu einer Umgebung, in der ‚Normalbürger‘ über Sachthemen mit psychisch kranken Menschen zusammenträfen, weil auch sie einen Nutzen aus der Situation ziehen könnten. Die Träger sorgten in diesem Modell für ein räumliches Setting bzw. eine Verbindung, aus dem alle einen Gewinn ziehen und in dem die Grenzen zwischen Innerhalb und Außerhalb der Sozialpsychiatrie verschwämmen (vgl. ebd., Z. 62 f., Z. 82 ff., Z. 209 ff.). Bei der Frage, wie dieses im Detail funktionieren könne, sieht Herr Georg-Wiese nun die Träger am Zug, das Thema Sozialraum mit Leben zu füllen, Ideen zu entwickeln und ihr Personal entsprechend weiterzuentwickeln (vgl. ebd., Z. 47 ff.).

Herr Daszkowski könne sich zwar grundsätzlich mit der Einrichtung von Begegnungsstätten anfreunden (vgl. Daszkowski, Z. 55 f., Z. 404 ff.), Sorge sich aber zugleich, dass das neue sozialräumliche Angebot zum einen nur die ‚leichteren‘ Fälle auffange (vgl. ebd., Z. 56 f., Z. 394 ff.), zum anderen diese Klienten dann wieder in eine „psychiatrische[...] Subkultur“ (ebd., Z. 70) integriere und fordere daher die Hoheit der psychisch kranken

Menschen über das ein, was sie selbst als die für sie geeigneten Sozialräume ansähen (vgl. ebd., Z. 33 f.). Aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen weitet er die Teilhabemöglichkeiten zumindest erheblich – bis hin zu Skype-Chats übers Internet – aus, welche für ihn legitime Mittel der sozialen Kommunikation darstellten (vgl. ebd., Z. 71 ff.) und schließt daraus, dass es sinnvoller sei, keine „künstliche[n] Sozialräume“ (ebd., Z. 40) zu eröffnen, sondern das bestehende Angebot zu nutzen, indem man Mitarbeiter von vorhandenen Sozialräumen (z. B. Cafés) „ein bisschen darauf einstellt“ (ebd., Z. 52 f.), Menschen mit psychischer Erkrankung respektvoll und wertschätzend zu begegnen.

Interessant ist hierbei die Verknüpfung zwischen psychischer Erkrankung und Armut (vgl. Kapitel 2.1), die Herr Daszkowski im Gespräch herstellt, wonach von psychischer Erkrankung bedrohte Langzeitarbeitslose oder Sozialhilfeempfänger eventuell eine Begegnungsstätte aufsuchten, wenn sie dort auch ein preisgünstiges gastronomisches Angebot in Anspruch nehmen könnten. Erst nach diesem Kriterium schließt er den Wunsch nach Knüpfen von Kontakten und die Annahme von weiteren Angeboten eines Trägers an (vgl. ebd., Z. 58 ff.).

Dieses spiegelt sich in der Aussage von Herrn Bayer wieder, dass die Psychiatrie-Erfahrenen eigentlich gar keine Ambulante Sozialpsychiatrie für ihre Teilhabe an der Gesellschaft bräuchten (vgl. Bayer, Z. 675 ff.):

„... oder Klienten selber fragt, worum es denn nun geht, was sind deren entscheidende Kriterien, ob sie teilhaben oder nicht? Dann geht's um Arbeit, vernünftiges Einkommen, vernünftige Wohnung und dann geht's los mit solchen komischen Themen wie ‚soziales Netzwerk‘, ‚Beziehungen‘, nicht? Das ist das, was die wollen. Und, will sagen, darin unterscheiden die sich von dem wahrscheinlich, was wir beide wollen, überhaupt nicht in den Qualitäten, nicht?“ (ebd., Z. 508 ff.)

In der Konsequenz stuft er den Nutzen der ‚Offenen Treffs‘ als Orte der Inklusion als völlig ungeeignet ein (vgl. ebd., Z. 142 f.) und bezweifele, dass „ein Normalbürger, der nichts mit Psychiatrie zu tun hat“ (ebd., Z. 147), überhaupt eine sozialpsychiatrische Begegnungsstätte aufsuche, ebenso wenig, wie er selbst z. B. auch keine „Teenie-Clubs auf dem Kiez“ (ebd., Z. 149) besuche.

Unabhängig von Herrn Daszkowski ist Herr Bayer ebenfalls der Meinung, dass es sinnvoller sei, statt psychiatrischer Einrichtungen, bestehende soziale Treffpunkte zufördern und man sich überlegen müsse, wie man „psychiatrisches Know-how“ (Bayer, Z. 99, Z. 168) dort installieren könne, wenn es vonnöten sei. Eine Begründung dafür sieht er in der – auch zukünftig – inhomogenen Verteilung der sozialpsychiatrischen Begegnungsstätten im Stadtgebiet, deren Standorte durch die begrenzten Möglichkeiten zur Anmietung geeigneter Räume zu günstigen Preisen definiert seien und die ein beschränktes Einzugsgebiet, zumeist nur zur unmittelbaren Nachbarschaft vorweisen, wie das Beispiel des Kulturzentrums *Barmbek Basch* verdeutliche, dessen Besucher der dortigen Gastronomie, die ein Projekt des Rauhen Hauses sei, in einem Umkreis von maximal einem halben Kilometer Entfernung wohnten (vgl. ebd., Z. 165 ff., Z. 182 ff., Z. 208 ff., Z. 617 ff.).

In Bezug auf die Vision einer gelungenen Sozialraumorientierung würde Herr Bayer ein präventives, flächendeckendes und quartierbezogenes Modell präferieren, dass sich an den individuellen Erfordernissen eines Wohngebiets orientiere und ausgerichtet sei an der

Frage, was dieses benötige, um sich „sozial intakt zu entwickeln“ (ebd., Z. 595). In diesem Quartier müsste in die erforderlichen multiprofessionellen Arbeitskräfte (z. B. Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal) investiert werden, die sich um die dortigen Probleme kümmern, statt zu versuchen, diese über trägerfinanzierte Einzelfallhilfe zu lösen (vgl. ebd., Z. 605 ff.). Dazu wären Budgets erforderlich, die nicht nur aus der Sozialkasse bedient würden, sondern auch Mittel der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung einschließen (vgl. ebd., Z. 474 ff.).

Hieran knüpft sich die Sicht auf die ökonomische Seite des Modells der ASP an, die im nächsten Punkt im Fokus steht.

9.4 Die ASP aus ökonomischem Blickwinkel

Herr Georg-Wiese erklärt, dass der Betriebshaushalt der Freien und Hansestadt Hamburg schon seit langem unausgeglichen sei, weshalb die Stadt Jahr für Jahr weitere Schulden aufnehme, während sie bereits einen Schuldenberg von „ungefähr 26 bis 27 Mrd. Euro“ (Georg-Wiese, Z. 247) vor sich herschiebe, für den zusätzliches Geld in Form von Zinsen aufgebracht werden müsse. Gleichzeitig wachse der Bereich der Sozialpsychiatrie seit Jahren um 6 bis 7 Prozent jährlich, was Hamburg „irgendwann an die Grenze der Finanzierbarkeit“ (ebd., Z. 251) bringe. Die knappen Finanzmittel müssten also Jahr für Jahr in den Haushaltsberatungen der Bürgerschaft verteilt werden und dieses geschehe in der Verteilungsauseinandersetzung nach Interessenlagen:

„Und da muss man sich fragen, welche Chancen hat eigentlich die Eingliederungshilfe in diesem Konzert, und da, sage ich mal, ist meine Einschätzung ziemlich schlicht: Ich glaube, das ist nicht das Thema, das die Bevölkerung in dieser Stadt wirklich bewegt. Und von daher muss man sich überlegen, wenn man die Leistungsfähigkeit des Systems überhaupt noch erhalten will, dann gibt es immer zwei Möglichkeiten: die eine Möglichkeit ist die, wie ich finde, recht unintelligente, und die hätte man auch fahren können, also, wenn die Steigerungen irgendwann nicht mehr finanzierbar sind, dann wird man die Steigerungen erkaufen mit Standardabsenkungen [...] Oder man findet intelligente Lösungen, also, das Konzept [gemeint ist die ASP] ist für mich ganz eindeutig [...] die weitaus bessere und intelligenterere Antwort auf diese Entwicklung, ...“ (ebd., Z. 272 ff.)

In der Budgetfinanzierung sieht Herr Georg-Wiese den großen Vorteil des Konzepts, da bislang aus der Einzelfallfinanzierung keine „kundenunspezifische Arbeit“ (ebd., Z. 522) erbracht werden konnte, wie sie nun im ‚Offenen Treff‘ der Begegnungsstätte möglich sei. In der Vergangenheit sei jedem Klienten eine bedarfsgerechte Bewilligung in Form von Sachleistungen (Anzahl an Stunden) zugekommen, und von der Gesamtsumme der Stunden aller Klienten eines BeWo-Trägers seien dann die Mittel für dessen Begegnungsstätte abgezweigt worden, auf die von daher nur die Klienten Anspruch gehabt hätten. In diesem Modell blieb dann kein Geld mehr übrig, um Sozialraumarbeit zu betreiben, bzw. diese wäre zu Lasten des Trägers selbst gegangen, da sie formal nicht bezahlt wurde (vgl. ebd., Z. 513 ff.). Die Mittel für kundenunspezifische Arbeit im sozialen Umfeld des Trägers würden nun mit der Budgetierung im neuen Modell berücksichtigt (vgl. ebd., 528 f.).

Hierzu übt Herr Bayer Kritik am Begriff des sozialraumbezogenen Modells der ASP, welches seiner Meinung nach keines sei, weil nach wie vor Geld an einzelne Träger fließe und nicht in gesamtheitlich-sozialräumliche Konzepte in einem Quartier (vgl. Bayer, Z. 829 ff.).

An die Angaben der Sozialbehörde fügt er an, dass die Verhandlungsseite der BASFI von Anbeginn der Verhandlungen klar formuliert habe, dass das Ziel eines ausgeglichenen Haushalts der Freien und Hansestadt Hamburg bis zum Jahr 2019 erreicht werden solle und daher eine jährliche Steigerungsrate der Ausgaben für die ASP von maximal 0,88 Prozent vorgesehen sei. Die Hinweise der Träger, dass Lohnkostensteigerungen durch bereits in der Vergangenheit abgeschlossene Tarifverträge sowie weitere über dem Prozentsatz von 0,88 liegende jährliche Fallzahlsteigerungen zu erwarten seien, seien ignoriert bzw. in den Verantwortungsbereich der Träger geschoben worden (vgl. ebd., Z. 437 ff.).

Herr Daszkowski sieht in der „UN-Behindertenrechtskonvention, wo sich Herr Georg-Wiese darauf beruft, [... eine] Alibifunktion“ (Daszkowski, Z. 193 f.) und bezieht sich damit auf das Inklusionsmoment des ASP-Modells, dem durch das Element des sozialräumlichen Angebots Rechnung getragen werden solle. Ihn störe, dass nun die oberflächliche Ausrichtung an den Rechten behinderter Menschen mit Einsparungen an ihren Maßnahmen verknüpft würden, wenn mit den annähernd gleichen Mitteln künftig proportional mehr Klienten zu betreuen seien (vgl. ebd., Z.196 f.) und befürchte daher, dass ein Teil der Träger, trotz des Engagements für ihre Klienten, gegebenenfalls dem Kostendruck nicht standhalten könne und sich dieses als Qualitätseinbuße für die Klienten abzeichnen werde (vgl. ebd., Z. 220 ff.).

Ob das Modell der ASP von daher, wie von der BASFI gedacht, „ohne Qualitätsverlust, ohne jedwede Einbuße“ (Bayer, Z. 456 f.) funktionieren wird, daran hat auch Herr Bayer seine Zweifel und nennt als „kurioses“ (ebd., Z. 944) Beispiel die Regelung, dass zumindest im ersten Jahr der Umstellung auf die ASP sieben Prozent mehr Klienten aufgenommen werden müssten, um im Folgejahr kein verringertes Budget zu erhalten und die Träger dadurch nun in die Zwangslage kämen, Klienten gewinnen zu müssen (vgl. ebd., Z. 944 ff.), was bislang von der Behörde als kostentreibender Faktor kritisiert worden sei (vgl. ebd., Z. 320 ff.). Nehme der Träger hingegen mehr als diese weiteren sieben Prozent an Klienten auf, ginge jeder zusätzliche Prozentpunkt an Mehraufwand dann zu seinen Lasten (vgl. ebd., Z. 956 ff.). Als zweites Beispiel führt er die Regelung auf, dass ein Klient nachträglich aus dem Budget herausgestrichen werde, der länger als zwei Monate stationär aufgenommen sei, weil dieser dann einem anderen Kostenträger, z.B. der Krankenkasse, zugeordnet sei. Dieses sei „fiskalisches Denken“ (ebd., Z. 984 f.) und widerspräche der Budgetüberlegung völlig, da die Träger bei dieser eigentlich die Planbarkeit der Einnahmen voraussetzten (vgl. ebd., Z. 973 ff.). Ein Effekt dieser Regelung könnte jedenfalls sein, dass unzuverlässige Klienten (z.B. diejenigen, die ständig Termine absagten oder sich kurzerhand für drei Monate abmeldeten) als Risiko eingestuft würden, welches eine Kündigung seitens des Trägers nach sich ziehe. Diese Menschen hätten dann gegebenenfalls Probleme überhaupt noch einen Anbieter zu finden (vgl. ebd., Z. 964 ff.; vgl. auch Daszkowski, Z. 413 ff.).

Herr Bayer weist im weiteren Verlauf des Gesprächs noch darauf hin, dass beim bislang anonym zu nutzenden, präventiven Angebot im ‚Offenen Treff‘ nun gefordert sei, die Menschen, die das kostenfreie Angebot aufsuchten, zumindest zahlenmäßig zu erfassen, wobei die Mitarbeiter genau unterscheiden müssten, ob sie nun einen Bestandskunden oder

einen Erstbesucher vor sich hätten (vgl. ebd., Z. 988 ff., Z. 997 ff.). „[D]iese Art von subtiler Kontrolle“ (ebd., Z. 1004) sei jedoch kontraproduktiv – gerade in Bezug auf psychisch kranke Menschen, die bislang psychiatrischen Institutionen mit extremem Misstrauen gegenüberträten. Eine Erklärung, warum dieser Schritt erfolge, vermute er in der Konstruktion der Finanzierung der Hilfe: Die Leistungen des SGB XII seien als „Sozialhilfe an der Besonderheit des Einzelfalles“ (§ 9 SGB XII) ausgerichtet und bedürfen daher der Überprüfung eines jeden einzelnen auf Hilfebedürftigkeit. Mit dem präventiven offenen Angebot der Begegnungsstätten werde nun jedoch Sozialhilfe „in die Fläche“ (ebd., Z. 933) gegossen und er sei gespannt, ob der Landesrechnungshof die anonymen Strichlisten als Nachweis für erbrachte vorbeugende Leistungen akzeptiere (vgl. ebd., Z. 931, Z. 1009 f.).

Bezüglich der wirtschaftlichen Folgen der Umstrukturierung, insbesondere vor dem Hintergrund der vertraglichen Vorgaben, die für die Einrichtung der Begegnungsstätten gelten, stellte sich mir die Frage, ob kleinere PPM-Träger eventuell der Umstieg angesichts der zu erwartenden Investitionen erleichtert würde. Hierin sieht Herr Georg-Wiese keinen Anlass gegeben, da es „nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers [sei], Wirtschaftsbetriebe zu fördern, zu unterstützen oder sonst was zu tun“ (Georg-Wiese, Z. 449 f.), was auch schnell zu Wettbewerbsverzerrungen führen könne und verweist in diesem Zusammenhang immer wieder auf die Möglichkeiten zur Kooperation zwischen den Trägern, die in einigen Fällen bereits erfolgreich stattfinde und sich nicht nur betriebswirtschaftlich rechne, sondern vor allem fachlich und zum Nutzen ihrer Klienten, die nun Zugriff auf ein verbreitetes Angebot verschiedener Anbieter hätten, was auch den sozialräumlichen Radius erweitere (vgl. ebd., Z. 462 f., Z. 489 ff.). Dennoch sehe auch die BASFI im Einzelfall die Probleme kleiner Träger und habe „Strukturunterstützungsleistungen durchaus ermöglicht“ (ebd., 473 f.), wo es nötig gewesen sei. Dieses sei jedoch nicht erfolgt, weil ansonsten „ein Träger platt“ (ebd., Z. 469) ginge, sondern weil damit auch schlagartig für eine Reihe von Klienten gewachsene vertrauensvolle Beziehungen abgebrochen würden und diese ohne Betreuung dastünden – und das könne „man nicht so einfach aufs Spiel setzen.“ (ebd., Z. 472 f.).

Herr Bayer spricht sich hingegen dafür aus, dass kleineren Trägern generell der Umstieg finanziell erleichtert werden müsse (vgl. Bayer, Z. 695 f.). Herr Daszkowski vermutet zwar, dass die Behörde hier kaum ihre Zuständigkeit habe (vgl. Daszkowski, Z. 236 ff.), ist aber dennoch er der Meinung, dass der Staat „sich nicht aus der Verantwortung stehlen“ (ebd., Z. 240) könne. Herr Bayer argumentiert, dass die kleinen Träger bislang die Berechtigung gehabt hätten, ihre Leistungen anzubieten und nun, „weil die großen – vor allem die großen – was anderes wollen [...] vor die Wand fahren“ (Bayer, Z. 693 f.) würden und vermutet hinter den Vorgaben für die Begegnungsstätten „gewissermaßen einen Bestandschutz“ (ebd., Z. 711 f.), den die Behörde insbesondere den BeWo-Trägern eingeräumt habe. Die BASFI wolle jedoch keine zusätzlichen Mittel bereitstellen und komme nun „mit dieser komischen Kooperationsnummer an“ (ebd., Z. 697). Er selbst halte seine Mitarbeiter auch dazu an, bestehende Angebote in der Umgebung zu prüfen, bevor das Rauhe Haus „die fünfte psychiatrische Kochgruppe“ (ebd., Z. 720 f.) in der Gegend eröffne, sehe aber gerade bei der Kooperation mit den PSK das Modell an seine Grenzen stoßen, wenn diese bezüglich des bewilligungspflichtigen Angebots mit ASP-Trägern kooperieren müs-

sten: Dieses münde in einer Durchleitung, wie sie auch jetzt schon stattfindet. Finanzielle Mittel könnten weder aus der PSK an die Träger fließen, noch könnten die Träger für Leistungen der PSK etwas aus ihrem Budget bezahlen (vgl. ebd., Z. 839 ff.). „Als wir uns mit den Kollegen dieser PSK getroffen haben, ist uns zusammen auch nichts eingefallen, wie das gehen kann.“ (ebd., Z. 915 f.). Allerdings soll es in Zukunft auch möglich sein, „aus der PSK heraus [...] personenzentrierte Leistungen auf der Ebene von Bewilligungen zu erbringen.“ (Georg-Wiese, Z. 300 f.).

9.5 Die Möglichkeit der alternativen Nutzung der ASP über das Persönliche Budget

Herr Georg-Wiese sieht in der alternativen Finanzierungsform des Persönlichen Budgets nach seiner Einschätzung keine Form von Inklusion verwirklicht (vgl. Georg-Wiese, Z. 353 f.) und stellt dar, dass es

„... in der Sozialpsychiatrie [...] bisher kein Persönliches Budget [gab]. Das hängt aber nicht mit mir zusammen, weil ich das nicht wollte, sondern es hängt damit zusammen, dass aus welchen Gründen auch immer, die Menschen, die in der Sozialpsychiatrie die ambulanten Leistungsangebote in Anspruch genommen haben, offensichtlich kein Interesse daran hatten, das auf der Ebene des Persönlichen Budgets zu haben.“ (ebd., Z. 354 ff.).

Die Finanzierung der ASP über das Persönliche Budget laufe also außerhalb des mit den sozialpsychiatrischen Trägern vereinbarten jeweiligen Budgetrahmens (vgl. ebd., Z. 393 ff.), worüber sich natürlich ein Träger freuen würde (vgl. ebd., Z. 424 f.).

Herr Daszkowski sieht über das Persönliche Budget eine Möglichkeit für die Klienten gegeben, die aus seiner Sicht zu erwartenden Probleme des neuen Systems zu umgehen und rät dazu, dass zumindest die Klienten es beantragen sollten, die sich den Umgang damit zutrauten (vgl. Daszkowski, Z. 290 ff.). So wüssten Träger wie auch Klienten, woran sie seien (vgl. ebd., Z. 307 f.), denn viele Klienten hätten keine Verhandlungsbasis mit einem Träger, wenn sie vom Grundsicherungsamt nur den Anspruch auf „bedarfsgerechte Hilfe“ (ebd., Z. 314 f.) bescheinigt bekämen, aber nicht beurteilen könnten, wie diese in der Praxis auszusehen hätte (vgl. ebd., Z. 316 ff.). Einige Betroffene möchten auch

„... nicht von den etablierten Trägern begleitet werden [...], sondern nehmen sie jemand aus dem Bekannten- oder Freundeskreis. Und ich glaube, von Verwandten wird das nicht so gerne angesehen, und ich weiß es nicht warum, aber jedenfalls, das ist möglich, da muss nicht unbedingt das Träger machen, [...] die können auch, zumindest auch teilweise zu einem Träger gehen und selbst quasi, ähnlich wie Selbstzahler, was aushandeln.“ (ebd., Z. 336 ff.)

Allerdings seien viele der Betroffenen, sofern sie keine Budgetassistenz hätten, „hoffnungslos überfordert“ (ebd., Z. 350) mit ihrer Rolle als Arbeitgeber, wenn sie als Budgetnehmer Honorare an Dritte oder ggf. auch Minijob-Vergütungen zahlen müssten.

Auch Herr Bayer bestätigt, dass es „das Persönliche Budget nicht wirklich gibt [...] und dessen Bewilligung] eine absolute Kann-Entscheidung“ (Bayer, Z. 730 f.) darstelle. Da die Finanzierung über das Persönliche Budget außerhalb des Trägerbudgets stünde (vgl. ebd., Z. 743 f.), hätte „die Stadt – wie bisher auch –, kein Interesse an Persönlichen Budgets“ (ebd., Z. 750 f.). Auch als Träger frage er sich, ob das Persönliche Budget wirklich zum Nutzen des Klienten und des Sozialstaats geschaffen sei:

„Und jetzt soll darüber eine bessere Qualität gesichert sein, weil wir plötzlich wie bei Media Markt sind und der Klient ... wir machen jetzt ‚Geiz ist geil!‘, auch für soziale Hilfen? Weil, darauf läuft das hinaus, nicht? Weil Klienten auch und gar nicht mal aus bösem Willen oder weil sie zu blöd sind, sondern nein, weil sie einfach verstehen: das sollen sie nämlich tun! Wenn man Geld in die Hand kriegt, dann soll man sich ja ausdrücklich an einem Markt das beste Angebot für den billigsten Preis aussuchen, also ‚Geiz ist geil!‘, nicht? Und jetzt frage ich mich, will ich das wirklich? Finde ich das wirklich richtig, als Modell für einen Sozialstaat, Marktwirtschaft in diesem Segment? Und was ist mit den Leuten, die das am Monatsanfang verballern, und was machen die am zweiten Tag, und was ist mit all diesen Problemen, die daraus erwachsen usw.? Wer ist dafür eigentlich zuständig?“ (ebd., Z. 789 ff.)

Der Denkfehler liege darin, dass die mit dem Persönlichen Budget verbundene Individualisierung, auf die allerorten im Sozialstaat gesetzt werde und die sicher gerechtfertigt sei, in manchen Teilen, zugleich „gnadenlos ideologisch überfrachtet“ (ebd., Z. 806 f.) werde. Dies bestätige ihn wieder in seinem Modell zur Finanzierung von Sozialräumen und einer bestimmten Betreuung darin, was Vorrang haben sollte. Das Persönliche Budget sei aber dazu geschaffen worden, „um die Macht der Professionellen und der Träger zu brechen“ (ebd., Z. 799). Zugleich aber misstraue der Staat dem entstehenden Markt gleichzeitig, wie er am Beispiel Nordrhein-Westfalens verdeutlicht, wo über einen umfassenden Kontrollapparat argwöhnisch betrachtet werde, wie der Einsatz des Persönlichen Budgets erfolge, weil man genau den Effekt der „Billigangebote“ (ebd., Z. 811) verhindern wolle, der auch nicht seiner Vorstellung eines Sozialstaatsmodells entspreche (vgl. ebd., Z. 816).

9.6 Zur Notwendigkeit des Systemwechsels

Herr Georg-Wiese sieht den Vorteil des Systemwechsels klar in dem Aufbrechen der bisherigen geschlossenen Strukturen, ganz im Sinne der Psychiatrie-Enquête: Nach den psychiatrischen Großkliniken gebe es nun zwar „regional kleinteilige Angebote“ (Georg-Wiese, Z. 26), die jedoch nie den Schritt in eine wirkliche Gemeindepsychiatrie unternommen hätten, „sondern es sind nach wie vor psychiatrische Gemeinden, weil kein Mensch um die herum weiß eigentlich, was dort passiert.“ (ebd., Z. 28 f.). Mit dem Nachdenken über gemeindepsychiatrische Überlegungen bedeute die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe auch, dass die Grenzziehung zwischen psychiatrischen Angeboten und der Welt außerhalb der Einrichtungen durchlässiger werden müsse (vgl. ebd., Z. 209 ff.). Aber auch in der Zusammenfassung der Hilfeformen innerhalb des Systems erkennt Herr Georg-Wiese den klaren Vorteil, wenn er das Beispiel eines PPM-Klienten anführt, der z. B. den Treffpunkt einer BeWo nutzen wollte, was bislang nur mit dem Wechsel des Anbieters und des damit verbundenen Beziehungsabbruchs zum bisherigen Betreuer einherging. Diese Grenze sei unsinnig gewesen (ebd., Z. 224 ff.).

Die Zusammenführung der Hilfesysteme sieht Herr Bayer ebenfalls als Vorteil, wobei er betont, dass es zwei parallel arbeitende ambulante sozialpsychiatrische Hilfesysteme auch „nur in Hamburg gegeben [habe], nirgendwo sonst in Deutschland“ (Bayer, Z. 368 f.) und die Zuordnung der Klienten in diese in der Vergangenheit eher auf Zufall beruhte, je nachdem, auf welchen Träger ein Klient mit seinem Wunsch auf Betreuung zugekommen sei (vgl. ebd., Z. 867 ff.). Ebenso folge die Begründung für die Wirksamkeit der sozialräumlichen Komponente des ASP-Modells der bislang nicht bewiesenen „ideologischen Be-

hauptung“ (ebd., Z. 856), dass 10 Prozent der Besucher der PSK-Begegnungsstellen bewilligungspflichtige (und somit kostenpflichtige) Angebote ambulanter Eingliederungshilfeträger in Anspruch nehmen würden, wenn es die PSK nicht geben würde. Diese Behauptung könne er selbst auf den stationären Bereich des Rauhen Hauses übertragen, dass 10 Prozent seiner Klienten „auch was anderes machen würden“ (ebd., Z. 866 f.), wenn er etwas anderes anbieten würde.

Insbesondere kritisiert er jedoch, dass die fachliche Änderung des Systems von vornherein unter der Regie der Kosteneinsparung stand und man die Diskussion zunächst hätte abgetrennt davon führen sollen, was seiner Meinung nach zu einem vernünftigeren Ergebnis geführt hätte (vgl. ebd., Z. 417 ff.). Er frage sich außerdem, ob man den stationären Bereich nicht hätte miteinbeziehen sollen in die Überlegungen der Umstrukturierung, z. B. in Form von Trägerglobalbudgets (ebd., Z. 471 ff.).

Auch Herr Daszkowski bewertet die Zusammenlegung von PPM und BeWo positiv, weil mehr Räume genutzt werden könnten (vgl. Daszkowski, Z. 188 ff.). Insbesondere jedoch bei den „Qualitätskontrollen“ (ebd., Z. 204), die er als „Mängel bei dem alten System“ (ebd., Z. 175) sieht, gibt es Nachholbedarf, wie er aus seiner Tätigkeit bei der unabhängigen Beschwerdestelle für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ableitet: Streitpunkt sei dort häufig die Ableistung der Stunden gewesen, bei denen Betroffene das Gefühl hatten, sie seien zeitlich nicht gemäß des Bewilligungsumfangs betreut worden bzw. seien über klientenspezifische Tätigkeiten, die ebenfalls in den Stundenlisten erfasst wurden, nicht ausreichend aufgeklärt worden. Oder sie hätten sogar Listen vorab blanko unterschreiben sollen (vgl. ebd., Z. 177 ff.). Dass diese jedoch nun gänzlich wegfielen, gestalte es für die Betroffenen „noch schwieriger, etwas zu bemängeln und die Ansprüche durchzusetzen.“ (ebd., Z. 215 f.). An anderer Stelle spricht Herr Daszkowski hingegen von der Fehlentwicklung des alten Systems, dass sich Sozialarbeiter ein „vielleicht relativ schönes Leben gemacht“ (ebd., Z. 403 f.) hätten, wenn sie sich von den Klienten in dessen eigenen vier Wänden hätten „bedienen“ (ebd., Z.402) lassen. Einerseits wird also die ungenügende Ableistung an Stunden als Qualitätsmangel (vgl. auch Z. 214 ff.) gesehen, andererseits die im Umkehrschluss qualitative persönliche Zusammenarbeit mit dem Klienten als bloßes ‚Kaffee trinken‘ bewertet.

Dass die „Abzeichnung dieser Stunden“ (Bayer, Z. 489 f.) überhaupt keine Qualität sichere, sondern allenfalls die Quantität, urteilt Herr Bayer über den Wegfall der Stundenlisten. Im gleichen Zug bewerte er auch die Aufhebung der Fachleistungsstunden als positiv, weil die Mitarbeiter endlich ihre Arbeit nach eigenen fachlichen Einschätzungen organisieren und ihre Handlungen daraus ableiten könnten. Dadurch könne endlich ein „anderer Diskurs“ (ebd., Z. 1040) zwischen Klient und Mitarbeiter stattfinden, nämlich über die inhaltliche Arbeit. Zugleich sei der Bedarf bei psychisch kranken Menschen sehr schwankend und die bisherige Zuteilungspraxis der Stunden fachlich kaum begründbar gewesen, für Menschen mit psychischer Erkrankung sei die Abhängigkeit der Hilfe von Regelmäßigkeit, wie sie bei den PPM-Maßnahmen erfolge, sogar „völlig dysfunktional“ (ebd., Z. 533) und auch nicht „besonders klientenzentriert“ (ebd., Z. 927). Allerdings werde nun nicht nur innerhalb des Rauhen Hauses die Diskussion geführt, dass man die Mitarbeiter allein lasse

und die Leitung ihrer Verantwortung nicht mehr gerecht werde, weil nun mehr eigenverantwortliches und selbststeuerndes Handeln der Betreuer gefordert sei. Dabei sehe er es aus Sicht der Mitarbeiter als große Chance, wenn sie selbst ihren Arbeitstag frei, aber fachlich fundiert, gestalten könnten (vgl. ebd., 1033 ff.). Als Hindernis dabei sieht er nur den Rückzug der ursprünglichen Ankündigung der Behörde, ein weniger bürokratisches System zu erschaffen, welches gerade drohe, ins Gegenteil umzukippen: Plötzlich werde noch mehr Bürokratie produziert, was mit der Anforderung kollidiere, mehr Klienten im System unterzubringen, und was daher in weiterer Arbeitsverdichtung münden könne (vgl. ebd., Z. 1043 ff.). Zwar führt Herr Bayer nachfolgend ein Beispiel aus seinen Anfängen in der Sozialen Arbeit an, als er in einem Wohnheim für psychisch kranke und geistig behinderte Menschen am Wochenende Ansprechpartner für 50 Personen sein musste und hierin keine besondere Arbeitsverdichtung sah, gibt abschließend jedoch zu, dass dort auch keinerlei Dokumentationen oder Berichte anzufertigen waren (vgl. ebd., Z. 1052 ff.). Zu dem zu erwartenden Zuwachs an Klienten (s.o.) komme nun also noch eine „heimliche[...] Bürokratie“ (ebd., Z. 1074), die dadurch entstehe, dass zwar offiziell keine Stundenlisten und Dokumentationen mehr geführt werden müssten, der einzelne Mitarbeiter diese ggf. im Streitfall dennoch zum eigenen Schutz als Nachweis benötige (vgl. ebd., Z. 1075 ff.).

Genau beobachten müsse man auch den Effekt, der bislang nur aus Einzelfällen bekannt sei, dass Antragsteller, die mithilfe eines Trägers eine ASP beantragt hätten, vom Fachamt für Eingliederungshilfe auf das präventive Angebot verwiesen wurden, wobei das offene Angebot hier missbräuchlich genutzt werde. Denn wer mit Unterstützung eines Trägers den Weg zur Antragstellung beschreitet, hätte die Möglichkeiten des präventiven Angebots bereits ausgeschöpft (vgl. ebd., Z. 1016 ff.)

Abschließend beurteilt Herr Bayer den Präventions- und den Nachsorge-Gedanke der ASP und dass das System etwas geöffnet werde, positiv (vgl. Z. 928 ff.), verspricht sich jedoch „herzlich wenig“ (ebd., Z. 939) von der Wirkung der ASP auf die Teilhabe der Menschen mit psychischer Krankheit.

10. Fazit und Ausblick

Der Leistungsträger sieht sich angesichts steigender Kosten der Eingliederungshilfe und vor dem Hintergrund bereits bestehender Zinslast für staatliche Schulden der Vergangenheit sowie der gesamtgesellschaftlichen Interessenabwägung, bei der viele andere Kostenfaktoren im sozialen Bereich hineinspielen (z. B. der laufende Kita-Ausbau), zum Umsteuern gezwungen, will er die von allen politischen Fraktionen mitgetragene Schuldenbremse versuchen einzuhalten, womit sich in diesem Fall die 1. Hypothese bestätigt (vgl. Kapitel 6). Angesichts des herannahenden Termins der Schuldenbremse sah er offensichtlich nur den Weg eines schnellen politischen ‚Durchstechens‘ der ASP, was zumindest vor dem Hintergrund der UN-BRK diskussionswürdig ist. Auch wenn es haushaltspolitisch an dieser Stelle abstrakt klingt, betrifft es jedoch direkt die Zukunft nachfolgender Generationen, die die aufgelaufene und weiter steigende Zinslast der jetzt noch handelnden Generation werden schultern müssen. Betrachtet man die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für diese, ist fraglich, wie die vorprogrammierten sozialen Ungerechtigkeiten der Zukunft abgefe-

dert werden können, wenn nicht in der Gegenwart gehandelt wird. Natürlich muss auch die insgesamt gerechtere Verteilung der Haushaltsmittel infrage gestellt werden, womit sich aber wieder der Kreis der gesamtgesellschaftlichen Interessenabwägung schließt, die auch die der in Zukunft handelnden Generationen umfasst. Die Lenkung der heutigen Ausgaben wird auch deren künftige Lebenslagen bestimmen (Beispiel: Bildungsausgaben). Jeder sollte also vor einem schnellen Urteil über die Ausgabenpolitik des Staates für sich selbst probenhalber eine Prioritätenliste der einzelnen sozialen Positionen aufstellen und darin ablesen, welche Bereiche ihm aus seiner persönlichen privaten Lebenssituation heraus förderungswürdiger erscheinen als andere.

Betrachtet man das Prozessgeschehen, welches in der Dreieckskonstellation aus Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigten zur Entscheidungsfindung auf dem Weg zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe führte, wird deutlich, wie zwar im Sinne der UN-BRK und zugleich paternalistisch an dieser vorbei über die Maßnahmen zur Inklusion der Leistungsberechtigten entschieden wurde. Es erstaunt daher wenig, dass die Adressaten der Eingliederungshilfe die neue Ausrichtung einerseits gutheißen *müssen*, denn sie umfasst ja – zumindest vordergründig – die zentrale Forderung der UN-BRK nach Teilhabe an der Gemeinschaft; andererseits wirkt der bittere Beigeschmack nach, dass darüber doch nur wieder sowohl über ihren Kopf hinweg, als auch aus ganz anderen Gründen als der Inklusion, nämlich ökonomischen, entschieden wurde. Vor diesem Hintergrund machen die psychisch kranken Menschen abermals die Erfahrung, von der Gesellschaft, deren sich verschärfende wirtschaftliche Bedingungen sie oftmals erst aus der Bahn geworfen haben, als bloßer Kostenfaktor marginalisiert zu werden. Man erinnere sich daran, dass gerade eine zentrale Vorgabe der Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder (ASMK) lautete, behinderte Menschen stärker als Subjekte und nicht mehr als Objekte des fürsorglichen Handelns betrachten zu wollen. Noch lässt sich nicht eindeutig sagen, ob sich damit hier die 2. Hypothese (vgl. Kapitel 6) bestätigt; angesichts der mangelnden Beteiligung der Betroffenen könnte jedoch Unmut bei den Klienten bis hin zum Boykott z. B. der gruppen-therapeutischen Angebote des ASP-Modells die Folge sein, was wiederum zu Konflikten mit dem Leistungserbringer führen könnte, wie nachfolgend noch beschrieben werden wird.

Die Leistungserbringer standen bei den Verhandlungen der Weiterentwicklung zur Eingliederungshilfe offenbar zu sehr auf ihrer eigenen wirtschaftlichen Seite und vernachlässigten ihre zweite Funktion als ‚Sozialanwälte‘ ihrer Klienten, womit die 3. Hypothese in diesem Fall bestätigt wäre (vgl. Kapitel 6). Allerdings weniger aus einer vorsätzlichen Intention heraus, sondern weil sie nicht abschätzen konnten, welche Auswirkungen eine neue Art der Struktur und Finanzierung auch auf die zukünftige Hilfeleistung haben würde. Zugleich spielte ihre Uneinigkeit dem geldgebenden Verhandlungspartner in die Hände, wobei sie ihre eigene Verhandlungsposition auf Dauer schwächten, indem sie an ihren – sie vertretenden – Verbänden vorbei verhandelten. Ob aus der ASP ein tragfähiges Modell entsteht, liegt daher auch in der Verantwortung der ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtungen, die den Freiraum, der trotz aller sachlichen Vorgaben der Verträge besteht, immer noch zu ihrem Nutzen und zum Wohl der Klienten ausgestalten können. Eine Chan-

ce, sich auf die kämpferischen Anfänge der Sozialen Arbeit zu besinnen, besteht auf jeden Fall in der Offenheit der sozialräumlichen Komponente, die zugleich im Sinne der ‚klassischen Gemeinwesenarbeit‘ (vgl. BASFI 2014 b, 1.; vgl. Kapitel 4.2) gestaltet sein soll, welche sich immer auch politisch und gesellschaftsverändernd verstand. Ob die Vertreter der Freien und Hansestadt Hamburg dieses Bild auch vor Augen hatten, als sie ihre Arbeitshilfe zur ASP definierten, erscheint eher unwahrscheinlich.

Auf jeden Fall stellen sowohl Herr Bayer (direkt), als auch Herr Daszkowski (indirekt) dar, dass den Nutzern der Eingliederungshilfe in erster Linie an der Bearbeitung ihrer lebenspraktischen Themen gelegen ist, für die zunächst keine psychiatrische Hilfe erforderlich ist. In einem aktuellen Beitrag bestätigt der Pharmakritiker Jörg Blech, dass für „Arbeitslose eine zweimal höhere Wahrscheinlichkeit [besteht], als klinisch depressiv eingestuft zu werden.“ (Blech 2014, 116), wobei soziale gesellschaftliche Probleme zu „psychische[n] Macken des Einzelnen“ (ebd.) umgedeutet würden. Hier wird sich zeigen, ob das vom Leistungsträger geforderte sozialräumliche Angebot, für das außer den sachlichen Vorgaben eher ein vager präventiver Arbeitsauftrag besteht, von Menschen angenommen wird, die bislang keinerlei Bezug zu psychiatrischen Einrichtungen haben und deren Unterstützungsbedarf sich vordringlich aus ihren Lebenslagen heraus ergibt: Hilfe nach Verlust des Arbeitsplatzes, bei der Beantragung von Krankengeld oder einer Reha-Maßnahme, bei über den Kopf wachsender Schuldenlast oder nach Zusammenstreichung von ALG-II- oder Grundsicherungsleistung. Und die – wenn überhaupt – erst in zweiter Linie einen ‚Offenen Treff‘ aufsuchen, weil sie parallel eine Ehekrise durchleben, sich mit Freitodgedanken tragen oder zunehmend den Kontakt zur Familie oder zum Freundeskreis verlieren. Wären umgekehrt die ASP-Träger überhaupt darauf ausgerichtet, verlängerter Arm der Bundesagentur für Arbeit, der Rententräger, der Krankenkassen, der Schuldnerberatungsstellen zu sein – oder auch kompetente Anlaufpunkte bei sozialrechtlichen Fragen? Ob das sozialräumliche Angebot wirklich präventiv wirkt, so wie stets offensiv von der Sozialbehörde die eigene Einschätzung der PSK-Begegnungsstätten angeführt wird, nach der für 10 Prozent ihrer Besucher das bewilligungspflichtige Angebot der PPM- und BeWo-Träger bislang vermieden werden konnte, gelte es in einer bislang unterbliebenen qualitativen und quantitativen Bedarfserhebung zu belegen, wie der Rechnungshof der Freien und Hansestadt Hamburg in seinem Jahresbericht 2013 feststellte (vgl. Rechnungshof FHH 2013, 83).

Auch für die Umsetzung der Vorstellung von Herrn Georg-Wiese, eine Art kultureller Zentren und gesellschaftlicher Begegnungsstätten nach dem Vorbild der Bürgerhäuser in den Stadtteilen zu schaffen, ist fraglich, ob es der richtige Weg im Sinne der Inklusion ist, ‚normale‘ Bürger an sozialpsychiatrische Einrichtungen anzudocken, oder ob dieses nur der Psychiatrisierung aller Lebensbereiche weiteren Vorschub leistet, wie Nils Pörksen befürchtet (vgl. Kapitel 2.1)? Vor dem Hintergrund, dass diese einen ‚Gewinn‘ (z. B. durch ein räumliches Angebot für eigene Aktivitäten) aus ihrem Besuch der Begegnungsstätte ziehen sollen, wie Herr Georg-Wiese den gegenseitigen Nutzen der ‚Offenen Treffs‘ verstanden wissen will, sieht Herr Bayer dabei die Fallstricke der Sozialgesetzgebung lauern, die eigentlich die an der Prüfung der Hilfebedürftigkeit des Einzelfalls orientierte Leistung vor-

sieht, auch wenn die Öffnung des Systems insgesamt positiv bewertet werden müsse. Nun werden mit der ASP öffentlich zugängliche Treffpunkte geschaffen, finanziert nach dem SGB XII. Wie widersprüchlich hier letztlich Hamburgs Behörden handeln, zeigt sich am Beispiel des Stadtteilcafés Steilshoop, welches von der Alraune gGmbH betrieben wird: Als Ausbildungsbetrieb und Anbieter von Arbeitsgelegenheiten wird dieses mit Geld des Jobcenters gefördert und war Ende 2013 abermals wegen Mittelstreichung von der Schließung bedroht, da keine Bedürftigkeitsprüfung der Gäste stattfindet. Das Jobcenter sah hierdurch die Wettbewerbsneutralität nicht gewährleistet, obwohl selbst der Hotel- und Gaststättenverband keine Konkurrenz zu den Angeboten des freien Marktes erkennen konnte (vgl. Ritscher 2013; vgl. Sobersko 2013). Mit diesem Stadtteilcafé, welches mithilfe eines Übergangsfonds vorerst gerettet werden konnte, besteht jedoch schon seit 25 Jahren ein inkludierender Ort, der – aus eigener Erfahrung berichtet – mehrheitlich von den Menschen aufgesucht wird, die nun die Zielgruppe der ‚Offenen Treffs‘ der psychosozialen Träger darstellen.

In Bezug auf das bewilligungspflichtige Angebot schildert Herr Bayer Einzelfälle, in denen Antragsteller, die über einen Träger den Schritt wagen, eine ASP-Maßnahme zu beantragen, kurzerhand auf das präventive niedrighschwellige Angebot des Trägers verwiesen wurden. Die Sozialbehörde, die also die Ausgestaltung der bewilligungspflichtigen Hilfe (in Form von Einzel- und/oder Gruppenstunden, als Grundleistung oder Intensivangebot) in die fachlichen Hände der Träger legt, schiebt gleichzeitig deren fachliche Beurteilung beiseite, wenn es um den Zugang zum bewilligungspflichtigen Angebot im Rahmen der Sozialhilfe geht?! Zu hoffen bleibt, dass solche Fälle sich nicht als Systematik etablieren und nur den Startschwierigkeiten geschuldet sind, die bei der Implementierung fast jeden neuen Modells bestehen.

Bemerkenswert ist auf jeden Fall, dass die positiven nachhaltigen Veränderungen in der Sozialpsychiatrie oder Sozialen Arbeit nie von ‚oben‘ ausgingen, sondern bislang immer aus der praktischen Arbeit heraus initiiert wurden. Skeptisch betrachtet werden muss, ob die staatlich verordnete (sozialräumliche) Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach dem Top-Down-Prinzip überhaupt gelingen kann, wenn sie schon bei der Einführung eines neuen sozialpsychiatrischen Modells halbherzig oder gar nicht betrieben wird. Reformen müssen an den Institutionen der ‚normalen‘ Gesellschaft ansetzen, nicht bei denen der psychisch kranken Menschen, schließlich werden Rollstuhlrampen und Fahrstühle auch nicht nur in Einrichtungen der Behindertenhilfe gebaut. Um allerdings nun gerade nicht alle Lebensbereiche zu psycho-pathologisieren – im analogen Sinn zum Bau von Hilfen für körperbehinderte Menschen, die ihre Behinderung bereits in der Vergangenheit erlangten –, läge hier der Fokus auf Prävention im alltäglichen Miteinander der Menschen, also ein gesamtgesellschaftliches Reflektieren des sozialen Umgangs in Schule, Beruf und mittlerweile auch in der Freizeitgestaltung, in die der neoliberale Leistungsgedanke, an dem viele zerbrechen, ebenso längst Einzug gehalten hat. Inklusionsklassen und Arbeitsassistenzen sind hier die Schritte in die richtige Richtung, ‚Behinderung‘ sichtbar ins alltägliche Leben zu rücken und Berührungspunkte bei den ‚normalen‘ Bürgern abzubauen, denn nur über Akzeptanz kann auch ein Stück weit Chancengleichheit herge-

stellt werden. Haben die Umstrukturierungen schließlich nur das Ziel der Kosteneinsparung oder – je nach Sichtweise – der Mehrausgaben-Dämpfung, zeigt die Entwicklung seit der Einführung des sozialwirtschaftlichen Marktes auf, dass solche Bemühungen stets von der realen Entwicklung unterpült wurden. Daran hatten die sozialpsychiatrischen Träger naturgemäß auch ihren Anteil – bedingte doch die Einführung der Marktwirtschaft im sozialen Sektor zugleich, mit Blick auf den eigenen Existenzertalt bzw. den der eigenen Mitarbeiter zu wirtschaften. Schließlich können Anbieter in dieser Branche, die ihre Einnahmen zu 80 bis 90 Prozent für Personalkosten ausgibt (vgl. Nodes 2011, 56), ihre Beziehungsgestaltung zwischen Betreuern und Nutzern höchstens reduzieren, um sie zu ‚optimieren‘, was nun eine Folge der ASP sein könnte. Um wirtschaftlich arbeiten zu können werden die Träger künftig bestrebt sein, möglichst viele Nutzer zum Gang in ihr sozialräumliches Angebot – namentlich die Begegnungsstätten – zu bewegen bzw. in Gruppenprozesse zu integrieren. Denn nur wenn sich die aufwendige aufsuchende Hilfe auf Dauer reduzieren lässt, wird im System nach der Konstruktion des Modells ASP noch Platz sein für weitere Klienten, da sich, aufgrund der Budgetdeckelung bzw. geplanten jährlichen Steigerungsraten unter der Ein-Prozent-Marke, die Aufstockung des Personalstamms als eher unwahrscheinlich darstellt. Schwierige Klienten, die ständige individuelle Betreuung in den eigenen vier Wänden fordern, die sich nicht in Gruppenarbeiten einfügen (können), die zur Wahrnehmung ihrer Grundleistung auf Dauer nicht zum Gang in die Begegnungsstätten des Trägers zu bewegen sind, könnten in Zukunft die Erfahrung machen, dass ihr Träger nur mäßiges Interesse am Aufsetzen eines Weiterbewilligungsantrags zeigt, ihnen im schlimmsten Fall die Aufhebung des Betreuungsvertrags nahelegt. Ein regelrechtes Trägerhopping könnte die Folge sein. Es ist davon auszugehen, dass kein Träger in seiner Planung nur die Bearbeitung ‚leichterer‘ Fälle anstrebt, was auch gegen die ethischen Prinzipien des weitaus größten Teils der Anbieter sozialer Dienste wie auch ihrer Mitarbeiter verstoßen würde – ob diese Maxime jedoch zumindest aufgeweicht werden wird, wird sich zeigen, wenn die Kosten der realen Umsetzung das begrenzte Trägerbudget zu überschreiten drohen.

Am Ende könnte dieses doch noch dem Persönlichen Budget, welches ein regelrechtes Nischendasein fristet, zur Blüte verhelfen, da ein darüber privatrechtlich geschlossener Vertrag zwischen Klient und Träger außerhalb der Trägerbudgetierung läuft und auch dem Anbieter sozialer Dienste Planungssicherheit bei Mehraufwendungen in der Arbeit verschaffen könnte. Bestand vorher bei den Trägern die Befürchtung, ein schmal ausgelegtes Persönliches Budget könne die Kosten der durch Fachleistungsstunden finanzierten Maßnahme kaum decken, könnten künftig derlei ausgestattete Klienten durchaus willkommen sein. Denn über die zusätzlichen Einnahmen aus Persönlichen Budgets ließen sich Mehrausgaben für die nach wie vor zu erwartenden steigenden Klientenzahlen sowie deren Bedarf nach Einzelbetreuung ggf. abfedern. Der Vorteil für die Klienten liegt in der Flexibilität des Persönlichen Budgets, welches sie auch für Angebote bei verschiedenen sozialpsychiatrischen Eingliederungshilfeträgern, im Rahmen der im Gesamtplan festgelegten Ziele der Hilfen, aufteilen können. Wünschenswert wäre dabei allerdings eine grundsätzliche Diskussion zwischen Betreuern und Klienten über die professionelle inhaltliche Arbeit

der Sozialpsychiatrie, deren qualitativer Nutzen im Einzelfall durch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit stärker moderiert werden müsste. Denn zum einen stellt Herr Daszkowski fest, dass es im PPM-System bisher zumindest den formalen Anhaltspunkt der bewilligten Stunden gab, zum anderen wurde die gemeinsam verbrachte Zeit von Betreuern und Klienten offenbar teilweise als ‚überflüssig‘ durch die Nutzer bewertet. Mit anderen Worten: Die formal bewilligten Stunden mussten in gemeinsamen Treffen ‚abgesehen‘ werden, auch wenn gerade kein Gesprächsbedarf seitens der Klienten bestand, wobei dennoch die Träger aus Abrechnungsgründen die Treffen forcierten sowie auch Klienten, welche die ‚ihnen zustehenden Ansprüche‘ aus den Bewilligungsbescheiden durchgesetzt haben wollten. Die Einhaltung derartiger Formalien ließen die Eingliederungshilfe in der Vergangenheit für beide Seiten manchmal als ‚lästige Pflichtveranstaltung‘ erscheinen, die besonders im Interesse der Klienten durch ein im Rahmen der ASP genutztes Persönliches Budget nicht wieder aufleben sollte.

Zumindest wäre es in den meisten Fällen erforderlich, dass das Persönliche Budget z. B. durch eine Budgetassistenz fachlich begleitet und nicht zum In-Gang-Setzen einer abwärtsgerichteten Preisdumpingspirale missbraucht würde, indem es Klienten zu Komplizen eines ökonomischen Systems macht, dessen Mechanismen sie oftmals einst selbst exkludierten. Nach den Gesetzen des Marktes erscheint dies momentan wenig wahrscheinlich, wenn steigende Klientenzahlen auf eine konstante – wenn nicht gar im Zuge der ASP schrumpfende – Trägerlandschaft treffen. Am Ende jeglicher Konsolidierung der sozialen Versorgung müsste jedoch der Stadtstaat Hamburg als Garant für die rechtzeitige und ausreichende Bereitstellung der gesetzlichen Ansprüche auf Eingliederungshilfemaßnahmen als Teil der sozialstaatlichen Leistung eintreten.

Wie eine fachliche Budgetassistenz gestaltet sein sollte, ohne als ASP-Träger in einen Interessenkonflikt mit der eigenen Leistungserbringung zu geraten, könnte tatsächlich ein Thema für Kooperationen zwischen den Anbietern sozialer Dienstleistungen sein.

Man darf gespannt sein, wie sich das Modell der ASP entwickeln wird, ob sich die Nutzer in Zeiten zunehmender Individualisierung aller Lebensbereiche und fortschreitender Exklusion aus angestammten sozialräumlichen Bezügen, die den Inklusionsbemühungen vielerorts entgegenstehen, nach den ‚fachlichen Vorgaben‘ der psychosozialen Anbieter steuern lassen werden, oder ob der jedem Menschen innewohnende Eigensinn überwiegen wird und das Projekt in der jetzt geplanten Form am Ende ins Leere laufen lässt.

11. Literaturverzeichnis

- Aichele, Valentin (2008): Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll. Ein Beitrag zur Ratifizierungsdebatte. Policy Paper No. 9. August 2008. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte
- Ayaß, Wolfgang (1992): Das Armenhaus Breitenau. Bettler, Landstreicher, Prostituierte, Zuhälter und Fürsorgeempfänger in der Korrekptions- und Landesarmenanstalt Breitenau (1874-1949). Hessische Forschungen zur geschichtlichen Landes- und Volkskunde, Heft 23. Kassel: Verein für hessische Geschichte und Landeskunde e. V.
- Barkowsky, Kai (2014): Reform der Kommunalverwaltung in England und Deutschland. New Public Management zwischen Reformrhetorik und Reformergebnissen. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Bauer, Manfred; Engfer, Renate (1991): Psychiatrie ohne Anstalt. Wege der Auflösung. In: Bock, Thomas; Weigand, Hildegard [Hrsg.]: Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 509 - 521
- Becker, Helmut E. [Hrsg.] (2002): Das sozialwirtschaftliche Sechseck. Freiberg/Breisgau: Lambertus Verlag
- Bielefeldt, Heiner (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. Essay No. 5. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, Juni 2009. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte
- Biesel, Kay (2007): Sozialräumliche Soziale Arbeit. Historische, theoretische und programmatische Fundierungen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag, GWV Fachverlage
- Blasius, Dirk (2006): Der gebändigte Kranke. Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Sozialpsychiatrische Informationen 4/2006, Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 9 - 12
- Blasius, Dirk (1982): Irrwege der Reform. Zum Mythos psychiatrischen Fortschritts. Sozialpsychiatrische Informationen Nr. 71/72, 12/1982, Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag, S. 26-36
- Blasius, Dirk (1980): Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Blech, Jörg (06.10.2014): Jobs statt Psychopillen. Hamburg: Der Spiegel 41/2014
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Das trägerübergreifende Persönliche Budget. Bonn: BMAS, Referat Information, Publikation, Redaktion
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012): Umsetzung und Akzeptanz des Persönlichen Budgets – Endbericht –. Forschungsbericht Sozialforschung 433. Berlin: Prognos
- Bölt, Ute; Graf, Thomas (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. In: Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, S. 112 - 129
- Bogumil, Jörg; Jann, Werner (2009): Verwaltung und Verwaltungswissenschaft in Deutschland. Einführung in die Verwaltungswissenschaft. 2., völlig überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage
- Bogumil, Jörg; Grohs, Stephan; Kuhlmann, Sabine; Ohm, Anna K. (2007): Zehn Jahre Neues Steuerungsmodell. Eine Bilanz kommunaler Verwaltungsmodernisierung. Berlin: Edition Sigma
- Brinkmann, Volker (2010): Sozialwirtschaft. Grundlagen – Modelle – Finanzierung. Wiesbaden: Gabler Verlag, Springer Fachmedien
- Brückner, Burkhard (2010): Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Brüggemann, Rolf (1982): Zur Geschichte der Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg. Ein Fragebogen als Einstieg in die Diskussion. Sozialpsychiatrische Informationen Nr. 71/72, 12/1982, Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag, S. 37 - 42
- BSG, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz [jetzt BASFI und BGV] (2008): Die Entwicklung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Hamburg, 2. aktualisierte Auflage. Hamburg: BSG
- Buestrich, Michael; Burmester, Monika; Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (2010): Die Ökonomisierung Sozialer Dienste und Sozialer Arbeit. Entwicklung – Theoretische Grundlagen – Wirkungen. Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 18. Hohengehren, Baltmannsweiler: Schneider Verlag

- Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung –. Drucksache 7/4200. Bonn: Deutscher Bundestag
- Bundestag (1973): Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/1124. Bonn: Deutscher Bundestag
- Clausen, Jens. J. (2012): Dimensionen der Inklusion in der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie. In: Balz, Hans-Jürgen; Benz, Benjamin; Kuhlmann, Carola [Hrsg.]: Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, S. 211 - 223
- Dahme, Heinz-Jürgen; Kühnlein, Gertrud; Wohlfahrt, Norbert; Burmester, Monika (2005): Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in die Sozialwirtschaft. Berlin: Edition Sigma
- Destatis – Statistisches Jahrbuch (2013): Soziales, Kapitel 8. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, S. 226 - 227
- Dilthey, Wilhelm (1924): Die geistige Welt. Einleitung in die Philosophie des Lebens; Hälfte 1, Abhandlung zur Grundlegung der Geisteswissenschaften. Gesammelte Schriften, V. Band. 8. unver. Auflage 1990. Stuttgart: B.G. Teubner Verlagsgesellschaft
- Dörner, Klaus (1975): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Elgeti, Herrmann (2014): Perspektiven der Sozialpsychiatrie – Fortsetzung der Debatte. Editorial. Sozialpsychiatrische Informationen 1/2014, Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 1 - 2
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien
- Häfner, Heinz (2001): Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven. In: Aktion Psychisch Kranke [Hrsg.]: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 72 - 102
- Häfner, Heinz; von Baeyer, Walter; Kisker, Karl Peter (1965): Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Zuerst erschienen in: Helfen und Heilen. Diagnose und Therapie in der Rehabilitation, Oktober 1965, Heft 4
Nachdruck in: Tögel, Christfried; Wellach, Peter (2011): Dämonen und Neuronen – Quellen zur Entwicklung der Psychiatrie. Von der Antike bis zur Gegenwart. Magdeburg: SALUS-Institut, beier+wellach projekte, S. 192 - 215
- Haselbeck, Helmut (1997): Zur Sozialgeschichte der »Offenen Irren-Fürsorge«. Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. In: Hoffmann-Richter, Ulrike; Haselbeck, Helmut; Engfer, Renate [Hrsg.]: Sozialpsychiatrie vor der Enquête. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 62 - 83
- Heinze, Rolf G.; Voelzkow, Helmut (1999): Verbände und »Neokorporatismus«. In: Wollmann, Hellmut; Roth, Roland [Hrsg.]: Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden. Opladen: Leske + Budrich, S. 227 - 239
- Heißler, Matthias (1996): Enthospitalisierung – eine unendliche Geschichte. Blätter der Wohlfahrtspflege, Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 143. Jahrgang, 7-8/1996. Stuttgart: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, S. 188 - 191
- Hinte, Wolfgang (2012): Von der Gemeinwesenarbeit über die Sozialraumorientierung zur Initiierung von bürgerschaftlichem Engagement. In: Thole, Werner [Hrsg.]: Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, S. 663 - 676
- Hitzler, Ronald; Honer, Anne; Maeder, Christoph [Hrsg.] (1994): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Hoff, Paul; Hippus, Hanns (2001): Wilhelm Griesinger (1817-1868) – sein Psychiatrieverständnis aus historischer und aktueller Perspektive. Der Nervenarzt 11/2001. Heidelberg: Springer, Berlin, S. 885 - 892

- Hoffmann, Michaela (1996): *Bewegte Psychiatrie – Psychiatrie in Bewegung*.
Blätter der Wohlfahrtspflege, Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 143. Jahrgang, 7-8/1996.
Stuttgart: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, S. 185 - 187
- Holtkamp, Lars (2009): *Verwaltung und Partizipation: Von der Hierarchie zur partizipativen Governance?* In: Czerwick, Edwin; Lorig, Wolfgang H.; Treutner, Erhard [Hrsg.] (2009):
Die öffentliche Verwaltung in der Demokratie der Bundesrepublik Deutschland.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage, S. 65 - 86
- Kessl, Fabian; Reutlinger, Christian (2010): *Sozialraum. Eine Einführung*. 2. durchgesehene Auflage.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage
- KGSt (1993): *Das Neue Steuerungsmodell. Begründung, Konturen, Umsetzung*. Bericht Nr. 5/1993.
Köln: Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung
- Kulenkampff, Caspar (1997): *Erkenntnisinteresse und Pragmatismus. Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970*. In: Hoffmann-Richter, Ulrike; Haselbeck, Helmut; Engfer, Renate [Hrsg.]:
Sozialpsychiatrie vor der Enquête. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 84 - 96
- Masuch, Peter (2011): *Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006*. In: Schütte, Wolfgang [Hrsg.]: *Abschied vom Fürsorgerecht. Von der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ zum Recht auf soziale Teilhabe*.
Münster: LIT Verlag Dr. W. Hopf, S. 73 - 84
- Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): *Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion*. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. [Hrsg.]: *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3. Auflage.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage, S. 35 - 60
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): *Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht*. In: Garz, D.; Kraimer, K.: *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441 - 471
- Möller, Michael (1997): *Das „Neue Steuerungsmodell“: Konsequenzen für die soziale Arbeit*.
Zeitschrift für Sozialreform (43. Jg. 1997, Heft 9), Stuttgart: Verlag Lucius & Lucius. S. 685 - 703
- Mrocinski, Peter (1998): *Gefahren der »Ambulantisierung«*. In: Bock, Thomas; Weigand, Hildegard [Hrsg.]: *Hand-werks-buch Psychiatrie*. 4. vollst. überarbeitete Auflage.
Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 594 - 605
- Nodes, Wilfried (2011): *Personalentwicklung in den Arbeitsfeldern der Sozialarbeit, Teil 1*.
FORUM sozial 3/2011 – Mitgliederzeitschrift des DBSH e.V. Berlin: DBSH, S. 51 - 56
- Pörksen, Nils (2012): *Kommentar zu »Die Zukunft der Sozialpsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen* 4/2012, Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 9 - 10
- Preis, Wolfgang; Thiele, Gisela (2014): *Sozialräumlicher Kontext Sozialer Arbeit. Eine Einführung für Studium und Praxis*. 2. unveränderte Auflage. Berlin: RabenStück Verlag
- Preiser, Friedrich (1968): *Die Nichtigkeitserklärung von § 73 Abs. 2 und 3 des Bundessozialhilfegesetzes und ihre Folgen*. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, Bd. 80, Heft 3.
Berlin: Verlag Walter de Gruyter, S. 582 - 591
- Rechnungshof Freie und Hansestadt Hamburg (2013): *Jahresbericht 2013 über die Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung der Freien und Hansestadt Hamburg mit Bemerkungen zur Haushaltsrechnung 2011, III. Einzelne Prüfungsergebnisse, Arbeit und Soziales, Hilfen für psychisch kranke Menschen*. Hamburg: Rechnungshof FHH, S. 82 - 84
- Reumerschüssel-Wienert, Christian (1996): *Gemeindepsychiatrie und Sozialrecht*.
Blätter der Wohlfahrtspflege, Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 143. Jahrgang, 7-8/1996.
Stuttgart: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, S. 199 - 201
- Richter, Stephan (1991): *Wider den Hospitalismus ambulanter Dienste*. In: Bock, Thomas; Weigand, Hildegard [Hrsg.]: *Hand-werks-buch Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 522 - 538
- Rössler, Wulf (2012): *Sozialpsychiatrie*. In: Fleischhacker, Wolfgang W.; Hinterhuber, Hartmann (2012): *Lehrbuch Psychiatrie*. Wien: Springer-Verlag, S. 461 - 472

- Rössler, Wulf; Riecher-Rössler, Anita (1994): Psychiatrische Rehabilitation chronisch psychisch Kranker und Behinderter. In: Rehabilitation 33 (1994).
Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 1 - 7
- Sachße, Christoph; Tennstedt, Florian (2012): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Band 4: Fürsorge und Wohlfahrtspflege in der Nachkriegszeit 1945 - 1953.
Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Schönknecht, Peter (1999): Die Bedeutung der verstehenden Anthropologie von Jürg Zutt (1893 - 1980) für Theorie und Praxis der Psychiatrie. Beiträge zur medizinischen Psychologie und medizinischen Soziologie; Bd. 9. Würzburg: Königshausen und Neumann
- Schütz, Alfred (1972): Gesammelte Aufsätze, Bd. 2. Studien zur soziologischen Theorie.
Den Haag: Verlag Martinus Nijhoff
- Siebels, Jörg (2014): Stolpersteine und Lichtblicke. Saarland: Probleme mit dem Persönlichen Budget. bdbaspekte – Verbandszeitschrift für Betreuungsmanagement, Heft 102, Juni 2014.
Hamburg: Berufsverband der Berufsbetreuer/innen e.V.
- Theunissen, Georg (2010): Inklusion – für die Behindertenarbeit kritisch buchstabiert. In: Wittig-Koppe, Holger; Bremer, Fritz; Hansen, Hartwig [Hrsg.]: Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte. Neumünster: Paranus Verlag, S. 46 - 54

12. Internetquellen

- ASMK (2014): Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2014 in Rheinland-Pfalz.
<http://msagd.rlp.de/arbeits-und-sozialministerkonferenz-2014/> (aufgerufen am 23.01.2014)
- ASMK (2010): Ergebnisprotokoll der 87. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 24./25. November 2010 in Wiesbaden. Vorsitz: Staatsminister Stefan Grüttner. 01.12.2010. <http://www.asmk.sachsen-anhalt.de> – unter dem Link ‚Ergebnisse‘ finden sich alle Beschluss- bzw. Ergebnisprotokolle der Haupt- und Sonderkonferenzen seit 2001 (aufgerufen am 22.10.2013)
- ASMK (2009 a): Beschlussprotokoll der 86. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden. Vorsitz: Staatsministerin Christine Haderthauer. 02.12.2009. <http://www.asmk.sachsen-anhalt.de> – unter dem Link ‚Ergebnisse‘ finden sich alle Beschluss- bzw. Ergebnisprotokolle der Haupt- und Sonderkonferenzen seit 2001 (aufgerufen am 22.10.2013)
- ASMK (2009 b): Vorschlagspapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK. <http://www.behindertenbeauftragte.bayern.de/pdf/vd6608anl11.pdf> (aufgerufen 15.11.2013)
- ASMK (2008): Beschlüsse der 85. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 13./14. November 2008 im Rathaus der Freien und Hansestadt Hamburg. Vorsitz: Senator Dietrich Wersich. 21.11.2008. <http://www.asmk.sachsen-anhalt.de> – unter dem Link ‚Ergebnisse‘ finden sich alle Beschluss- bzw. Ergebnisprotokolle der Haupt- und Sonderkonferenzen seit 2001 (aufgerufen am 22.10.2013)
- ASMK (2007): Beschlussprotokoll der 84. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 15./16. November 2007 im Hotel ParkInn in Berlin. Vorsitz: Senatorin Dr. Heidi Knake-Werner. 12.12.2007. <http://www.asmk.sachsen-anhalt.de> – unter dem Link ‚Ergebnisse‘ finden sich alle Beschluss- bzw. Ergebnisprotokolle der Haupt- und Sonderkonferenzen seit 2001 (aufgerufen am 22.10.2013)
- BAPK (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.): Über uns – Die Wurzeln.
<http://www.psychiatrie.de/bapk/ueberuns/> (aufgerufen am 06.08.2014)
- BASFI (2014 a): Fachanweisung zu § 53 SGB XII. Allgemeine Ziele, Grundsätze und Regelungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen vom 01.02.2014. <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbxii-kap06-53/> (aufgerufen am 06.03.2014)
- BASFI (2014 b): Arbeitshilfe zu § 54 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 6 SGB IX. Ambulante Sozialpsychiatrie vom 01.01.2014 (Gz. SI 411/251.50-436-4). <http://www.hamburg.de/basfi/ah-sgbxii-kap06-54/4265886/ah-sgbxii-54-asp/> (aufgerufen am 17.03.2014)

- BASFI (2013): Arbeitshilfe zu § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 6 SGB IX. Betreutes Wohnen (BeWo) für Menschen mit einer psychischen Erkrankung/seelischen Behinderung vom 21.08.2013. <http://www.hamburg.de/basfi/ah-sgbxii-kap06-54/4093548/ah-sgbxii-54-bewo.html> (aufgerufen am 18.03.2014)
- BASFI (2012): Arbeitshilfe zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 6 SGB IX. Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen (PPM) (Gz. SI 432/112.42-4-12-9-2). <http://www.hamburg.de/basfi/ah-sgbxii-kap06-54/3566158/ah-sgbxii-54-ppm/> (aufgerufen am 26.06.2014)
- Behördenfinder Hamburg (undatiert): Eingliederungshilfe/Erforderliche Unterlagen. www.hamburg.de/behoerdenfinder/hamburg/11255944/ (aufgerufen am 19.06.2014)
- BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.): <http://www.bpe-online.de/> – Alles über den BPE/ Allgemeines: Was will der BPE? (aufgerufen am 06.08.2014)
- Bundesärztekammer: Schwerpunkte der Deutschen Ärztetage seit 1948. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.1825.1829> (aufgerufen am 07.05.2014)
- Coché, Stefanie (17.08.2013): Die psychiatrische Einweisungspraxis in Nationalsozialismus, DDR und BRD (1941-1963). Interview mit Birte Ruhardt. L.I.S.A. Das Wissenschaftsportal der Gerda Henkel Stiftung. www.lisa.gerda-henkel-stiftung.de/content.php?nav_id=4507 (aufgerufen am 21.01.2014)
- Degener, Theresia (06.05.2003): Eine UN-Menschenrechtskonvention für Behinderte als Beitrag zur ethischen Globalisierung. Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/apuz/27798/eine-un-menschenrechts-konvention-fuer-behinderte-als-beitrag-zur-ethischen-globalisierung?p=all> (aufgerufen am 29.01.2014)
- DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.): Satzung der DGSP. § 2 Zweck des Vereins. <http://www.dgsp-ev.de/satzung-der-dgsp.html#Zweck> (aufgerufen am 14.05.2014)
- FHH (undatiert): Medizinische Begutachtung. Ärztlicher Fachdienst Eingliederungshilfe. www.hamburg.de/wandsbek/navigation-aerztlicher-fachdienst/ (aufgerufen am 19.06.2014)
- Finzen, Asmus (2010): Erlebte Psychatriegeschichte Bd. 2. Erinnerungen an die Anfänge von DGSP und Mannheimer Kreis (1970-1982). Stand 20.08.2010. http://www.finzen.ch/Finzen/Veroeffentlichungen_im_Netz_files/MK-DGSP.book.pdf (aufgerufen am 08.05.2014)
- Fuchs, Harry; Welti, Felix (2010): Anmerkungen zum Beschlussvorschlag der Bund-/Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für die 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 23./24. November 2010. Forum D, Beitrag D3/2010 vom 16.12.2010. Achtung: Beitrag ist nicht (mehr?) im Archiv von Reha-Recht verfügbar, sondern nur noch über den direkten Link: <http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2010/D3-2010.pdf> (aufgerufen am 27.01.2014)
- Gitschmann, Peter (2013): Reform der Eingliederungshilfe jetzt! (Teil 1). Forum D, Beitrag D20-2013 vom 05.08.2013, www.reha-recht.de (aufgerufen am 28.02.2014)
- Ritscher, Axel (07.12.2013): Stadtteilcafé Steilshoop droht Aus. Jobcenter Team.arbeit stellt Zuwendungen ein – weil nicht alle Gäste Hartz IV beziehen. www.abendblatt.de/incoming/article122064576/Stadtteilcafe-Steilshoop-droht-Aus.html (aufgerufen am 13.08.2014)
- Senatskanzlei (undatiert): Regierungsprogramm Finanzen und Haushalt. <http://www.hamburg.de/finanzen-und-haushalt/> (aufgerufen am 07.08.2014)
- Sobersko, Tanja (20.11.2013): Stadtteilcafé in Steilshoop vorerst gerettet. 69.000 Euro für Alraune-Projekt aus Überbrückungsfonds. <http://www.hamburger-wochenblatt.de/wandsbek/lokales/stadtteilcaf-in-steilshoop-vorerst-gerettet-d13810.html> (aufgerufen am 13.08.2014)
- Sturm, Roland (27.02.2009): Entwicklung Großbritanniens seit 1945. Bundeszentrale für politische Bildung. www.bpb.de/izpb/10533/entwicklung-grossbritanniens-seit-1945 (aufgerufen am 04.02.2014)
- Verbände (30.06.2009): Positionierung der Verbände zu wesentlichen Punkten im „Vorschlagspapier der Bund- Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen der ASMK“. <http://www.verband-anthro.de/index.php/aid/548/cat/70/start/10/rec/1> – dort auch als PDF-Download erhältlich – (aufgerufen am 15.03.2014)

13. Übersicht der Anhänge

Anhang I	– PowerPoint-Präsentation von Herrn Axel Georg-Wiese (BASFI/S1 411).....	69
Anhang II	– Allgemeine Mustervereinbarung ASP: ,Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII‘	78
Anhang III.a	– Leistungsbescheid Ambulante Sozialpsychiatrie (anonymisiert)	102
Anhang III.b	– Hinweis der BASFI zu den ASP-Bewilligungsbescheiden ab 1. Oktober 2014.....	108
Anhang IV	– Offener Interviewleitfaden für die Experteninterviews	109
Anhang V	– Übersicht des Kategoriensystems	110
Anhang VI.a	– Auswertung des Interviews mit Herrn Axel Georg-Wiese (BASFI)	111
Anhang VI.b	– Interview mit Herrn Axel Georg-Wiese (BASFI)	118
Anhang VII.a	– Auswertung des Interviews mit Herrn Jurand Daszkowski (LPE).....	130
Anhang VII.b	– Interview mit Herrn Jurand Daszkowski (LPE)	136
Anhang VIII.a	– Auswertung des Interviews mit Herr Wolfgang Bayer (Stiftung Rauhes Haus)	145
Anhang VIII.b	– Interview mit Herrn Wolfgang Bayer (Stiftung Rauhes Haus)	158


1

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

Der thematische Überblick

1. **Grundsätzliche Überlegungen**
Eckpunkte, fachliche Ziele und Ausgangspunkte
- ↳ 2. **Die Konzeption**
Fachliche Ziele, Voraussetzungen, methodische Ansätze
- ↳ 3. **Bewilligung und Steuerung**
Zwei Regelkreise: Gesamtplan und Budgetverbrauch
- ↳ 4. **Die Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII**
Operationalisierung der wesentlichen Eckpunkte
- ↳ 5. **Die Fachanweisung**
Operationalisierung der Steuerungsziele

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



2


Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

1. Grundsätzliche Überlegungen (1)

Fachliche Grundsätze und Ziele

1. **Jedes System erzeugt seine systembedingten Kosten**
↳ Mit dem vorhandenen Geld mehr erreichen als bisher
2. **Ziel der Eingliederungshilfe: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**
↳ Teilhabe findet im Sozialraum statt
↳ Teilhabe in der eigenen Wohnung ist nicht möglich
3. **Die Menschen mit Behinderung sind die Experten in ihrer eigenen Sache**
↳ Gruppe wirkt

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

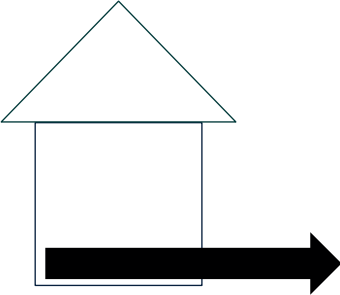
3

1. Grundsätzliche Überlegungen (2)

1. Ausgangspunkt: Die PSK´n

Gruppe wirkt oder die Erfahrung mit den Psychosozialen Kontaktstellen

Daten / Fakten



9 PSK´n in Hamburg
erreichen rund 3.300 Menschen im Jahr (rund 360 pro PSK)
mit durchschnittlich 3,5 Planstellen
mit folgenden Angeboten in der Begegnungsstätte:


- Telefonische und persönliche Kurzinformation und Beratung
- Einzel- und Paargespräche,
- Offener Treff, offene und themenzentrierte Gruppen.

Effekt

10 % bis 15 % nehmen die PSK in einer Intensität in Anspruch, die der des BeWo entspricht.

Jährlicher finanzieller Aufwand: 2,3 Mio. €.

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese


Hamburg

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

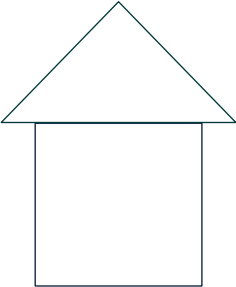
4

1. Grundsätzliche Überlegungen (3)

2. Ausgangspunkt: Das BeWo - Angebot

Die Betreuung erfolgt in der Begegnungsstätte und / oder im eigenen Wohnraum

Daten / Fakten



Rund 35 über das hamburgische Stadtgebiet verteilte BeWo´s
erreichen rund 1.617 Menschen im Jahr (rund 46 pro BeWo)
mit folgenden Angeboten in der Begegnungsstätte :


- Einzel- und Paargespräche,
- Offener Treff, offene und themenzentrierte Gruppen.

Allerdings

Nicht alle Personen nehmen die Begegnungsstätte in Anspruch.
Keine Finanzierung sozialräumlicher Aktivitäten.

Jährlicher finanzieller Aufwand: 29,6 Mio. €.

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese


Hamburg

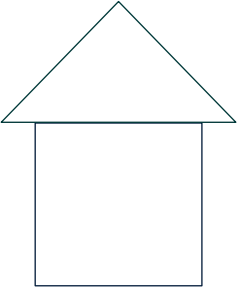
5

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

2. Die Konzeption (1)

Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Im Zentrum des Leistungsangebots steht die Begegnungsstätte mit den zwei Betreuungsformen personenzentrierte Hilfen (Grundleistung, Intensivbetreuung) und niedrigschwelliges Angebot.



1. Die Grundleistung


Angebote der Grundleistung sind

- zum einen lebenspraktische Unterstützung rund um die Themen Wohnen, Selbstsorge und soziale Kontakte und
- zum anderen Gruppenangebote

Inhalt der Grundleistung sind die lebenspraktischen, begleitenden, regelnden, unterstützenden Hilfen um

- mit den Anforderungen des selbständigen und eigenverantwortlichen Wohnens und der Selbstsorge,
- mit den Anforderungen der selbständigen Tagesgestaltung und Tagesstrukturierung sowie der Gestaltung der Freizeit und
- den Anforderungen an Bildung und Teilhabe am Arbeitsleben zurecht kommen zu können.

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



Hamburg

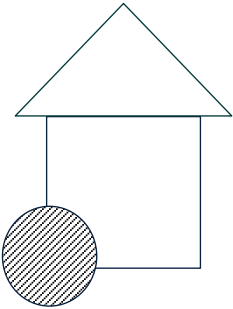
6

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

2. Die Konzeption (2)

Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Die Intensivbetreuung ergänzt die Grundleistung.




2. Die Intensivbetreuung

Inhaltlich geht es um die Klärung bzw. Bearbeitung krankheitsbedingter Konflikte oder Ängste.
Konkret beispielsweise um

- die Akzeptanz der psychischen Erkrankung,
- die Förderung der Einsicht für notwendige die Erkrankung berücksichtigende Verhaltensänderungen,
- die mit der Erkrankung verbundenen Einschränkungen und deren soziale Folgen (Partner – und Beziehungsprobleme, soziale Ängste).

Dazu dienen methodisch geführte (fachliche) Einzelgespräche im geschützten die Intimität wahren Rahmen.

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



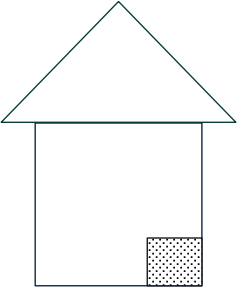
Hamburg

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

7

2. Die Konzeption (3)
Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Das niedrigschwellige Angebot im Vorfeld




3. Das niedrigschwellige Angebot

Angebote sind:
 Anonyme, kostenlose, gemeindenahе, niedrigschwellige und interdisziplinäre Beratung und Betreuung von Menschen mit psychischen Schwierigkeiten, deren Angehörige oder Personen aus dem nahen Umfeld sowie Institutionen der Versorgung der vorgenannten Gruppen.

Inhalt:
 Im Rahmen der kapazitiven Möglichkeiten

- telefonische oder persönliche Information,
- Beratung und längerfristig angelegte Betreuung sowie
- ein „Offener Treff“, offene und themenzentrierte Gruppen.

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese

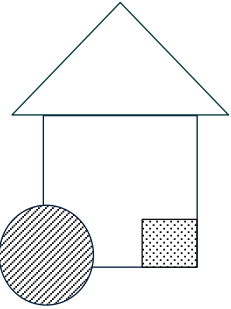


Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

8

2. Die Konzeption (4)
Die neue ambulante Sozialpsychiatrie


Die Finanzierung: pauschal und einzelfallbezogen im Rahmen eines Budgets



Die Finanzierung
 der personenzentrierten Hilfe (Grundleistung, Intensivbetreuung) und des niedrigschwelligen Angebots erfolgt personenunabhängig als Jahrespauschale.

Allerdings
 ist für die Inanspruchnahme der personenzentrierten Hilfe eine Bewilligung im Rahmen der Eingliederungshilfe erforderlich.

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



9

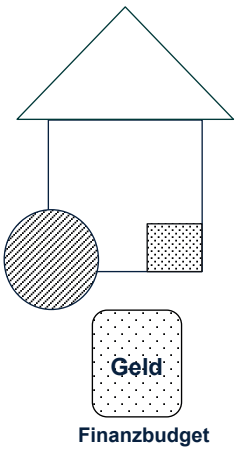
Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

2. Die Konzeption (5)

Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Die Finanzierung: pauschal und einzelfallbezogen im Rahmen eines Budgets

Ermittlung und Aufteilung der Jahreseinnahme pro Standort in einen Anteil für personenzentrierte Betreuungsangebote sowie einen für das niedrigschwellige Angebot.




Geld

Finanzbudget

Beispiel:
 $\emptyset 40 \text{ Pers.} \times \text{HBG } 1:5 \times 365 \text{ Tage} = \Sigma \text{ Geld}$, Aufteilungsbeispiel 5 % zu 95 %

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



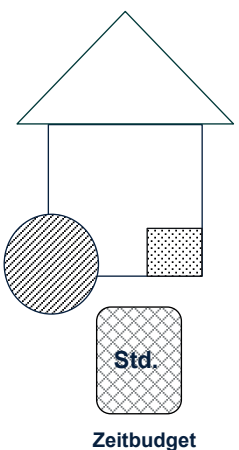
10

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

2. Die Konzeption (6)

Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Die Leistung Wie viel Leistung (in Zeit) für das vereinbarte Budget?



Std.

Zeitbudget


1. Für die personenzentrierte Hilfe:

Beispiel bei 95 % der Jahreseinnahme bei $\emptyset 40$ Pers.
 $95\% \text{ von } \emptyset 40 \text{ Pers.} \times \text{HBG } 1:5 \times 365 \text{ Tage} = \Sigma \text{ Std. pro Jahr zuzüglich } x \%$

2. Für das niedrigschwellige Angebot:

Für das niedrigschwellige Angebot wird kein Zeitbudget vereinbart. Es gelten vereinbarte Kennzahlen über die Nutzung.

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



11

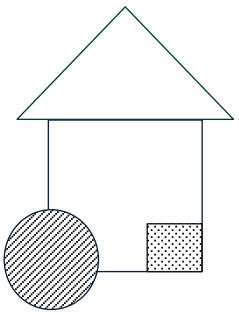
Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

3. Bewilligung und Steuerung (1)

Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Die Steuerung

Bewilligung durch Fachamt Eingliederungshilfe nach § 53 / 54 SGB XII




Das Fachamt führt weiterhin ein Gesamtplanverfahren für die personenzentrierte Hilfe durch:

Der Hilfebedarf wird in Zeit ermittelt und die Leistung in Form eines Gutscheins für die bedarfsgerechte Hilfe durch die namentlich benannte Einrichtung bewilligt.

Ausnahme: Niedrigschwelliges Angebot

Für die Inanspruchnahme ist keine Bewilligung erforderlich.

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



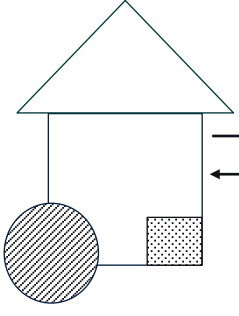
12

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

3. Bewilligung und Steuerung (2)

Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Zwei Regelkreise zur Umsetzung: Das Gesamtplanverfahren



WEH →

1. Gesamtplanverfahren

→

2. Leistung in Std. / Bedarfsgruppe


Bewilligung bedarfsgerechte Hilfe als Gutschein mit Zielen

Sozialbericht

Sozialbericht

Bewilligung bedarfsgerechte Hilfe als Gutschein mit Zielen

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



13

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

3. Bewilligung und Steuerung (3)

Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Zwei Regelkreise zur Umsetzung: Der Budgetverbrauch

Budgetvereinbarung
Wie viel Leistung für wie viel Geld

BASF I – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese

Hamburg

14

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

3. Bewilligung und Steuerung (4)

Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Abrechnung der Budgetvereinbarung bei Über- bzw. Unterschreitung des vereinbarten Stundenvolumens.

1. **Zwei unterschiedliche Vereinbarungszeiträume**
 - Die Laufzeit der Vereinbarung beträgt 3 Jahre.
 - Die Laufzeit des Budgetzeitraum beträgt 1 Jahr
2. **Verrechnung der Über- bzw. Unterschreitung des Budgets**
 - Die Über- bzw. Unterschreitung wird in die Budgetbildung des Folgejahres übertragen.
 - Daher keine Spitzabrechnung des jeweiligen Budgetzeitraums, sondern Anpassung an die Veränderung in den Folgejahren.

Budgetvereinbarung
Wie viel Leistung für wie viel Geld

BASF I – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese

Hamburg

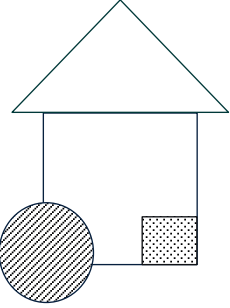
15

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

4. Die Vereinbarung


Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Regelungsbestandteile der Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII



- ☞ Definition der Inhalte der personenzentrierten Hilfen (Grundleistung und Intensivbetreuung).
- ☞ Ermittlung und Aufteilung des Jahresbudgets
- ☞ Unterjähriges Controlling
- ☞ Strukturelle Kennzahlen zur Ermittlung des Leistungsgeschehens

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



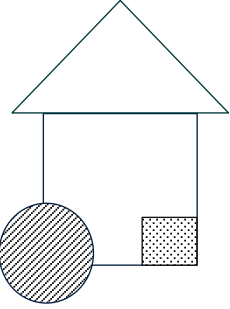
16

Weiterentwicklung der ambulanten Sozialpsychiatrie

5. Die Fachanweisung


Die neue ambulante Sozialpsychiatrie

Zentrale Regelungsbestandteile der Fachanweisung



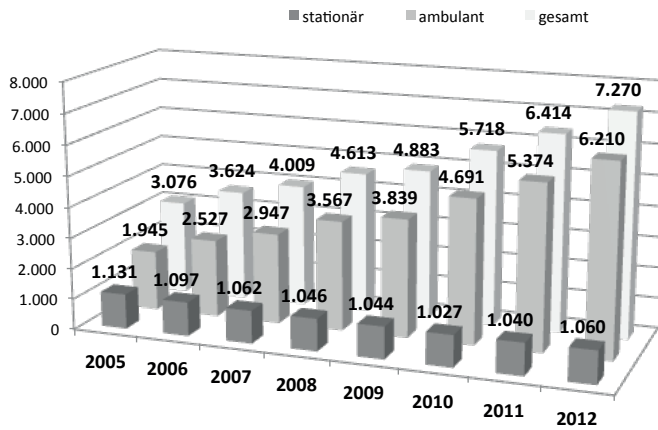
- ☞ Herausgehobene Bedeutung der Sozialraumorientierung für das Ziel der Eingliederungshilfe: Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- ☞ Beschreibung der personenzentrierten Hilfe, des Verfahrens zur Bedarfsbemessung, Bewilligung und Abrechnung

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



Sozialpsychiatrie in Hamburg

Entwicklung der Fallzahlen seit 2005



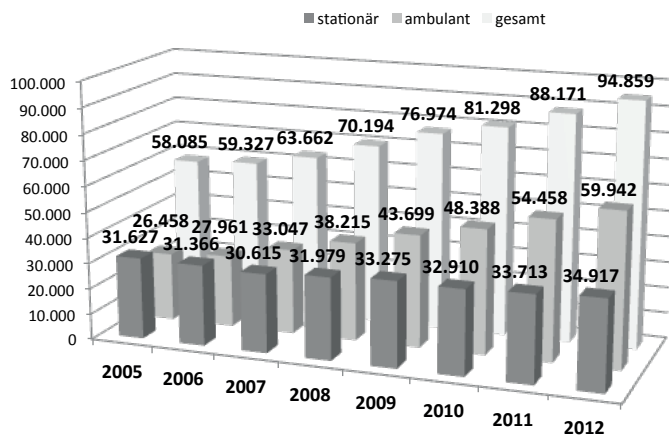
Fallzahlzuwachs seit 2005 = 136,4 %

BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



Sozialpsychiatrie in Hamburg

Entwicklung der Ausgaben seit 2005



Ausgabensteigerung seit 2005 = 63,3 %



BASFI – SI
Eingliederungshilfe
Axel Georg-Wiese



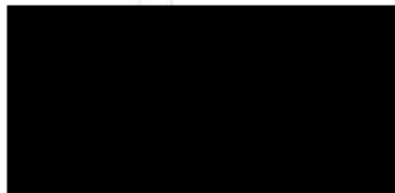
Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII

zwischen

**der Freien und Hansestadt Hamburg,
Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration,
Amt für Soziales, Abteilung Rehabilitation und Teilhabe
als Träger der Sozialhilfe
und**

dem Träger



über Leistungen der Ambulanten Sozialpsychiatrie

durch die Einrichtung / den Dienst



(nachfolgend: Der Anbieter)

vom **01.01.2014**

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

Abschnitt I: Allgemeines

§ 1 Gegenstand

- (1) Diese Vereinbarung umfasst die
 - Leistungs-
 - Vergütungs- und
 - Prüfungsvereinbarung

nach § 75 Abs. 3 SGB XII.
- (2) Der Landesrahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII sowie die Beschlüsse der Vertragskommission finden auf diese Vereinbarung unmittelbar Anwendung. Die jeweils gültige Fassung des Landesrahmenvertrags sowie die diese Vereinbarung betreffenden Beschlüsse der Vertragskommission werden auf Anforderung durch die vertragsschließende Dienststelle zur Verfügung gestellt.
- (3) Der Anbieter erbringt Leistungen für Menschen, die Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe gem. §§ 53 f. SGB XII haben.

Abschnitt II: Leistungsvereinbarung

§ 2 Leistungsart

- (1) Der Anbieter [REDACTED] erbringt selbständig wirtschaftend, unter ständiger Verantwortung geeigneter, ausgebildeter Fachkräfte Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem VI. Kapitel SGB XII.
- (2) Die Leistungen sind in Anlage 1 (Leistungsbeschreibung) auf Grundlage der Leistungsmerkmale gem. § 3 Abs. 3 LRV sowie der Anlage 2 LRV beschrieben, sie werden zwischen dem Träger und den Leistungsberechtigten im Einzelfall nach Maßgabe des § 4 Abs. 1 vereinbart.

§ 3 Personenkreis

- (1) Das Angebot richtet sich an volljährige seelisch behinderte / psychisch kranke Menschen, die zum Personenkreis nach § 53 SGB XII gehören.
Näheres ist in der Anlage 1 Ziffer 2 (Zielgruppe) geregelt.
- (2) Im Rahmen des in diesem Vertrag vereinbarten Leistungsangebotes ist der Anbieter zum Abschluss von Leistungsverträgen mit Leistungsberechtigten verpflichtet. Sollten dem im Einzelfall erhebliche Gründe entgegenstehen, so sind diese von dem Anbieter gegenüber der bewilligenden Dienststelle darzulegen. Im Streitfall ist eine Einigung herbeizuführen.
- (3) Erhält der Anbieter im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung Hinweise auf Gefährdungspotentiale bei den durch ihn betreuten Leistungsberechtigten, ist er gehalten, unverzüglich entsprechende Mitteilungen an die bewilligende Dienststelle zu leiten.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

§ 4

Voraussetzungen der Leistungserbringung

- (1) Für die Leistungserbringung durch den Anbieter ist die Bewilligung der Leistungen im Einzelfall durch die zuständige Dienststelle des Trägers der Sozialhilfe maßgeblich.
- (2) Mit den Leistungsberechtigten oder ihren Vertretungsberechtigten ist jeweils ein Leistungsvertrag abzuschließen. Der Abschluss des Vertrages erfolgt zeitnah zu Beginn der Maßnahme.
- (3) Sind Sofortmaßnahmen durchzuführen, hat die Einrichtung die erforderlichen Hilfen nach Zustimmung der bzw. in Abstimmung mit der bewilligenden bzw. befürwortenden Dienststelle vorläufig sicherzustellen. Die Hilfeplanung ist schnellstmöglich nachzuholen.
- (4) Der Anbieter ist verpflichtet, spätestens 6 Wochen vor Ablauf der aktuellen Bewilligung einen Sozial-/Verlaufsbericht für den jeweiligen Leistungsberechtigten bzw. die jeweilige Leistungsberechtigte der bewilligenden Dienststelle einzureichen.

§ 5

Ziele der Leistungen

- (1) Grundsatz

Zu Beginn der Leistungserbringung sind mit den Leistungsberechtigten individuelle Ziele und Indikatoren für die Zielerreichung zu vereinbaren.

Bei der Zielbildung sind die individuellen Leistungsfähigkeiten zu berücksichtigen.

Das Verhältnis zwischen Ziel und Zielerreichung ist Gegenstand der Prüfung der Qualität der Leistung nach § 12.

- (2) Allgemeine Zielsetzung

Die Ziele der Leistungen bestimmen sich nach den allgemeinen Grundsätzen des Ersten und Zweiten, ggf. des Dritten und Vierten Kapitels SGB XII und den Zielsetzungen zu den jeweiligen Leistungsarten nach dem Sechsten Kapitel SGB XII, die gemäß Anlage 1 Ziffer 3.1 (Ziele der Leistungen) zu konkretisieren sind.

- (3) Zielgruppenspezifische Zielsetzungen

Auf die Zielgruppe bezogene Konkretisierungen zu den Zielen der Leistungen ergeben sich aus Anlage 1 Ziffer 3.2 (Ziele der Leistungen).

§ 6

Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die Leistungserbringung erfolgt in Form von Beratung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Anleitung, Förderung, ggf. auch Übernahme der beschriebenen Leistungen gemäß § 2 in Verbindung mit Anlage 1. Dabei wird die eigenständige Lebensführung der Leistungsberechtigten gewahrt und gefördert.
- (2) Die Leistungen werden gegenüber dem Personenkreis nach § 3 ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht. Das Maß des Notwendigen wird nicht überschritten.
- (3) Der Umfang der Leistungen im Einzelfall wird auf der Grundlage der Leistungsbeschreibung gemäß § 2 und der bewilligten Leistungen des Einzelfalls gemäß § 4 in Verbindung mit dem Gesamtplan nach § 58 Abs. 1 SGB XII festgelegt.
- (4) Die Leistungen umfassen auch die Durchführung aller erforderlichen Verwaltungsaufgaben sowie die Organisation der erforderlichen sächlichen und räumlichen Arbeitsmittel einschließlich der Beschaffung und Instandhaltung.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

- (5) Sofern Leistungen des Anbieters bei den Leistungsberechtigten regelhaft mit Leistungen anderer Kostenträger zusammentreffen, ist eine vernetzte Leistungserbringung anzustreben. Näheres kann ggf. in Anlage 1 Ziffer 4 (Art und Umfang der Leistung) geregelt werden.

§ 7

Personelle Ausstattung und Qualifikation

- (1) Das Betreuungspersonal richtet sich in Art (Qualifikation) und Umfang nach den vereinbarten Leistungen. Hilfs- und angelerntes Personal wird nur in dem vereinbarten Umfang tätig. Näheres zur personellen Ausstattung und Qualifikation ist in Anlage 1 Ziffer 5 (Personelle Ausstattung und Qualifikation) geregelt. Der Einsatz des Betreuungspersonals ist nach Art und Umfang zu dokumentieren.
- (2) Darüber hinaus kann in dem Umfang, den die Ziele der Leistungen gem. § 5 erfordern, das zur Leistungserbringung erforderliche Personal (z.B. anbieterpezifisches Leitungs- und Verwaltungspersonal, anbieterübergreifendes Leitungs- und Verwaltungspersonal, Wirtschaftspersonal und sonstiges Personal) beschäftigt werden.
- (3) Die §§ 3 und 5 des Gesetzes über den Mindestlohn in der Freien und Hansestadt Hamburg finden für die Beschäftigungsverhältnisse des Trägers der Einrichtung unmittelbar Anwendung.

§ 8

Räumliche und sächliche Ausstattung

Die zur Leistungserbringung erforderliche räumliche und sächliche Ausstattung sowie ggf. die betriebsnotwendigen Anlagen sind in der Anlage 1 Ziffer 6 (Räumliche und sächliche Ausstattung) beschrieben.

§ 9

Qualität der Leistungen

- (1) Die Qualität der Leistungen richtet sich nach § 3 LRV und ist in der Anlage 1 Ziffer 7 (Qualität der Leistung) konkretisiert.
- (2) Die Qualität der Leistungen orientiert sich an den fachlichen Zielen (Anlage 1). Sie ergibt sich aus der Eignung der Leistungserbringung zur Erreichung der vereinbarten Ziele sowie der hierzu erforderlichen Ressourcen- und Prozessorganisation.
- (3) Grundlagen zur Beurteilung der Qualität der Leistungen sind die gemäß § 2 Abs. 2 und Anlage 1 vereinbarten Leistungsmerkmale.
- (4) Maßstäbe und Indikatoren zur Bewertung der Qualität der Leistungen ergeben sich aus dem jeweils angewandten und unter § 10 Ziff. 2.1.3 benannten Qualitätssicherungssystem. Die entsprechenden Handlungsbereiche sind in § 10 Ziff. 2.2.2 aufgeführt.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

§ 10

Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung der Leistungen

Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung der Leistungen

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung ist dann gegeben, wenn die Leistung mit dem auf das für die Zielerreichung notwendige Maß beschränkten Einsatz personeller und sächlicher Mittel erbracht wird.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Qualitätssicherung

2.1 Grundsätze

2.1.1 Der Anbieter hat die vereinbarte Qualität in der Betreuung und Versorgung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Der Anbieter hält dazu insbesondere auch Maßnahmen zur Gewaltprävention vor. Er führt präventive Maßnahmen zum Schutz der Leistungsberechtigten vor Gewalt, Misshandlungen und Missbrauch durch und stellt mit geeigneten Mitteln den Schutz der Leistungsberechtigten vor Gewalt, Misshandlungen und Missbrauch durch das Personal / Leistungsberechtigte in der Einrichtung sicher.

2.1.2 Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung dienen der Sicherstellung der Qualität der vereinbarten Leistungen.

2.1.3 Die Qualitätssicherung des Anbieters erfolgt durch das Instrument

<<DIN EN ISO 9000ff.>>

Das fachlich anerkannte Qualitätssicherungs-System ist

- Systematisch und
- regelmäßig anzuwenden.

Der Anbieter ist insbesondere verpflichtet,

- regelmäßig, mindestens jedoch alle 2 Jahre¹, Maßnahmen zur Messung der Lebensqualität der Leistungsberechtigten (gem. § 14 Abs. 1 Nr. 6 HmbWBG) sowie zur Feststellung der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (gem. § 14 Abs. 2 HmbWBG) durchzuführen sowie
- ein ständiges Beschwerdemanagement vorzuhalten.

2.1.4 Der Anbieter soll externe Qualitätssicherung durchführen bzw. sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

2.1.5 Die Ergebnisse der Qualitätssicherung sind zu dokumentieren. Die im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführten Maßnahmen, deren wesentliche Ergebnisse sowie die hieraus abgeleiteten weiteren Maßnahmen sind in einer für die Leistungsberechtigten und die Öffentlichkeit geeigneten Form jährlich zu veröffentlichen (z.B. in Gesprächsrunden mit den Leistungsberechtigten, auf der Homepage, auf Mitteilungsblättern etc.).

2.2 Maßstäbe

2.2.1 Es wird ein fachlich anerkanntes Qualitätssicherungssystem nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis angewandt.

2.2.2 Das Qualitätssicherungs-System umfasst insbesondere folgende Bereiche:

nach DIN EN ISO 9000ff.

¹ Protokollnotiz: Der 2-Jahres-Rhythmus führt nicht dazu, dass alle 2 Jahre eine Vollerhebung durchzuführen ist. Es muss lediglich sichergestellt sein, dass der Zweck der Erhebung, eine Aussage über die Lebensqualität/Zufriedenheit treffen zu können, erreicht wird.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

Kundenorientierung
Verantwortlichkeit der Führung
Einbeziehung der beteiligten Personen
Prozessorientierter Ansatz
Systemorientierter Managementansatz
Kontinuierliche Verbesserung
sachbezogener Entscheidungsfindungsansatz
Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

2.2.3 Die Qualitätssicherung ist fortlaufender Bestandteil der Leistungsprozesse.

Abschnitt III: Vergütungsvereinbarung

§ 11 Inhalt der Vergütung

- (1) Die Vergütung besteht aus einer Maßnahmepauschale.
- (2) Die Höhe der Vergütung für den Vereinbarungszeitraum ist in Anlage 2 ausgewiesen.

Abschnitt IV: Prüfungsvereinbarung

§ 12 Prüfung der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Qualitätssicherung

- (1) Der Inhalt und das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII sowie die Grundsätze und Maßstäbe hierfür richten sich nach § 8 LRV sowie der Anlage 6 LRV.
- (2) Der Anbieter ist anhand des Qualitätssicherungs-Systems in der Lage, die Wirksamkeit des Qualitätssicherungs-Systems sowie die Qualität der Leistungen gemäß § 9 gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu belegen.
Hierzu wird dem Träger der Sozialhilfe jährlich bis spätestens 31.03. des Folgejahres ein Qualitätssicherungsbericht nach Anlage 3 vorgelegt.²

² Soweit in einzelnen Leistungsbereichen (Leistungen nach §§ 67 SGB XII/Suchtkrankenhilfe/WfbM) andere übergreifende Regelungen zur Berichterstattung über die Qualität/Qualitätssicherung vereinbart sind, finden diese statt des QS-Berichts nach Anlage 3 dieser Vereinbarungen Anwendung.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

Abschnitt V: Schlussbestimmungen

§ 13 Vertragsverstöße

- (1) Hält der Anbieter seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere seine Pflichten zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dieser Vereinbarung schuldhaft ganz oder teilweise nicht ein, und schädigt dadurch den Träger der Sozialhilfe³, mindert sich die vereinbarte Vergütung für die Dauer der Pflichtverletzung. Die Pflichtverletzung muss inhaltlich und zeitlich wesentlich sein.
- (2) Die Feststellung, ob ein Tatbestand nach Abs. 1 vorliegt, trifft der Träger der Sozialhilfe. Der Anbieter erhält Gelegenheit zur Stellungnahme. Über den Tatbestand sowie über den Zeitraum und die Höhe der Minderung der Vergütung ist zwischen den Vertragsparteien Einvernehmen anzustreben.
- (3) Kommt innerhalb eines Monats nach der Feststellung kein Einvernehmen zustande, wird ein Schiedsverfahren durchgeführt. Für das Schiedsverfahren benennen die Vertragspartner einvernehmlich eine unabhängige Schiedsperson. Das Schiedsverfahren ist innerhalb eines Monats durchzuführen.
- (4) Wird ein Schiedsspruch von einer Partei nicht angenommen oder wird im Schiedsverfahren kein Einvernehmen hergestellt, setzt der Träger der Sozialhilfe den Minderungsbetrag fest. Im Falle von Streitigkeiten entscheidet das zuständige Gericht.
- (5) Der vereinbarte oder festgesetzte Minderungsbetrag ist an den Träger der Sozialhilfe bis zur Höhe, in welcher dieser Kostenträger war zurückzuzahlen. Über das Verfahren der Rückzahlung, den Zahlungszeitpunkt sowie über die Zahlungsmodalitäten soll Einvernehmen hergestellt werden. Schadensersatzansprüche der betroffenen Leistungsberechtigten nach anderen Vorschriften bleiben unberührt. Gleichartige Schadensersatzzahlungen an den Leistungsberechtigten werden auf den Minderungsbetrag angerechnet.

³ Protokollnotiz: Es besteht Einvernehmen, dass es sich hierbei nicht um ein zusätzliches Tatbestandsmerkmal handelt - der Hinweis auf die „Schädigung des Sozialhilfeträgers“ dient allein der Klarstellung.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

§ 14

Schlussbestimmungen

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2014 in Kraft und endet am 31.12.2016. Sie kann ganz oder in Teilen mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Vereinbarungszeitraums gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung der Vereinbarung, verlängert sich die Laufzeit der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung um jeweils 1 Kalenderjahr.
Für die Vergütungsvereinbarung gilt § 77 Abs. 2 Satz 4 SGB XII.
- (2) Die Anlagen 1-3 sind Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (3) Die Geschäftsführung des Anbieters erklärt, dass der Anbieter nicht nach der Technologie von L. Ron Hubbard geführt wird, und dass die Geschäftsleitung die Technologie von L. Ron Hubbard incl. der Besuche von Kursen und Seminaren ablehnt.
- (4) Soweit einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung rechtsunwirksam sind, wird die Wirksamkeit der übrigen Vereinbarungsregelungen hiervon nicht berührt. Die Vereinbarungspartner wirken in diesem Fall darauf hin, die rechtsunwirksame Regelung unverzüglich durch eine vergleichbare, rechtswirksame Regelung zu ersetzen.

Unterschrift.....

Name in Druckbuchstaben: _____
Behörde für Arbeit, Soziales,
Familie und Integration
Amt für Soziales
Abteilung Rehabilitation und Teilhabe

Datum.....

Unterschrift.....

Name in Druckbuchstaben: _____


Datum.....

- Anlagen**
- Anlage 1: **Leistungsvereinbarung**
 - Anlage 2: **Vergütungsvereinbarung**
 - Anlage 2.1: **Budgetvereinbarung**
 - Anlage 2.2: **Budgetkalkulation**
 - Anlage 3: **Prüfungsvereinbarung**

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII vom 01.01.2014 zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration und [REDACTED]
(hier: Leistungsvereinbarung für „Ambulante Sozialpsychiatrie“)

Leistungsbeschreibung und konkretisierende Regelungen zur Beschreibung der Qualität der Leistungen

1. Leistungsart (§ 2)

Die Maßnahme ist eine ambulante Leistung der Eingliederungshilfe. Sie kann in Form von

- präventiven niedrigschwelligen Leistungen und Nachbetreuung (Ziff. 4.1.1) sowie
- personenorientierte Betreuungsleistungen (Ziff. 4.1.2)

erbracht werden.

Fachlich folgt die Maßnahme dem sozialräumlichen Hilfeansatz, der für die Sozialpsychiatrie bedeutet, die Voraussetzungen für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch soziale Kontakte im Sozialraum zu fördern und zu ermöglichen.

Dies geschieht zum einen durch die sozialen Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten in der Begegnungsstätte selbst, zum anderen durch die Öffnung der Begegnungsstätte für die Nachbarschaft.

Der regionale Bezug der Begegnungsstätte ergibt sich daher aus der Einbindung in das jeweilige Quartier.

Einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung dieses Ziels bietet die regionale Begegnungsstätte mit ihren verbindlichen Angeboten:

1.1 Der „Offene Treff“

Als „Ort der Begegnung“ steht der „Offene Treff“ für präventive wie personenorientierte Angebote im Zentrum der Begegnungsstätte. Er bietet durch kontinuierliche Präsenz des Betreuungspersonals und Angebote ein hohes Maß an Verlässlichkeit. Dieses Angebot ist insbesondere für die Klienten wichtig, die sich nicht in Gruppen bewegen können und trotzdem nach Gemeinschaft suchen. Es wirkt damit unmittelbar der sozialen Isolation der Klienten entgegen.

Der „Offene Treff“ ist auch Ort des „Wiederanknüpfens“ an Hilfsangebote nach Krisen, Behandlungsabbrüchen, „gescheiterten“ Betreuungen.

1.2 Offene und themenzentrierte Gruppen

Unabhängig davon, ob es sich um offene oder themenzentrierte Gruppenangebote handelt, sind sie der Ort und der Rahmen exemplarischen Lernens sozialen Verhaltens, in dem die Erprobung sozial angemessener Konfliktlösung möglich ist. Weiter wirken Gruppenangebote der Isolation und dem Rückzug entgegen. Psychoedukative Gruppen ermöglichen darüber hinaus eine unmittelbare Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Folgen.

1.3 Sozialräumliche Aktivitäten

Im Zentrum steht der Aufbau nachbarschaftlicher Kontakte und sozialer Netzwerke, die die Interessen der Nachbarschaft im Sinne klassischer Gemeinwesenarbeit unmittelbar ansprechen. Ziel ist im inklusiven Sinne die Förderung des wechselseitigen Prozesses der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

2. Benennung des Personenkreises / Zielgruppe (§ 3)

Zielgruppen des Leistungsangebots sind

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

- bei den präventiven niedrigschwelligen Leistungen im Vorfeld von Personenorientierter Einzelfallhilfe/offene Angebote: Seelisch Behinderte / Psychisch Erkrankte, von psychischer Erkrankung bedrohte und in Lebenskrisen befindliche Menschen, ebenso Angehörige oder Personen aus dem nahen Umfeld, die ihre mit der Erkrankung zusammenhängenden Fragen und Schwierigkeiten ohne Hilfe nicht überwinden können,
- bei personenorientierten Leistungen: Seelisch behinderte / psychisch kranke Menschen gemäß §§ 53 Abs. 1 Satz 1/ 54 SGB XII i.V. mit § 3 VO nach § 60 SGB XII. Der zu betreuende Personenkreis lebt vorrangig im eigenen Haushalt bzw. dem Haushalt der Angehörigen, d.h. sie bedürfen nicht oder nicht mehr einer stationären sozialpsychiatrischen Maßnahme bzw. die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme kann durch das Leistungsangebot "ambulante Sozialpsychiatrie" abgewendet werden

Nicht betreut werden Personen

- mit akuter Suchterkrankung,
- unter 21 Jahren,
- die einem gerontopsychiatrischen Krankheitsbild zuzuordnen sind.

3. Ziele der Leistungen (§ 5)

3.1 Grundsatz:

Die grundsätzliche Zielsetzung bestimmt sich nach Maßgabe der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53, 54 SGB XII und § 55 SGB IX.

Ziel der Maßnahme ist die langfristige Sicherstellung des selbstbestimmten Lebens durch Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

3.2 Zielgruppenspezifische Zielsetzungen:

Es gilt, eine drohende seelische Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene seelische Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den seelisch behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, dem seelisch behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, und ihm die Ausübung einer angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen. Ziel ist es, den seelisch behinderten Menschen zu befähigen, gegebenenfalls die eigene Behinderung zu akzeptieren, die eigene Lebenssituation zu stabilisieren und die eigenen Fähigkeiten weiter zu entwickeln.

Hierzu zählen insbesondere:

- Wiedergewinnung einer selbständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung.
- Erhalt bzw. Schaffung menschenwürdiger Lebensverhältnisse bezüglich finanzieller Absicherung und Wohnen.
- Schärfung der Wahrnehmung der psychischen Beeinträchtigung im Sinne einer zunehmenden Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung.
- Förderung der Fähigkeit, Krisen psychischer und sozialer Art besser erkennen und überwinden zu können.
- Förderung des Verständnisses von Wirkungen und Nebenwirkungen medikamentöser, sozio- und psychotherapeutischer Behandlungen sowie Förderung des Erkennens belastender und entlastender Situationen und Prozesse mit dem Ziel der Erlernung von Steuerungstechniken.
- Vermeidung stationärer Hilfen.
- Förderung verbleibender und kompensatorischer Fähigkeiten.
- Stabilisierung des sozialen Netzwerks bzw. Unterstützung bei der Entwicklung eines solchen.
- Überwindung von Isolation und Vereinsamung, Zunahme von Mobilität.
- Unterstützung bei der Suche nach bzw. beim Erhalt einer geeigneten Arbeit.
- Förderung und Unterstützung bei beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen sowie Fort- und Weiterbildungen.
- Förderung zur Wiedergewinnung einer (Lebens-) Perspektive.

Die Hilfen sollen vorbereitend dazu beitragen, eine eigenständige Lebensführung und Alltagsbewältigung in den unterschiedlichen Lebensbereichen (siehe Ziffer 4) sicher zu stellen. Ziel der Leistung ist die Entwicklung und Stärkung von Selbsthilfepotentialen.

4. Art und Umfang der Leistungen / Leistungsdarstellung (§ 6)

4.1 Art der Leistung:

**Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)**

Fachlich inhaltlich orientiert sich die Leistungserbringung am mehrdimensionalen Krankheitsmodell der Psychiatrie, das von den Wechselwirkungen biologischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren bei der Entstehung und im Verlauf von psychischen Störungen und Behinderungen sowie von einem komplexen im Verlauf wechselnden Hilfebedarf (chronisch) seelisch behinderter Menschen ausgeht. Dementsprechend werden mit Hilfe von Komplexleistungsprogrammen jeweils in dem angemessenen Umfang die Kompetenzen und Leistungen der verschiedenen Berufsgruppen und, wenn möglich, auch verschiedener Sozialleistungsträger kooperativ einbezogen, um die für den Einzelfall notwendige Hilfe abdecken zu können.

Die bedarfsgerechten Leistungen der ambulanten Sozialpsychiatrie umfassen:

4.1.1 Präventive niedrigschwellige Leistungen und Nachbetreuung

Im Vorfeld bewilligter personensorientierter Angebote erfolgt Prävention vor Allem in der Begegnungsstätte und hier insbesondere im „Offenen Treff“. Er ist der Vereinzelung entgegen wirkender Treffpunkt sowie Ort für Einzel- und Gruppenangebote. Personensorientierte Leistungen können präventiv erbracht werden, wenn aktuell z.B. krankheitsbedingte Gründe der Inanspruchnahme von bewilligten Leistungen entgegenstehen.

Bei der Nachbetreuung handelt es sich um ein niedrigschwelliges Angebot, bei dem es vor Allem darum geht, sich im Bedarfsfall zeitnah auf ein vertrautes und verlässliches Setting verlassen zu können.

4.1.2 Personensorientierte Betreuungsleistungen

Maßgeblich für die neue ambulante Sozialpsychiatrie ist der personensorientierte Ansatz, d.h. das Betreuungsangebot und die Dauer der Hilfe richtet sich nach dem individuellen Bedarf und den Besonderheiten des Einzelfalls. Nicht institutionelle Rahmenbedingungen, sondern der einzelne Mensch mit seinen Fähigkeiten und seiner Geschichte sind im personensorientierten Hilfeansatz maßgeblich. Daher werden die erforderlichen Hilfen auf den jeweiligen Hilfebedarf individuell abgestimmt organisiert und erbracht.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe bewilligte personensorientierte und bedarfsgerechte Betreuungsleistungen können aus Elementen der Grundleistung und Intensivbetreuung bestehen.

Grundleistungen erfolgen in Form von Einzel- und Gruppenangeboten. Sie umfassen Angebote der Begegnungsstätte wie z.B. unterstützende Begleitung, der Offene Treff, offene und themenzentrierte Gruppen sowie Einzelfallhilfe. Die Angebote können auch außerhalb der Begegnungsstätte an einem geeigneten Ort und / oder im eigenen Wohnraum erbracht werden.

Wenn der Bedarf durch die Grundleistung z.B. wegen der Schwere der Behinderung nicht ausreichend gedeckt werden kann, wird die Grundleistung um die Intensivbetreuung ergänzt. Sie erfolgt regelhaft in Form von Einzelangeboten in der Regel an dem Ort der die Intimität gewährleistet, der der Thematik und den Möglichkeiten des Betroffenen angemessen ist.

4.2 Voraussetzungen für die Inanspruchnahme:

Die drei Leistungsausprägungen Prävention, Betreuungsleistung und Nachbetreuung unterscheiden sich hinsichtlich der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dahingehend, dass

- für die personensorientierten Betreuungsleistungen eine Bewilligung im Rahmen der Eingliederungshilfe Voraussetzung ist.
- Im Unterschied dazu kann die präventive Hilfe sowie die Nachbetreuung niedrigschwellig von allen Interessierten anonym und kostenlos in Anspruch genommen werden.

4.3 Inhalte der Leistungsformen:

4.3.1 Präventive niedrigschwellige Leistungen und Nachbetreuung

Präventive niedrigschwellige Hilfen erfolgen als offenes Angebot im Vorfeld bewilligter personensorientierter Leistungen. Typische Angebote sind kurzfristige Information / Klärung, Beratung über Unterstützungsmöglichkeiten sowie Beratung von Angehörigen von Menschen aus der Zielgruppe. Die Hilfen umfassen insbesondere:

- Information / Clearing mit einzelnen Ratsuchenden sowie mit Angehörigen von Menschen aus den Zielgruppen, mit Paaren / Familien sowie gegenüber Institutionen
- Beratung und Begleitung bzgl. der vorgenannten Gruppen
- Gruppenangebote (fortlaufend / Projekt) mit unterschiedlichen Methoden und inhaltlichen Schwerpunkten
- Offene Angebote und Aufenthaltsmöglichkeiten

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013

(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

- Feste, Ausflüge und Freizeitaktivitäten
- Krisenintervention.

Eine Krisenintervention ist dann ein niedrighschwelliges Angebot, wenn eine zwingend erforderliche zeitnahe Reaktion nicht anders möglich ist.

Typische Angebote der Nachbetreuung sind vor allem die Begegnungsmöglichkeiten und Aktivitäten des „Offene Treffs“ und die Gruppenangebote. Dies schließt personenorientierte Einzelgespräche nicht aus, sie sind aber auf wenige zu beschränken. Sofern intensivere Kontakte erforderlich sind, ist regelhaft die Inanspruchnahme personenorientierter Leistungen anzustreben.

4.3.2 Personenorientierte Betreuungsleistungen

Angebote der **Grundleistung** sind vor Allem

- lebenspraktische Unterstützung rund um die Themen Wohnen, Selbstsorge und soziale Kontakte und
- Gruppenangebote.

Es handelt sich um lebenspraktische, begleitende, regelnde, unterstützende Hilfen um

- mit den Anforderungen des selbständigen und eigenverantwortlichen Wohnens und der Selbstsorge,
- mit den Anforderungen der selbständigen Tagesgestaltung und Tagesstrukturierung sowie der Gestaltung der Freizeit und
- den Anforderungen an Bildung und Teilhabe am Arbeitsleben

zurechtkommen zu können und damit den Wohnraum und den Status als Mieter/- in zu sichern.

Dazu zählen beispielhaft:

- die sich aus dem Mietverhältnis ergebenden Rechte, Pflichten und formalen Notwendigkeiten wie z.B. Unterstützung bei der Erledigung der Post, der Einteilung des Geldes, bei Behördenangelegenheiten, und
- die sich aus der Selbstversorgungsnotwendigkeit ergebenden Anforderungen.

Bei der **Intensivbetreuung** geht es inhaltlich um die Klärung bzw. Bearbeitung krankheitsbedingter Konflikte oder Ängste, die nicht im Rahmen der Grundleistung erfolgen kann. Konkret beispielsweise um

- die Akzeptanz der psychischen Erkrankung, und/oder damit zusammenhängende Verhaltensänderungen,
- die Förderung der Einsicht für notwendige die Erkrankung berücksichtigende Verhaltensänderungen,
- die mit der Erkrankung verbundenen Einschränkungen und deren soziale Folgen (Partner – und Beziehungsprobleme, soziale Ängste).

Dazu dienen methodisch geführte Einzelgespräche.

4.4 Die Leistungsbereiche

Die inhaltlichen Ziele der Leistungsformen unter Ziffer 4.3 orientieren sich an den folgenden vier nachstehenden Leistungsbereichen:

1. Hilfen zur Erarbeitung eines vertiefenden Verständnisses der eigenen Lebenssituation
2. Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstbestimmung
3. Hilfen bei der Tages- und Kontaktgestaltung
4. Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung

4.4.1 Hilfen zur Erarbeitung eines vertieften Verständnisses der eigenen Lebenssituation, um

- krankheits- bzw. behinderungsbedingte Einschränkungen und deren Folgen besser verstehen und einschätzen zu können,
- eigene Bewältigungsstrategien zu erarbeiten und umzusetzen,
- eigene Handlungsmöglichkeiten zu erweitern,
- eigene und fremde Unterstützungsmöglichkeiten (besser) nutzen zu können,
- sich wertschätzen zu können.

4.4.2 Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstbestimmung

- Anleitung zur Körperpflege und Kleidung

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

- Hilfe bei der Alltagsbewältigung
- Anleitung bei der selbständigen Hauswirtschaft
- Anleitung zur Selbstversorgung und Ernährung
- Anleitung im Umgang mit Geld
- Unterstützung beim Erhalt bzw. zur Herstellung oder Wiederherstellung einer dem individuellen Bedarf entsprechenden Wohnform.

4.4.3 Hilfen bei der Tages- und Kontaktgestaltung

- Entwicklung / Aufrechterhaltung der Eigeninitiative
- Aufrechterhaltung des Kontaktes und der Möglichkeit der Inanspruchnahme des näheren und weiteren Umfeldes
- Umgang mit Freundschaft, Partnerschaft und Sexualität
- Übernahme von Verantwortung für sich und andere
- Teilnahme an allgemeinen gesellschaftlichen Aktivitäten
- Teilnahme an politischen, religiösen Veranstaltungen
- Übernahme von gesellschafts- und gemeinschaftsrelevanten, alltäglichen Rechten und Pflichten
- Umgang mit Konflikten der unterschiedlichen Lebensbereiche
- Zeitempfinden, Selbstgestaltung der eigenen Zeit.

4.4.4 Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung

Unterstützung bei

- der Vorbereitung der Aufnahme einer Beschäftigung / Arbeit / Ausbildung,
- der Inanspruchnahme von Maßnahmen des Arbeitstrainings / Belastungserprobung,
- der Eingliederung in den sozialen Zusammenhang von Schule und / oder Arbeit,
- den Wegen im Übergang in den ersten Arbeitsmarkt,
- der Annahme von Angeboten zur Feinmotorik, Wahrnehmung, Gedächtnisschulung und Konzentration,
- der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten der Erwachsenenbildung.
- Hilfestellung bei psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz.

Darüber hinaus sind die nachfolgenden Leistungen integraler Bestandteil der vorstehenden Personenorientierten Hilfen:

- Diagnostik und Sozialanamnese
- Dokumentation / Berichte
- Erstellung individueller Hilfeplanungen und deren Fortschreibung sowie die notwendige Koordination

4.5 Nicht – klientenbezogene Leistungen

In allen unter 4.4 genannten Leistungsbereichen sind nicht – klientenbezogene Leistungen enthalten. Nicht – klientenbezogene Leistungsbestandteile sind insbesondere:

- Kooperation – auch im Sinne einer regionalen Vernetzung – mit Institutionen der Versorgung der Zielgruppen
- Teilnahme an Fachgremien (regional / überregional)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Sozialraumarbeit
- Angehörigenarbeit
- Aufgaben zur Aufrechterhaltung des Betriebs der Einrichtung, wie z.B.:
 - Maßnahmen der Qualitätssicherung
 - Fortbildung
 - Verwaltung
 - Organisation

Ärztlich verordnete sowie von den Pflegekassen geschuldete Leistungen sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

5. Personelle Ausstattung und Qualifikation (§ 7)

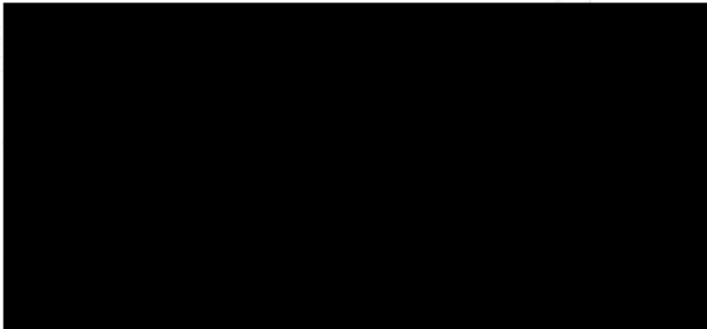
Die Leistungserbringung erfolgt in Form einer Komplexleistung im Sinne eines koordinierten abgestimmten und geplanten bedarfsgerechten Zusammenwirkens verschiedener Berufsgruppen (insbesondere mit sozialpädagogischer, psychologischer und krankenpflegerischer Qualifikation) hinsichtlich des vom SGB XII vorgegebenen grundsätzlichen Maßnahmeziels und den jeweils personenbezogenen differenzierten Zielen. Zusätzlich werden Leistungen durch Hauswirtschafts- und Verwaltungspersonal erbracht. Dem Träger steht es frei, auch entsprechend fortgebildetes erfahrenes Personal z.B. aus dem Kontext Erfahrene/Betroffene zu beschäftigen.

Das die Leistung erbringende Personal ist regelhaft im Rahmen eines sozialversicherungspflichtigen Anstellungsverhältnisses für den Einrichtungsträger tätig. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse sind nur in Ausnahmefällen vorgesehen. Honorarkräfte können im Rahmen der rechtlichen Bestimmungen beschäftigt werden.

Die Regelungen nach § 7 sowie der Anlage 3, Ziffer 1.1 sind zu beachten.

6. Räumliche und sächliche Ausstattung (§ 8)

Der Träger hält mit den Begegnungsstätten:



Bei Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit [redacted] erfüllt auch der Standort

[redacted]
die räumlichen Anforderungen.

Räume und Ausstattungen in der Weise vor, dass die Leistungserbringung im vereinbarten Umfang, in der vereinbarten Qualität und entsprechend der notwendigen Kapazität jederzeit gewährleistet ist. Sofern keine eigene Begegnungsstätte betrieben wird kann deren verbindliche Vorhaltung auch auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zwischen Trägern realisiert werden. Unbeschadet ob die Begegnungsstätte gemeinsam betrieben oder die Begegnungsstätte eines Kooperationspartners genutzt wird, gilt für diese das folgende Anforderungsprofil:

6.1 Fachliche Anforderungen

6.1.1 Der „Offene Treff“

Als „Ort der Begegnung“ steht der „Offene Treff“ für präventive wie personenorientierte Angebote im Zentrum der Begegnungsstätte. Er bietet durch kontinuierliche Präsenz des Betreuungspersonals und Angebote ein hohes Maß an Verlässlichkeit. Dieses Angebot ist insbesondere für die Klienten wichtig, die sich nicht in Gruppen bewegen können und trotzdem Gemeinschaft suchen. Er wirkt damit unmittelbar der sozialen Isolation der Klienten entgegen.

Typischerweise bietet der „Offene Treff“:

- tagesstrukturierende Angebote,
- Möglichkeiten der Ansprache,
- Begegnung, Gemeinschaft und Sicherheit,
- Aktivierung,
- Erlebnis von Gemeinschaft z.B. durch ein gemeinsames Essen oder Fest,
- Förderung der Eigeninitiative in Bezug auf Unternehmungen mit anderen Treffpunktbesuchern,

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

- Teilhabe am Alltag, Wahrnehmung und Beachtung des und durch den Anderen,
- Optionen, jederzeit Hilfe zu bekommen, falls dies erforderlich ist,
- Orientierung in den Stadtteil.

Der „Offene Treff“ ist auch Ort des „Wiederanknüpfens“ an Hilfsangebote nach Krisen, Behandlungsabbrüchen, „gescheiterten“ Betreuungen.

6.1.2 Offene und themenzentrierte Gruppen

Unabhängig davon, ob es sich um offene oder themenzentrierte Gruppenangebote handelt, sind sie der Ort und der Rahmen exemplarischen Lernens sozialen Verhaltens, in dem die Erprobung sozial angemessener Konfliktlösung möglich ist. Weiter wirken Gruppenangebote der Isolation und dem Rückzug entgegen.

Regelhaft werden folgende Gruppenangebote vorgehalten:

- soziales Kompetenztraining,
- psychoedukative Gruppen,
- lebenspraktische Angebote (Beispiel: Einkaufen, Selbstversorgung, Kochgruppe),
- bewegungsorientierte Angebote (Schwimmen, Walken u.a.),
- Angebote zur Wochenstruktur,
- verschiedene Freizeitangebote.

Unbeschadet dieser typischen Angebotsstruktur berücksichtigen die Gruppenangebote aktuelle Veränderungen der Hilfebedarfe. Dies erfordert ein hohes Maß an Flexibilität seitens des Leistungsanbieters, das Gruppenangebot immer wieder der „Nachfrage“ anzupassen.

6.2 Strukturelle Anforderungen

Für die Begegnungsstätte sind folgende Standards verbindlich.

6.2.1 Präsenz im Sozialraum

Die inklusive Öffnung der Begegnungsstätte in den Sozialraum / die Region ist nur dann möglich, wenn die Begegnungsstätte für den Bürger / die Bürgerin als solche in der Region präsent und erreichbar ist. Dazu gehört regelhaft auch der barrierefreie Zugang.

6.2.2 Räumliche Ausstattung

Die vorzuhaltenden Räumlichkeiten orientieren sich an folgenden Größen:

- „Offener Treff“: Großer Treffpunkttraum / Cafe-Raum > 50 m²
- Gruppenraum: Für offene oder themenzentrierte Gruppen mit Küche > 25 m²
- Büroräume für Mitarbeiter -/ innen
- Beratungszimmer für Einzelgespräche
- Getrennte WC für Mitarbeiter -/ innen und Klienten

Bei den von der Einrichtung genutzten Räumen wird von einer Mindestgröße von 130 m² auszugehen sein.

Sofern bereits vorhandene Räumlichkeiten diese Anforderungen nur zum Teil erfüllen, ist die Erreichung des Mindeststandards durch die zusätzliche Anmietung weiterer Räumlichkeiten unter den Voraussetzungen möglich, dass

- die verschiedenen Räumlichkeiten sollten in der Regel innerhalb von 5 Minuten fußläufig zu erreichen sein und
- der Betrieb eines „Offenen Treffs“ ohne Einschränkungen möglich ist.

Die vorhandenen Begegnungsstätten der PSK'n sowie der BeWo-Angebote erfüllen bereits die strukturellen Anforderungen.

6.2.3 Öffnungszeiten

Die Begegnungsstätte ist an mindestens 35 Std. in der Woche geöffnet. In diesem Zeitraum ist auch die Erreichbarkeit einer persönlichen Ansprache sichergestellt.

Die Öffnung der Begegnungsstätte am Wochenende sowie an Feiertagen ergibt sich aus den Absprachen bzw. der Organisation der Gruppenangebote.

Zumindest an einem Werktag muss für Berufstätige eine Erreichbarkeit bis 19 Uhr sichergestellt sein.

Eine Erreichbarkeit z.B. im Krisenfall wird sichergestellt.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

7. Qualität der Leistungen (§ 9)

Konkretisierung der Anforderungen an die Qualität der Leistungen gem. § 3 LRV
(Leistungsmerkmale):

Darstellung der konzeptionellen Schwerpunkte (bezogen auf die Qualität der Leistungen) des Anbieters.

Diese können sich auf Strukturen und/oder Prozesse und/oder Ergebnisse beziehen. Ebenso auf besondere Zielgruppen, die einer speziellen Betreuung bedürfen.

Die vereinbarte Leistung wird nach dem Stand der Wissenschaft unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit erbracht. Fortbildung und Supervision sind unverzichtbare Bestandteile der Leistungserbringung.

Der Qualitätssicherung dienen im Einzelnen die folgend dargestellten Instrumente bzw. Maßnahmen:

- Die individuelle Bedarfserhebung und die Hilfeplanung erfolgt mittels geeigneter Instrumente, z.B. auch - perspektivisch - Anwendung des standardisierten integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanungsinstruments (Aktion Psychisch Kranke e.V.).
- Die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung wird prozesshaft überprüft, fortgeschrieben und ggfls. angepasst.
- In diese Überprüfung wird die zu betreuende Person einbezogen (Abstimmungsverfahren).
- Regelmäßiges Dokumentations- und Berichtswesen.
- Dienst – und Teambesprechungen.
- Planungs- und Konzeptgespräche (regelmäßige Klausuren).
- Supervision und ärztliches Konsil.
- Qualitätsmanagement.
- Interne und externe Fort- und Weiterbildung.
- Auch einrichtungsübergreifende Planungs- und Konzeptgespräche im Rahmen des Trägers und in regionalen und überregionalen Arbeitsgruppen und Gremien.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

Anlage 2.1 zur Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII vom 01.01.2014 zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration und [REDACTED] (hier: Ergänzungsvereinbarung [REDACTED])

1. Die Vereinbarung über die Leistungen der ambulanten Sozialpsychiatrie findet nach Maßgabe nachfolgender Regelungen für Leistungsberechtigte in Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe Hamburg Anwendung.
2. Der Träger verpflichtet sich, auf Basis dieser Ergänzungsvereinbarung mit den Möglichkeiten seiner Angebotspalette im Einzelfall personenorientierte und lebensfeldorientierte sozialpsychiatrische Leistungen der Eingliederungshilfe bedarfsgerecht zu erbringen.
3. Hierfür stellt die BASFI ein Budget zur Verfügung. Bei der Bildung und Festsetzung des Budgets in der ambulanten Sozialpsychiatrie finden die Beschlüsse der Vertragskommission entsprechend Anwendung.

Die Ermittlung des Trägerbudgets, der Folgebudgets sowie die in der Anlage 2 (Vergütungsvereinbarung) ausgewiesene Vergütung der Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII erfolgt in einem einheitlichen Kalkulationsverfahren (Anlage 2.2).

Für das erste Jahr ab Inkrafttreten dieser Vereinbarung wird ein Gesamtbudget in Höhe von

[REDACTED]

vereinbart. Das Gesamtvolumen wird in 12 gleichen Monatsraten gezahlt.

Die monatliche Rate beträgt:

Im Gesamtbudget enthalten sind nachfolgende Leistungen:

- Betreuungsleistungen (Gutschein)
 - präventive niedrigschwellige Leistungen und Nachbetreuung
 - Für den niedrigschwelligen Leistungsanteil gelten die Parameter im Kalkulationsverfahren.
4. Das Gesamtvolumen wird für die Folgejahre nach folgendem Verfahren fortgeschrieben:
 - 4.1 Da der Umfang der niedrigschwelligen Leistungen, die aus dem Erstabudget erbracht werden sollen, auf einer Setzung beruht, hat eine Über- bzw. Unterschreitung der Kennzahlen gemäß Ziffer 6.2.1 nach Ablauf der Laufzeit des Erstabudgets keinen Einfluss auf das Folgebudget. Der Umfang der niedrigschwelligen Leistungen für das Folgejahr wird anhand der dann vorliegenden Realzahlen gemäß Ziffer 6.2.1 gebildet.
 - 4.2 Abweichungen zwischen den nach Ziffer 3 vereinbarten Leistungsstunden (Gutschein) und den tatsächlich bewilligten Leistungsstunden (Gutschein) werden auf das Folgejahr übertragen.
 - 4.3 Aus den Ergebnissen des begleitenden Controllings gem. Ziffer 5 werden die Leistungsdaten gem. Ziffer 3 für das Folgejahr neu prognostiziert und vereinbart.
 - 4.4 Für den Ausgleich der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung finden die Beschlüsse der Vertragskommission zur pauschalen Anpassung gem. Ziffer 4 der Anlage 1 zum Landesrahmenvertrag SGB XII entsprechend Anwendung, sofern dies gewünscht wird. Das Recht auf Einzelverhandlungen bleibt davon unberührt.
 - 4.5 Für investive Maßnahmen gilt der Zustimmungsvorbehalt gem. § 76 Abs. 2 SGB XII.
 5. Begleitendes Controlling und Verfahrensregelungen zum Trägerbudget:
 - 5.1 Über die Inanspruchnahme des Budgets (Leistungsstunden) legt der Träger in einem unterjährigen Controlling vierteljährlich Rechenschaft ab.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013

(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

- 5.2 Zur Unterstützung der Leistungserbringungsprozesse werden den Trägern im Rahmen des Controllings die vom Fallmanagement individuell angesetzten Verrechnungstunden unter Beachtung des Sozialdatenschutzes zur Verfügung gestellt.
- 5.3 Für eine fristgemäße Zahlung der ersten Monatsrate des Folgebudgets ist die Vereinbarung gem. Ziffer 4.2 spätestens 6 Wochen vor Ende des vierten Quartals des laufenden Jahres abzuschließen. Danach abgeschlossene Vereinbarungen treten unter Einbeziehung der 6-Wochen-Frist zum darauf folgenden Monatsersten in Kraft. Die Regelungen des § 77 (2) SGB XII finden Anwendung.
6. Fachliche Berichterstattung zum Leistungsgeschehen (Kennzahlenerhebung):
- 6.1 Die Vertragspartner führen zu den Ergebnissen der Kennzahlenerhebung einmal im Jahr ein Fachgespräch durch. Die Berichterstattung hierzu erfolgt zum Ende des ersten Quartals des Folgejahres
In das Fachgespräch werden die fachlichen Erkenntnisse über die Inanspruchnahme und Nutzung der Leistungsangebote, Prognosen zur Entwicklung der Nachfrage sowie daraus folgender Maßnahmen einbezogen.
- 6.2 Kennzahlen (Anzahl; Mehrfachnennung möglich):
- 6.2.1 Prävention und Nachsorge:
- 6.2.1.1 Information, Klärung und Beratung
- 6.2.1.2 Begleitende Gespräche
- 6.2.1.3 Gruppen- und Mehrpersonenangebote
- 6.2.1.4 Offener Treff
- 6.2.1.5 Wechsel vom und in das Gutscheinsystem
- 6.2.2 Gutscheinsystem:
- 6.2.2.1 Einzelangebote
- 6.2.2.1.1 Begleitende Einzelangebote
- 6.2.2.1.2 Einzelangebote in der Begegnungsstätte
- 6.2.2.1.3 Einzelangebote in der Wohnung
- 6.2.2.2 Strukturierte Gruppenangebote
7. Im Streitfall über die Höhe der Vergütung kann ein Schiedsverfahren zur Anlage 2 (Vergütungsvereinbarung) nach § 77 SGB XII erfolgen. Das Ergebnis wird auch bei der Budgetbildung zugrunde gelegt.

Hamburg, den 14.02.2014

Name in Druckbuchstaben: _____
Behörde für Arbeit, Soziales, Familie
und Integration
Amt für Soziales
Abteilung Rehabilitation und Teilhabe

Name in Druckbuchstaben: _____

MUSTERRECHNUNG

Anlage 2.2 Mustervereinbarung SP.xlsx

I. Budget zum XX.XX.XXXX

a. PPM-Leistungen (bewilligte Stunden abzgl.)

Brutto-Stunden

4 % Delta

Anzahl Klienten Einzelbetreuung :	100	Durchschnitt	
Anzahl Klienten Gruppenbetreuung :	25	Durchschnitt	
Stunden Einzelbetreuung p.M. :	15,31	1.470	Durchschnitt 1.531
Stunden Gruppenbetreuung p.M. :	10,11	243	Durchschnitt 253

Entgelt Einzelbetreuung per Std. : 37,01 € Entgelt ab 01.01.2013

Entgelt Gruppenbetreuung per Std. : 9,25 €

= Erlöse zum Umstellungszeitpunkt p.a.: 679.829 €

= Stunden zum Umstellungszeitpunkt p.a.: 18.369

b. BeWo-Leistungen

	HBG	HBG	HBG	HBG	HBG	HBG
1		2	3	4	5	

Anzahl Klienten :	21	0	8	9	4	0
Zeitwerte min. per Klient per Woche :	240,00	330,00	462,00	629,00	875,00	
= umgerechnet in Std. per Woche (für Vergleich mit PPM) :	4,00	5,50	7,70	10,48	14,58	
Entgelt per Tag (MP) :	24,20 €	31,25 €	41,50 €	54,56 €	73,76 €	
Entgelt per Tag (GP) :	6,72 €	6,72 €	6,72 €	6,72 €	6,72 €	
Entgelt per Tag (IB) :	3,49 €	3,49 €	3,49 €	3,49 €	3,49 €	
Summe Entgelt per Tag :	34,41 €	41,46 €	51,71 €	64,77 €	83,97 €	

= Erlöse zum Umstellungszeitpunkt p.a.: 385.759 €

= Stunden zum Umstellungszeitpunkt p.a.: 8.072

= Gesamtzahl Klienten zum Umstellungszeitpunkt : 121

= Gesamterlöse BeWo + PPM zum Umstellungszeitpunkt : 1.065.588 €

= Gesamtstunden zum Umstellungszeitpunkt : 26.441

Durchschnittswert*:
4,19 h/Woche

MUSTERRECHNUNG

Anlage 2.2 Mustervereinbarung SP.xlsx

c. PSK-Leistungen

= Summe der Zuwendungen 2012 lt. Bescheid

0 €

= Gesamtzahl der Klienten 2012 *

0 *nachrichtlich

II. Budget ab Umstellung (Erstbudget):

a. Gutscheineleistungen

Gesamtstunden zum Umstellungszeitpunkt:

26.441
1.851

7% (Ergebnis Verhandlungen, x %ige Leistungsmengenerhöhung.
Hinweis : diese Überschreitung wird **einmalig** gefixt)

= Gesamtstunden 1. Jahr

28.292

b. Gesamtvolumen Budget

Gesamterlöse zum Umstellungszeitpunkt

1.065.588 €

Parameter Präventionsanteil		
Anteil Budget	Faktor €	Personen
4%	697 €	61

1.065.588 € nachrichtlich Präventionsanteil

+/- Erlöse aus VK-Beschluss Anpassung

0 €

0,00% (soweit nicht bereits im Budget zum Umstellungszeitpunkt enthalten)

+/- Erlöse aus strukturellen Änderungen

0 €

(Ergebnis Verhandlungen, hier zum Aufbau von Strukturen)

= Gesamtbudget 1. Jahr:

1.065.588 €

37,66 € Verrechnungssatz Gesamtbudget (Wert für Anlage 2)

(Gesamtvolumen Budget / Stunden-Soll)

= Monatliche Abschlagzahlung:

88.799 €

686,18 € Monatswert =Stundensatz*Durchschnitt hWoche/7*30,44)

MUSTERRECHNUNG

Anlage 2.2 Mustervereinbarung SP.xlsx

III. Budget ab Folgejahr (Folgebudget):

a. Gutscheineleistungen

Gesamtstunden Soll Vorjahr: 28.292
 +/- Abweichung Stunden Vorjahr -1.000
 +/- Prognose Stunden Folgejahr 1.500
 Ergebnis begleitendes Controlling
 Beispielergebnis: Zuwachs gegenüber Ist Vorjahr + 1.500 Stunden

= Gesamtstunden Folgejahr 28.792
 Sollstunden nach Verrechnung Vorjahresstunden + Prognose

Im niedrigschwiligen Bereich erreichte Personen 97

b. Gesamtvolumen Budget

Gesamtbudget Folgejahr: 1.084.420 €
 (+/- VK-Anpassung o. Einzelvhdlg. 0,88%)
 (Gesamtbudget 1. Jahr / Stunden Soll 1. Jahr * Stunden Soll Folgejahr)

= Gesamterlös Budget mit Anpassung:

1.093.963 € nachrichtlich Präventionsanteil	Parameter Präventionsanteil	
	Personen	Anteil
97	Faktor €	697 €
0 €	(Ergebnis Verhandlungen, hier zum Aufbau von Strukturen)	

+/- Strukturveränderung

= Gesamterlös einschl. Strukturveränderung:

1.093.963 €
38,00 € Verrechnungssatz Gesamtbudget Folgejahr = Wert Anlage 2

692,38 € Monatswert = Stundensatz * Durchschnitt hWoche / (7 * 30,44)

= Monatliche Abschlagzahlung: 91.164 €

* Die Anwendung eines durchschnittlichen Zeitwertes erfolgt ausschließlich zu kalkulatorischen Zwecken und ersetzt nicht die Verpflichtungen aus Anlage 2.1, Ziffer 2 zur Erbringung bedarfsgerechter Leistungen im Einzelfall.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
(Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

Anlage 3 zur Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII vom 01.01.2014 zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration und [REDACTED]
(hier: Prüfungsvereinbarung, [REDACTED])

1. Anforderungen an den Qualitätssicherungsbericht

I. Grundsätzliche Anforderungen an die Berichterstattung

Der Anbieter stellt die Ergebnisse seiner Qualitätssicherung sowie die daraus abgeleiteten Schritte dem zuständigen Träger der Sozialhilfe jährlich bis spätestens 31.03. des Folgejahres anhand des Qualitätssicherungsberichts gemäß Ziffer 2 (Qualitätssicherungsbericht) dar.

a) Strukturqualität:

Bezüglich der Strukturqualität sind die gesetzlichen Bestimmungen (z.B. nach dem Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz und den dazugehörigen Verordnungen) einzuhalten.

b) Prozessqualität:

Der Anbieter berichtet zu den unter § 10 Ziff. 2.2.2 genannten Qualitätsprinzipien insbesondere zu den Verfahrensrichtlinien und Ergebnissen bezüglich der folgenden Prozesse:

- Eingangsmanagement
- Hilfeplanung
- Klientenbezogene Veränderungsprozesse (Information, Beteiligung)
- Berichterstattung zur Qualität nach § 10 Ziff. 2.1.5

c) Ergebnisqualität:

- Ergebnisse der Befragungen und des Beschwerdemanagements gemäß § 10 Ziffer 2.1.3
- Ergebnisse der Zielerreichung der Leistungserbringung auf Unternehmensebene (z.B. Soll-Ist-Vergleich, Stärken-Schwächen-Analyse)

II. Weitere Anforderungen an die Berichterstattung

Für Anbieter aus dem Bereich der Eingliederungshilfe für Suchtkranke ist die Teilnahme an der Basisdatenkommunikation (BADO) und der mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz vereinbarte Qualitätssicherungsbericht verpflichtend.

WfbM: Die Anforderungen an die Berichterstattung der Werkstätten für behinderte Menschen sind den mit den Werkstätten geschlossenen Rahmenvereinbarungen sowie dem Werkstättenrecht (WVO) zu entnehmen.

Anbieter von Leitungen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 ff SGB XII): Erhebung und Dokumentation statistischer Daten auf der Basis des im Jahr 2011 abgestimmten Manuals.

Jährliche standardisierte Kundenbefragung zur Zufriedenheit der Leistungsberechtigten sowie Dokumentation der daraus resultierenden aggregierten Daten.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
 (Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

2. Qualitätssicherungsbericht (QSB)

Träger:	
Anbietername:	
Leistungsart:	
Einrichtungsnummer (s. Anlage 2):	Aktenzeichen (s. Anlage 2):
Berichtszeitraum:	01.01.____ – 31.12.____
Anzahl der im Berichtszeitraum betreuten Leistungsberechtigten (bei Sammelberichten je Leistungsart)	

A) Qualitäts-MATRIX

Angewandtes QS-System nach § 10 Ziff. 2.1.3: _____

Folgende Prozesse sollten bei der Betrachtung der folgenden Kriterien beachtet werden:

- Eingangsmanagement
- Hilfeplanung
- Klientenbezogene Veränderungsprozesse (Information, Beteiligung)
- Berichterstattung zur Qualität nach § 10 Ziff. 2.1.5

Kriterium nach QS-System ⁴	Maßnahmen im Berichtszeitraum	Maßstab / Kriterien der Bewertung (ergeben sich aus dem jeweiligen QS-System)	Ergebnisse der Maßnahmen	Aus den Ergebnissen abgeleitete Maßnahmen
<u>Kundenorientierung</u>				
<u>Verantwortlichkeit der Führung</u>				
<u>Einbeziehung der beteiligten Personen</u>				

⁴ Hier ist NICHT vorgesehen, dass jedes Jahr zu jedem Kriterium zu jedem Prozess etwas dargelegt werden muss. Es soll nur zu den Bereichen, in denen im Berichtszeitraum tatsächlich Maßnahmen durchgeführt wurden, berichtet werden.

Allgemeine Mustervereinbarung ASP Stand 10.12.2013
 (Zusammenführung Beschluss ASP vom 15.10.13 und Beschluss QS vom 10.12.13)

Kriterium nach QS-System ⁴	Maßnahmen im Berichtszeitraum	Maßstab / Kriterien der Bewertung (ergeben sich aus dem jeweiligen QS-System)	Ergebnisse der Maßnahmen	Aus den Ergebnissen abgeleitete Maßnahmen

B) Ausgewählte Indikatoren zur Ergebnisqualität

Ergebnisse der Befragungen und des Beschwerdemanagements gemäß § 10 Ziffer 2.1.3:
 • <<...>>

Ergebnisse der Zielerreichung der Leistungserbringung auf Unternehmensebene:

- Anteil der Klienten mit individueller Zielvereinbarung
- Anteil der Klienten, bei denen unterjährig vereinbarte Ziele geändert wurden
- Bereiche, in denen der Träger besondere Stärken hat:
- Bereiche, in denen der Träger Verbesserungspotential sieht:
- <<ggf. Erläuterungen>>

C) Ressourceneinsatz (Umfang und Qualifikation Betreuungspersonal

- Anzahl Stellen Betreuungspersonal (in Vollzeitkräften)
- Qualifikationsmix (Kriterien zur Differenzierung entsprechend der Regelungen unter Anlage 1 Ziffer 5.) (in Vollzeitkräften)
- Anteil Aushilfen/geringfügig Beschäftigte⁵

⁵ Soweit in Anlage 1 Ziffer 5 vereinbart

FREIE UND HANSESTADT HAMBURG

BEZIRKSAMT WANDSBEK

Soziales Dienstleistungszentrum Wandsbek

Bezirksamt Wandsbek, 22021 Hamburg, Postfach 70 21 41

Grundsicherungs- und Sozialamt
W/SDZ 113

Sitz: Wandsbeker Allee 73

Telefon: (040) 428 28 - 0

Telefax: +4940427905640

ANSPRECHPARTNERIN:



Eingang, Parkplatz

Datum und Zeichen Ihres Schreibens

Aktenzeichen (bei Antwort bitte angeben)

Datum

11.09.2014

Betr.: L e i s t u n g s b e s c h e i d

Sehr geehrte [REDACTED],

nach den Bestimmungen d. Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) bzw. des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) wird für die auf den folgenden Seiten genannte(n) Person(en) gemäß § 54 SGB XII

bedarfsdeckende ambulante sozialpsychiatrische Leistungen zur Erreichung der im Gesamtplan vom 15.12.2011 genannten Ziele vom 01.10.2014 bis 30.06.2015

bewilligt.

Sofern Sie zu dem Kreis der leistungsberechtigten Personen nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gehören, stellt §6 AsylbLG die Anspruchsgrundlage dar, während sich die Grundlagen der Einkommensberechnung aus § 7 AsylbLG ergeben.

Die Berechnung und weitere Erläuterungen entnehmen Sie bitte den folgenden Seiten. Der Bescheid schließt alle Folgeseiten bis zum Hinweis >Ende des Bescheides< ein.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift Widerspruch bei der im Briefkopf bezeichneten Dienststelle erheben.

Mit freundlichen Grüßen

- 2 -

Bescheid vom 11.09.2014

- 2 -

Der Bescheid wurde von einer automatischen Datenverarbeitungsanlage gedruckt. Er ist auch ohne eigenhändige Unterschrift gültig.

- 3 -

Bescheid vom 11.09.2014

- 3 -

Bewilligungszeitraum

=====

Die Bewilligung endet zum angegebenen Zeitraum. Eine weitere Bewilligung setzt eine erneute Antragstellung voraus. Die Bewilligung erfolgt unter der Voraussetzung, dass Sie weiterhin im festgestellten Umfang hilfebedürftig sind und dass die Freie und Hansestadt Hamburg örtlich zuständig ist. Dies kann im Einzelfall bedeuten, dass die Leistung ggf. vor Ablauf der Bewilligungsfrist endet.

Bitte legen Sie diesen Bescheid auch dem Anbieter der Leistung vor.

Begründung**Gründe für Entscheidung:**

Sie gehören zum Personenkreis nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII.

Mitwirkungspflichten

Alle Veränderungen in Ihren persönlichen Lebensumständen, insbesondere

- eine Veränderung Ihres Wohnortes
- eine Veränderung Ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse
- eine Veränderung Ihres Familienstandes
- eine Veränderung Ihres ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus
- ein stationärer Aufenthalt in z.B. einem Krankenhaus

sind bei der bescheiderteilenden Dienststelle unverzüglich mitzuteilen.

Zu Ihren Mitwirkungspflichten gehört es auch - z.B. durch eine Vereinbarung mit dem Anbieter - sicherzustellen, dass der bescheiderteilenden Dienststelle die vollständigen Unterlagen in der geforderten Form vorgelegt werden.

Hierzu gehören insbesondere detaillierte Berichte hinsichtlich der mit der Hilfe erreichten (Teil-) Ziele.

Die Berichte sollen zusammen mit Ihrem Antrag auf Weiterbewilligung spätestens 6 Wochen vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes dem zuständigen Fachamt Grundsicherung und Soziales vorliegen.

Wird diesen Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen, so kann die Hilfe teilweise oder ganz gem. § 66 Sozialgesetzbuch I (SGB I) versagt werden. Sofern Sie nicht deutscher Staatsangehöriger sind, sind Sie verpflichtet, Veränderungen des ausländerrechtlichen Status unverzüglich mitzuteilen, weil eine Änderung zu einem Wegfall der Leistungen führen kann.

- 4 -

Bescheid vom 11.09.2014

- 4 -

Es werden direkt überwiesen an:

678.53 Euro

Abrechnung:

Der Sozialhilfeträger übernimmt die Kosten zur Deckung des Bedarfs. Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem Leistungserbringer.

Bitte die nachstehenden Angaben unbedingt beachten:

=====

Grundlage des Leistungsbescheides ist der Gesamtplan vom 15.12.2011.

Befürwortungszeitraum ist vom 01.07.2014 bis 30.06.2015.

Die im Gesamtplan festgestellten individuellen Bedarfe und vereinbarten Ziele sind Bestandteil des Bescheides.

Der Bescheid vom 12.06.2014 wird gem. § 48 (1) S.1 SGB X mit Wirkung ab

dem 01.10.2014 aufgehoben, da in den tatsächlichen/rechtlichen Ver-

hältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes vorgelegen haben,

eine wesentliche Änderung eingetreten ist.

Die bisherige Leistung "personenbezogene Leistungen für psychisch

krank/ seelisch behinderte Menschen (PPM)" bzw. Betreutes Wohnen (BeWo) wurde

durch die neue Hilfeart "Ambulante Sozialpsychiatrie" ersetzt.

Die Bewilligung dieser Leistung ist daher nicht mehr möglich.

Stattdessen wurde Ihnen die neue Leistung "Ambulante Sozialpsychiatrie"

bewilligt.

Ergebnis der Berechnung auf der Basis eines Monats

Einkommengrenzenberechnung

Einkommen

Erwerbsminderungsrente

924.25EUR

Summe anzurechnendes Einkommen

= 924.25EUR

Einkommengrenze

Grundbetrag § 85 (1) SGB XII

782.00EUR

Miete

278.47EUR

Summe Einkommengrenze

= 1060.47EUR

- 5 -

Bescheid vom 11.09.2014

- 5 -

Ermittlung des einzusetzenden Einkommens

Kostenbeitragsberechnung

Gesamteinkommen	924.25EUR	
Gesamtabzüge	0.00EUR	
Gesamteinkommensgrenze	1060.47EUR	
Betrag über der Einkommensgrenze		= 0.00EUR
Kostenbeitrag monatlich		= 0.00EUR

Sollten Sie zu diesem Bescheid zusätzliche Erläuterungen benötigen,
wenden Sie sich bitte an die im Briefkopf bezeichnete Dienststelle.

Bescheid vom 11.09.2014

Auflistung Ihrer Leistungspositionen

Bezeichnung	Typ	Anzahl	Periode	Verrechnungs- betrag Stunde	Verrechnungs- betrag Monat
ambulante sozialpsychiatr. Hilfe	Vordruck				678.53 EUR
- Summe Leistungsumfang					678.53 EUR
Ergebnis					678.53 EUR

Ende des Bescheides. Dieser Bescheid besteht aus 6 Seiten.

Informationen Ihrer Dienststelle

Sprechzeiten: täglich außer Mittwochs 08:00 - 12:00 Uhr
Für Gespräche außerhalb dieser Zeiten vereinbaren Sie bitte einen
Termin mit Ihrer Sachbearbeiterin/Ihrem Sachbearbeiter.
Telefonischer Hamburg-Service: 428 28-0
E-Fax : 4279-05110
Mail : SDZ@wandsbek.hamburg.de
Öffentliche Verkehrsmittel: U1 Wandsbek-Markt
Buslinien 8, 9, 10, 23, 35, 39, 116, 117, 160, 162, 163, 260, 261, 262, E62

Stand: 04.02.2014



Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration,
Postfach 760106, 22051 Hamburg

An alle ASP - Träger

Amt für Soziales

Teilhabe am Arbeitsleben, SGB IX, Soziale
Entschädigung

SI 42

Hamburger Straße 47

22083 Hamburg

Telefon +49 40 428 63-2854

Telefax +49 40 427 3 11019

E-Fax +49 40 427 9 70006

Ansprechpartner Herr Axel Georg-Wiese

Zimmer 806

E-Mail axel.georg-wiese@basfi.hamburg.de

Az. SI 42

14. Oktober 2014

ASP-Bewilligungsbescheide ab 1.10.2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

die ab dem 1.10.2014 geltenden ASP-Bewilligungsbescheide haben bei einigen Empfänger -/innen zu Irritationen beim Leistungsumfang geführt auf die ich mit diesem Schreiben reagiere.

Vorab der Hinweis, dass der ASP-Bescheid gegenüber dem bisherigen PPM- oder BeWo-Bescheid nicht lesbarer geworden ist. Das hätten wir uns gerne anders gewünscht, nur war eine Verbesserung der Lesbarkeit im EDV – System PROSA leider nicht möglich.

Zu Irritationen hat der monatliche Verrechnungsbetrag geführt insbesondere dann, wenn er gegenüber dem im bisherigen Bewilligungsbescheid ausgewiesen geringer ist.

Bei diesem Monatsbetrag handelt es sich allerdings nicht um einen sich aus dem individuellen Bedarf ergebenden, sondern um einen mit dem Leistungserbringer (Träger) vereinbarten Durchschnittsbetrag im Zusammenhang mit der mit dem Träger abgeschlossenen Budgetvereinbarung. Ein Zusammenhang zwischen dem sich aus der individuellen Bedarfsdeckung ergebenden Leistungsumfang und diesem Verrechnungsbetrag besteht daher nicht. Diese erläuternde Darstellung wäre im Bewilligungsbescheid nicht möglich gewesen, sie hätte auch nicht zu einer besseren Verständlichkeit des Bewilligungsbescheids geführt.

Leider konnten wir aus rechtlichen Gründen auf die Ausweisung des monatlichen Verrechnungsbetrags im ASP-Bewilligungsbescheid nicht verzichten, da, sofern eigenes Einkommen einzusetzen ist, die Berechnung des Eigenanteils auf Grundlage des monatlichen Verrechnungsbetrags erfolgt. Sozialhilferechtlich kann auf die Geltendmachung des Eigenanteils leider nicht verzichtet werden, auch wenn es sich insgesamt nur um wenige Einzelfälle handelt. Nebenbei führt ein eventuell geringerer monatlicher Verrechnungsbetrag im Bewilligungsbescheid gegenüber dem bisherigen gegebenenfalls auch zu einem geringeren Eigenanteil. Entscheidend aber ist, dass die Hilfe durch den neuen ASP-Bescheid nicht reduziert wurde.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie dieses Schreiben auch den leistungsberechtigten Personen sowie ihren gesetzlichen Vertretungen zur Verfügung stellen könnten, bei denen diese Irritation entstanden ist.

Mit freundlichen Grüßen

Axel Georg-Wiese

1. Was verstehen Sie unter Inklusion in Abgrenzung zur Integration?
2. Wie sähe aus Ihrer Sicht der ideale sozialräumliche ‚Offene Treff‘ für die Klienten der ASP aus, unabhängig von den Sachvorgaben der Mustervereinbarung mit den Trägern? Was sollte dieser leisten bzw. was sollte in diesem geleistet werden?
3. In welcher Form sind bzw. wurden die Träger und die Klientenvertreter am Weiterentwicklungsprozess der Eingliederungshilfe in Hamburg eingebunden?
4. Wäre die Weiterentwicklung von PPM und BeWo zur ASP auch sinnvoll oder notwendig, wenn es keine ökonomischen Einflüsse geben würde?
5. Wie schätzen Sie die Innovationsbereitschaft der Träger ein?
(Frage jeweils an die davon nicht betroffenen,
also an Herrn Georg-Wiese und Herrn Daszkowski)
6. Wie schätzen Sie die Innovationsbereitschaft der behördlichen Strukturen ein?
(Frage jeweils an die davon nicht betroffenen,
also an Herrn Daszkowski und Herrn Bayer)
7. Wie schätzen Sie die Innovationsbereitschaft der Klienten ein?
(Frage jeweils an die davon nicht betroffenen,
also an Herrn Georg-Wiese und Herrn Bayer)
8. Welche Unterstützungen gibt es (oder sollte es geben) für kleinere PPM-Träger, die Vorgaben des niedrighwelligen Angebots bzgl. Raumangebot und Ausstattung tragen zu können?
9. Welche Rolle nimmt das persönliche Budget Ihrer Meinung nach in der ASP in Zukunft ein, wenn eine pauschale Vergütung der Träger erfolgt?
10. Wäre es sinnvoll, die PSK mit in den Weiterentwicklungsprozess zu integrieren, so dass diese ihr Angebot um die bewilligungspflichtigen Leistungen erweitern?
11. Welche Vorteile und welche Nachteile könnte es im neuen Modell der ASP für die Klienten geben?
12. Welche Vorteile und welche Nachteile könnte es im neuen Modell der ASP für die Mitarbeiter der Träger geben?
13. Allgemeine Frage: Haben Sie das Gefühl, dass die psychischen Erkrankungen zunehmen oder nimmt die Diagnostik einen größeren Raum ein als früher?
14. Gibt es ihrerseits noch etwas zum Thema, dass Sie gern einbringen würden?

1. Begriff von Inklusion
 - Was beinhaltet Inklusion?
 - Gibt es Ansichten dazu darüber über die Definition hinaus?
2. Partizipation der Marktteilnehmer
 - Welches Mitspracherecht hatten Klienten?
 - Welchen Einfluss übten die Träger aus?
 - Traten Widerstände gegen das Modell auf?
3. Sozialräumliche Betrachtung
 - Wie stellen sich die Beteiligten einen idealen (wirkungsvollen) Sozialraum vor?
 - Wie definieren die Experten dabei den Sozialraum?
4. Ökonomische Betrachtung
 - Welche wirtschaftlichen Zwänge üben Einfluss auf die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe aus?
 - Wer/was ist verantwortlich für die Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe?
5. Persönliches Budget
 - Wie gestaltet sich die ASP im Rahmen der alternativen Finanzierungsform Persönliches Budget?
 - Wie wird das Persönliche Budget als Finanzierungsform beurteilt?
6. Notwendigkeit des Systemwechsels
 - Wäre die Umstellung auch ohne ökonomische Zwänge notwendig gewesen?
 - Warum sollten Eingliederungshilfebereiche zusammengefasst werden?
 - Welche Vorteile gibt es gegenüber den bestehenden Systemen der Eingliederungshilfe?

Die endgültigen Auswertungskategorien sind hier analog der Reihenfolge der Darstellung der Ergebnisse des qualitativen Forschungsteils in der Arbeit (Kapitel 9) aufgeführt.

Begriff von Inklusion

Also, da sag ich mal, dieses ganze Inklusionsthema ist für mich irgendwie ne ziemlich aufgeblasene Veranstaltung. Das ist so meine erste Bemerkung, deswegen reagiere ich so, nehme das kaum noch richtig ernst. Alles redet von Inklusion, sag ich mal und keiner geht hin. Das ist so irgendwie die Sau, die man zur Zeit offensichtlich durch die Straßen der Stadt und auch durch die Straßen der Länder treibt.

(Z. 5 - 8)

PARAPHRASE: Inklusion mit all dem Zirkus, der drumherum geschieht, stellt zur Zeit das aktuellste Modethema dar, weshalb man es kaum noch ernst nehmen kann.

Wenn ich die jetzige Situation beschreibe, auch der BeWo-Begegnungsstätten, dann ist es ja so – noch immer so –, dass wir zwar jetzt im Unterschied zum Ausgangspunkt der Psychiatrie-Enquête und so der Großkliniken ja dann auch es erreicht haben, dass die aufgelöst wurden und dass wir regional kleinteilige Angebote geschaffen haben. Erst stationäre, dann ja auch BeWos ... tatsächlich hat das aber mit Gemeindepsychiatrie, von mir aus auch im inklusiven Sinne, noch überhaupt nichts zu tun, sondern es sind nach wie vor psychiatrische Gemeinden, weil kein Mensch um die herum weiß eigentlich, was dort passiert.

(Z. 23 - 29)

PARAPHRASE: Die jetzige Situation kann man so beschreiben, dass im Sinne der Psychiatrie-Enquête zwar die Großkliniken aufgelöst, dafür aber viele regional-kleinteilige Angebote geschaffen wurden. Zunächst waren diese auch stationär und wurden später in ambulante BeWos umgewandelt. Tatsächlich aber ist die Inklusion dadurch (auch im Sinne von Gemeindepsychiatrie) nie erfolgt, weil die Menschen um diese BeWos keine Berührungspunkte mit den psychisch Kranken haben, es sich also nach wie vor um psychiatrische Gemeinden handelt.

Partizipation der Marktteilnehmer

Also, auch Träger selber haben doch ein hohes Interesse daran, dass man mit ihnen selbst ihre Angelegenheiten beredet, in diesem Sinne, wo es auch um betriebswirtschaftliche Belange geht. Also, was soll denn ein Träger damit anfangen, wenn ein Klientenvertreter oder ein Angehörigenverbandssprecher oder sowas, irgendwie meint „also, das müsse so gehen“. Das kann man ehrlicherweise ... muss man das sehr sauber abschichten dann, nicht?! Also, es gibt einen Prozess, der sich also auf der Ebene zwischen den Vertragspartnern bewegen kann, auch nur. So, das ist das Thema auf der Verhandlungsebene.

(Z. 129 - 135)

PARAPHRASE: Die Träger selbst haben ein großes Interesse daran, ihre wirtschaftlichen Fragen selbst und ohne Einmischung Dritter – auch ihrer Klienten – zu klären. Diese Vertragsverhandlungsprozesse können also nur zwischen den Vertragspartnern erfolgen.

Die Frage wäre für mich gewesen, wäre ich an der jetzigen Stelle, wo ich jetzt bin, also praktisch bei der Umsetzung, wenn ich vorher mit allen darüber geredet hätte? Ich vermute: nicht.

(Z. 138 - 140)

PARAPHRASE: Wäre vorher mit allen von der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe betroffenen Personen darüber verhandelt worden, wäre bis heute kein Ergebnis zustande gekommen.

Es gab zwei Jahre lang einen Rückkopplungsprozess der Spitzenverbände und der Träger jeweils zu ihren Mitarbeitern, es gab auch zwei Jahre lang die Möglichkeit, dass die Betroffenenverbände, Angehörige und auch selbst Betroffene die Möglichkeit gehabt haben, sich an dem Diskussionsprozess zu beteiligen. Es gab da auch Gespräche von mir mit denen, allerdings erst nachdem das Konzept mit den Vertragspartnern die ich hatte, also Trägervertretern und Spitzenverbände soweit fortgeschritten war, dass auch klar war, in welcher Richtung insgesamt gegangen werden wird, weil es hat auch kein Sinn, mit halbfertigen Konzepten auf Menschen zuzugehen, die von den Ergebnissen – wie immer sie sich für sie selbst definieren – Betroffene sind. Und die dann in helle Aufregung geraten und fragen „ja, wie soll das eigentlich sein?“ und ich sage ihnen dann, ja, wie es so sein soll genau, kann ich noch nicht genau sagen, weil wir sind da noch in der Diskussion. Also, so einen Prozess muss man auch so gestalten, dass die, die dann in dem Fall offen

... also sehr ... sich selbst als Betroffene sehr definieren, dass man den auch so sorgsam für die gestaltet, dass sie zumindestens wissen, wodran sie sind. Ob sie damit einverstanden dann sind, ist eine andere Frage. Dass sie hinterher sagen „oh, wir hätten aber viel früher eingebunden werden wollen“, nicht, „weil, wir wollten mitdiskutieren“, ist auch eine andere Frage, aber man muss wissen, oder bedenken, was das auch insgesamt für den Prozess, wo man hinwill, bedeutet. Also es kann bedeuten, dass man Diskussionsprozesse über fünf Jahre hat, fürchterlich Aufregung erzeugt, und am Ende des Prozesses ist nichts dabei herausgekommen. Das wollte ich nicht, also habe ich erst mit viel Power daran gesessen, dieses Konzept so überzeugend mit denen zu diskutieren, dass wir insgesamt den Weg gegangen sind.

(Z. 147 - 165)

PARAPHRASE: Zwei Jahre lang erfolgten Gespräche mit den Spitzenverbänden der Träger, die das Konzept intern mit ihren Mitarbeitern besprachen. Außerdem hatten die Betroffenen- sowie Angehörigenverbände ebenfalls Gelegenheit sich innerhalb dieses Zeitraums an der Diskussion zu beteiligen. Das Gespräch zwischen der BASFI und den Betroffenen fand allerdings erst statt, nachdem das Konzept mit den Vertragspartnern (Träger und Spitzenverbände) abgestimmt und vereinbart war. Dieses geschah aus dem Grund, weil es wenig Sinn macht, mit halbfertigen Konzepten auf die Betroffenen zuzugehen, solange der Weg noch nicht feststand. Die Betroffenen hätten sich im Nachhinein eine frühzeitigere Einbindung gewünscht, um ‚mitdiskutieren‘ zu können. Da aber am Ende ein Ergebnis stehen sollte, welches nicht in endlosen Verhandlungen zerrieben werden sollte, wurde dieser Weg gewählt.

Und von daher ... es hätte jeder andere, es hätten auch Träger auf die Idee kommen können, Dinge weiterzuentwickeln, aber ist nun mal leider so. Ich habe das früher mal etwas flapsig als die Trägheit der Masse bezeichnet, aber letztendlich ist es natürlich so, ich bin nicht im täglichen Geschehen drin, sondern habe sozusagen die Vogelperspektive mit der ich auf ... sagen wir mal so, wie ein Landschaftsgärtner auf die Landschaft schaue und mir überlege, an welcher Stelle, finde ich, ist der Weg nicht optimal, weil die Menschen eben immer einen anderen Weg latschen oder weil das einen Umweg bedeutet oder wie immer man jetzt in Bildern eines Landschaftsgärtners eine Gartenlandschaft beschreiben will, der denke auch darüber nach, wie kann ich etwas verbessern.

(Z. 173 - 181)

... es ist praktisch selbstreferenziell: also, man macht etwas, was man gut findet und weil man es gut findet, macht man es.

(Z. 186 - 187)

PARAPHRASE: Auf den Gedanken, das bestehende System weiterzuentwickeln, hätten auch die Träger selbst kommen können. Allerdings stecken diese selbst so tief in ihren täglichen Abläufen, dass ihnen die Blickrichtung von der Meta-Ebene fehlt. Vielmehr kann man das System als selbstreferenziell sehen, welches seine eigenen Bezugspunkte setzt und – weil der Blick auf die gesamte Landschaft versperrt ist – sich immer wieder an den selben Punkten orientiert. Dieses kann und würde auch noch weiter funktionieren, führt jedoch nie zu Verbesserungen am System. Die BASFI hat hier den Blick auf die Gesamtlandschaft und konnte dadurch den Veränderungsprozess einleiten.

Sozialräumliche Betrachtung

... das Thema Sozialraum ist ja ein hochspannendes Thema, weil auch alle darüber reden, aber so richtig noch gar nicht wissen, was das eigentlich ist. Und wenn dann nur als Wolke über uns schwebend auf der Meta-Ebene, aber was das in der praktischen Umsetzung heißt, ist ja noch ein Thema wo sich eigentlich noch ganz viele Leute aus der Praxis sehr sehr viele Gedanken machen müssen und wo richtig in den Trägern noch Personalentwicklung stattfinden muss.

(Z. 47 - 51)

PARAPHRASE: Über die genaue Umsetzung des sozialräumlichen Themas müssen sich nun die Träger in der praktischen Arbeit Gedanken machen und ihr Personal entsprechend schulen.

Kein Mensch hat ein Interesse sich mit irgendwelchen Leuten zu beschäftigen, es sei denn, es ist irgendein christlich-angeknallter Mensch, der denkt, ich muss jetzt gottgefällig handeln und mich für die Armen einsetzen, aber solche Leute gibt es relativ wenig, eigentlich. Sondern man muss irgendwie immer mal, wie auch immer gearteten Gewinn, haben, daran dass man etwas tut. (Z. 59 - 63)

Also Beispiel: Es gibt eine Begegnungsstätte, die hat Räume. Es gibt einen Häkelbüdel-Club oder eine Töpfergruppe oder einen Gesangs-Club oder sonst was, die suchen immer händeringend nach Räumen, nicht?! Man hat also Räume und andere suchen was. Das kann man zusammenpacken, dann gewinnen beide von. Da gewinnt auch der Träger von, weil die Leute, die da von außen reinkommen, sich irgendwann fragen „Ey, wo bin ich denn hier eigentlich überhaupt? Was passiert hier eigentlich?“ und sich interessieren dafür, was da passiert. Und aus diesem Interesse heraus kann man auch wieder Aktivitäten nutzbar für den Träger generieren, das ... weil die tun's dann nämlich auch, weil sie gleichzeitig auch was dafür bekommen, nämlich erstmal den Raum und die Freude daran ihrem Hobby frönen zu können. So denke ich, kann man sich also die Verbindungen der Begegnungsstätten in meiner kleinen Fantasie vorstellen, wie sich was entwickeln sollte: Grenzen öffnen und Verbindungen herstellen.

(Z. 64 - 74)

Aber mir geht es wirklich im richtig knackigen Sinne um den Gewinn den auch jemand in der Nachbarschaft hat, sich mit diesem Bereich zu beschäftigen, den muss man organisieren.

(Z. 82 - 84)

PARAPHRASE: Die Begegnungsstätte sollte für die Menschen von Außerhalb auch interessant genug sein, diese zu besuchen. Dieses wird nur gelingen, wenn die Nachbarschaft auch einen Gewinn aus dieser zieht, indem Räume zur Verfügung gestellt werden, in der gemeinschaftliche Hobbys ausgeübt werden können. Dieses Zusammenbringen der Nachbarschaft und den Klienten beim Träger muss organisiert werden.

Also, es gab diese Grenze zwischen innerhalb und außerhalb, die ist ja nach wie vor sehr dicht und fest gewesen. Also, das ist ja alleine schon ein Grund, wenn man also anfängt über sozialräumliche Arbeit zu denken, nicht?! Früher hat man dazu Gemeinwesenarbeit gesagt ... oder wenn man das noch klassischer in Form von Gemeindepsychiatrie denkt, dann heißt doch das auch, dass diese Grenzziehung zwischen innerhalb der psychiatrischen Angebote und der, sagen wir mal so, der Gemeinde außen 'rum oder der Bevölkerung in der Region aufgeweicht wird, durchlässiger werden muss.

(Z. 209 - 215)

PARAPHRASE: Die Grenze zwischen den Einrichtungen der Sozialpsychiatrie und der sie umgebenden Außenwelt müssen aufgeweicht werden. Ein Mittel dazu wäre die sozialräumliche Arbeit.

Also, es geht nicht mehr, nur den einzelnen Menschen ins Zentrum, ja der Handlungen und der Aufgaben zu stellen, sondern zu gucken in wie weit kann ich eigentlich für den Klienten das was um ihn herum ist, besser nutzbar auch entwickeln, fördern, nicht?!

(Z. 541 - 544)

PARAPHRASE: Nicht mehr nur der einzelne Klient soll künftig im Zentrum der Aktivitäten stehen, sondern auch die ihn umgebende Umwelt, die zu seinem Nutzen entwickelt und gefördert werden soll.

Ökonomisch Betrachtung

Aber, ich komme auch gern zu dem Thema Geld, also, wenn man ... ich habe ja schon ein bisschen was zu dem Rahmen der Ökonomie gesagt, also dem Haushalt ... dem hamburgischen Haushalt, der ist ja also letztes Jahr ... gut, die Steuern sprudeln, aber ich glaube trotzdem, das Jahr 2013 hat glaube ich abgeschlossen mit einem Defizit von ungefähr 600 Mio. Euro – ungefähr, kann auch 700 sein. Ist mir auch wurscht. Also, das ist ein Teil, da habe ich schon was zu dem Zinsniveau gesagt, das andere ist, wenn also das Jahr, sagen wir mal mit 600 Mio. Euro abgeschlossen ist, heißt das ja nicht, dass diese 600 Mio. Euro plötzlich da sind. Was ich damit sagen will ist, Hamburg hat ungefähr darüber hinaus neben der Tatsache, dass der Betriebshaushalt bisher seit langen Jahren nicht deckungsfähig war, nicht, ergibt sich ja aus der Tatsache der Nicht-Deckungsfähigkeit auch, dass ja ständig ein Schuldenberg vor sich hergeschoben wird. Hamburgs Verschuldung beträgt ungefähr 26 bis 27 Mrd. Euro – Verschuldung. Dafür müssen auch Zinsen gezahlt werden, ja?!

(Z. 237 - 248)

PARAPHRASE: Hamburgs Haushalt ist schon lange nicht mehr ausgeglichen, woran auch die ‚sprudelnden‘ Steuereinnahmen derzeit nichts ändern. Jedes Jahr müssten neue Schulden für ein jährliches Defizit von 600 bis 700 Mio. Euro aufgenommen werden, die sich zu den Altschulden von 26 bis 27 Mrd. Euro hinzu-

addieren, für die natürlich auch weiterhin Zinsen gezahlt werden müssen. Selbst wenn plötzlich 600 Mio. Euro auf der Habenseite des Kontos stehen, heißt das also nicht, dass dieses Geld wirklich vorhanden bzw. verfügbar ist.

Wenn man dann gleichzeitig weiß, dass die Zuwächse im finanziellen Bereich in der Sozialpsychiatrie seit Jahren ungefähr 6 bis 7 % auf der Ebene des Haushaltes war, dann gerät man irgendwann an die Grenze der Finanzierbarkeit.

(Z. 249 - 251)

PARAPHRASE: Die Finanzierbarkeit des Hamburger Haushaltes wird auch durch das jährliche Wachstum des Sozialpsychiatriebereichs gefährdet, der in einer Größenordnung von 6 bis 7 Prozent liegt.

Also, es gibt eine Verteilungsauseinandersetzung und da muss man Prioritäten setzen und da kann man sich natürlich fragen, ich sag mal so, da konkurrieren Eingliederungshilfe mit Bildung, mit innerer Sicherheit, mit Wirtschaftsförderung, mit Straßenbau, mit öffentlichen Verkehrsmitteln und all dem konkurrieren, das ist das, was eine Regierung und eine Bürgerschaft zu beschließen hat, dann ja, wenn man so will, die Verteilung dabei. Und da muss man sich fragen, welche Chancen hat eigentlich die Eingliederungshilfe in diesem Konzert und da, sage ich mal, ist meine Einschätzung ziemlich schlicht: Ich glaube, dass ist nicht das Thema, das die Bevölkerung in dieser Stadt wirklich bewegt. Und von daher muss man sich überlegen, wenn man die Leistungsfähigkeit des Systems überhaupt noch erhalten will, dann gibt es immer zwei Möglichkeiten: die eine Möglichkeit ist die, wie ich finde, recht unintelligente und die hätte man auch fahren können, also, wenn die Steigerungen irgendwann nicht mehr finanzierbar sind, dann wird man die Steigerungen erkaufen mit Standardabsenkungen, nicht, das ist ganz normal, machen alle, rasenmähermäßig geht man durch die Landschaft und zieht überall ein bisschen Geld ab und dann wird es billiger und so ist es dann. Oder man findet intelligente Lösungen, also das Konzept ist für mich ganz eindeutig, ohne mich loben zu wollen, die weitaus bessere und intelligentere Antwort auf diese Entwicklung ...

(Z. 265 - 279)

PARAPHRASE: In der Verteilungsdebatte der Haushaltsberatungen der Bürgerschaft geht es in erster Linie um die Interessenlagen der Bürger dieser Stadt und welche Themen diese gerade bewegen. Die Eingliederungshilfe gehört an der Stelle nicht zu den Themen, die im Konzert der Interessenlagen eine große Rolle spielen. Um die Leistungsfähigkeit der Eingliederungshilfe bei schmalerem Budget zu erhalten, gibt es zwei Möglichkeiten, wovon die erste das Zusammenstreichen in allen Bereichen der Eingliederungshilfe darstellt. Die zweite Lösung friert hingegen weitgehend die Kosten auf dem bestehenden Niveau ein und arbeitet am internen Umbau der Hilfe (Inhalt der ASP).

... alle Träger haben ja das Bestreben möglichst autonom zu bleiben. Also, wir haben hier die Trägervielfalt, nicht?! Trägervielfalt heißt ja, dass jeder Träger irgendwie sich gründen kann dann sich darüber freuen kann, dass er irgendwo im Netz ist, deswegen entwickeln sich ja auch immer mehr Sachen, so, man könnte natürlich auch sagen, ist ja alles ein bisschen blödsinnig diese großartige Trägervielfalt, sondern man könnte ich auch sagen, also, Kooperationen zwischen Trägern könnte ja auch für Träger durchaus sinnvoll sein. Nicht nur aus finanzieller Sicht, sondern weil man mehr Vielfalt, mehr Breite gewinnen kann, weil man sich, wenn man so will, in dieser Kategorie denkend, am Markt besser oder anders positionieren kann, in Regionen besser vertreten sein kann. Also, das kann man ja auch aus den unterschiedlichsten Perspektiven betrachten. Meine Philosophie ist da ganz klar: also, eine Kooperation von mehreren Trägern in einem bestimmten Gebiet ist natürlich sehr viel breiter und besser aufgestellt, als ein einzelner PPM-Träger beispielsweise mit 40 PPM-Fällen. Kann man sich natürlich fragen, was kann der bewegen und was kann der anbieten und wie es seine Vielfalt dabei. Aber die Träger sind eben so ... sagen wir mal so, die Denke in der Trägers-Szene ist zurzeit ja noch sehr von der Trägervielfalt und von der jeweiligen Autonomie geprägt. Ich finde das nicht besonders klug und auch nicht besonders zukunftsorientiert.

(Z. 317 - 331)

PARAPHRASE: Die Hamburger Trägerlandschaft ist durch eine große Vielfalt geprägt, die alle nach Möglichkeit ihre Autonomie erhalten wollen, dabei könnten sie durch Zusammenschlüsse und Bündelungen von Maßnahmen sehr viel mehr erreichen, was sich auch auf die Attraktivität ihrer Angebote auswirken würde. Zugleich würde die Maßnahmebündelung finanzielle Möglichkeiten eröffnen, die wiederum in ein verbreiteres Angebot fließen könnten.

Es ist überhaupt nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers, Wirtschaftsbetriebe zu fördern, zu unterstützen oder sonst was zu tun, das ist ja auch sehr kompliziert und würde sich ja sehr schnell auch im Bereich Wettbewerb und Wettbewerbsverzerrung bewegen, nicht?! Ist ja keine triviale Veranstaltung. Also ist es nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers, irgendeinen kleinen Betrieb, der irgendein Problem hat mit irgendetwas finanziell zu unterstützen, damit er um Himmels Willen am Leben erhalten bleibt.

(Z. 449 - 454)

... wir unterstützen jede Kooperation zwischen verschiedenen Trägern und ich habe ja vorhin zu dem Thema Kooperationsbereitschaft bei Trägern schon was gesagt. Da will jeder eben möglichst sein eigenes Ding machen und jammert ganz laut, wenn das nicht funktioniert.

(Z. 462 - 465)

PARAPHRASE: Die Aufgabe der Sozialbehörde ist nicht, kleine Träger wirtschaftlich zu unterstützen, die nun Probleme bei der Umsetzung der ASP haben, zumal dieses schnell zu einer Wettbewerbsverzerrung führen würde. Stattdessen unterstützt die BASFI jede Form der Kooperation, muss jedoch erkennen, dass viele Träger auf ihrer Eigenständigkeit beharren.

... es gibt natürlich Träger, die haben Anpassungsschwierigkeiten, weil einmalige Investitionen notwendig sind. Also man hat Räumlichkeiten und muss dann irgendwelche Stühle und Tische und sonst was da reinstellen und ich habe den Trägern dann durchaus auch einmalige Strukturunterstützungen ermöglicht, finanziell [...] mir ist es wurscht, ob ein Träger platt geht, das sage ich auch mal so ganz deutlich, aber mir ist es natürlich nicht wurscht, dass dieser Träger ja möglicherweise auch 40 Menschen betreut und diese 40 Menschen, die haben bisher ja mit dem Träger zusammengearbeitet und da gibt es ja auch persönliche Betreuungsbeziehungen und die kann man nicht so einfach aufs Spiel setzen. D.h., ich habe also den Trägern Strukturunterstützungsleistungen durchaus ermöglicht, aber nicht um die Träger im Netz zu halten, das muss ich ganz deutlich sagen, sondern vor allen Dingen, um die Betreuungskontinuität für die Menschen weiterhin zu sichern.

(Z. 465 - 475)

Oder man findet eben für den Träger eine Unterstützungsleistung, die es ihm ermöglicht, mit einer einmaligen Investition die Voraussetzungen soweit herstellen zu können, dass er am Netz ist. Oder man ermuntert ihn eben besonders, dann sich noch mal nach Kooperationspartnern umzuschauen. Das ist ja auch passiert, Gott sei Dank.

(Z. 484 - 487)

PARAPHRASE: Ob ein Träger in der Folge der Umstellung der ASP aufgeben muss, ist kein Problem der BASFI. Dass allerdings dann eine Reihe von Klienten plötzlich ohne eine Betreuungsmöglichkeit dasteht, kann nicht ohne weiteres aufs Spiel gesetzt werden. Von daher wurden bereits einmalige Strukturunterstützungen geleistet, damit einzelne Träger weiterarbeiten konnten. Es gibt auch die Möglichkeit, dass Dritte (z. B. Stiftungen) mit einmaligen Investitionen für die Begegnungsstätte Unterstützung leisten.

Ob kleinere oder wie immer, es gibt Träger, die haben miteinander kooperiert, die haben das zum Anlass genommen, weil sie festgestellt haben ... nebenbei auch, also auch kleinere die vor der Frage standen, „können wir das wuppen?“, haben kooperiert. Und das finde ich sehr gut, weil das eben nicht nur eine Frage der betriebswirtschaftlichen Betrachtung ist, sondern für mich auch wieder der andere Teil, der fachliche. Wenn mehrere Träger miteinander kooperieren kann man wirklich sehr viel mehr auf die Beine stellen – auch fachlich. Ich habe vorhin gerade einen Flyer gehabt von fünf Trägern, die sich in der Region Altona zusammengeschlossen haben, u.a. auch dieser wiederholt angesprochene Träger XY. Und die bieten da mittlerweile ein ziemlich breites Angebot an, wo jeder dann immer mal für einen Tag oder wie eine Federführung hat und dann wird deutlich, dass auch über die Kooperation sich nicht nur betriebswirtschaftlich was rechnet, sondern dass man auch an der Stelle, gerade wenn man in sozialräumlichen Überlegungen sich bewegt und Entwicklungen dabei im Auge hat, dass man da wirklich viel mehr Möglichkeiten hat, ...

(Z. 489 - 500)

PARAPHRASE: Kleinere Träger haben die Umstellung zum Anlass genommen, miteinander zu kooperieren – weil sie auch vor der betriebswirtschaftlichen Frage standen. Aber auch, weil es nicht nur eine ökonomische Frage ist, sondern auch eine fachliche, wenn das Angebot darüber im Sozialraum ausgeweitet werden kann. In Altona gibt es jetzt beispielsweise eine Kooperation von fünf Trägern.

Weil nämlich, also nehmen wir mal eine BeWo, ein BeWo-Angebot, das BeWo-Angebot hat sich finanziert über die bedarfsgerechten Bewilligungen für die einzelnen Menschen, ja, also Bedarfsgruppe ... mit weiß ich, was für Geld hinterlegt. D.h. also alles das was für den einzelnen Menschen, also über die Summe der einzelnen Menschen bewilligt wurde, das Geld ist ja dann auch für die Infrastruktur ausgegeben worden, für die Begegnungsstätte und für die Betreuung. Wenn aber ein Mensch eine Leistung bewilligt bekommen hat, in einem bestimmten Umfang hat er auch einen Anspruch darauf, diesen Umfang tatsächlich zu bekommen. Wenn man allerdings dann nicht mehr Einzelarbeit nur macht, sondern wenn man auch in das Feld hinausgeht, dann muss man ja diese Arbeit auch – also so das, was ich früher als Gemeinwesenarbeit beschrieben, jetzt ja als Sozialraumarbeit beschrieben wird, man muss das ja auch finanzieren. Das ist ja auch in der neuen Terminologie klientenunspezifische Arbeit, ja?! Finanziert ist allerdings bisher die Leistung klientenspezifisch. Wenn ich also ein Finanzierungssystem habe, in dem es nur klientenspezifische Finanzierung gibt und ein Anspruch des Klienten besteht, diese Leistung voll umfänglich auch zu bekommen, die ihm bewilligt wurde, dann bleibt kein Geld mehr übrig, um klientenunspezifische, also Feldarbeit zu leisten, ja, so! Also es war bisher gar nicht möglich, obwohl alle davon geredet haben, war es formal gar nicht möglich, weil gar kein Geld war, also das hätten die immer als Privatvergnügen machen können, die MitarbeiterInnen in den jeweiligen BeWo-Begegnungsstätten. Und die Budgetfinanzierung eröffnet überhaupt erst die Möglichkeit, diese Feldarbeit finanzieren zu können, ...

(Z. 513 - 529)

PARAPHRASE: Bislang war es im System nicht möglich, klientenunspezifische Arbeit wie sie die sozialräumliche Arbeit darstellt, zu leisten. Auch die Begegnungsstätten der BeWo wurden über die Einzelfallhilfe finanziert und standen daher nur den eigenen Klienten offen. Künftig stellt die Budgetfinanzierung die Möglichkeit her, Feldarbeit leisten zu können, also auch die Nachbarschaft in sozialräumliche Aktivitäten einzubeziehen.

Persönliches Budget

Also, das Persönliche Budget und Inklusion haben meines Erachtens nichts miteinander zu tun. Aber ... Es ist so: in der Sozialpsychiatrie gab es bisher kein Persönliches Budget. Das hängt aber nicht mit mir zusammen, weil ich das nicht wollte, sondern es hängt damit zusammen, dass aus welchen Gründen auch immer, die Menschen, die in der Sozialpsychiatrie die ambulanten Leistungsangebote in Anspruch genommen haben, offensichtlich kein Interesse daran hatten, das auf der Ebene des Persönlichen Budgets zu haben.

(Z. 353 - 358)

PARAPHRASE: Das Persönliche Budget spielt bislang keine Rolle in der ambulanten Sozialpsychiatrie, was offensichtlich daran lag, dass die Betroffenen kein Interesse daran hatten, ihre Leistungen auf dieser Basis in Anspruch zu nehmen.

Wenn ein Mensch zum Sozialhilfeträger geht und sagt „ich möchte gerne da selber meine Sachen regeln, ich habe einen Eingliederungshilfebedarf, ich möchte es allerdings als Persönliches Budget haben“, dann wird mit ihm ... dann kriegt er ja praktisch das Geld selbst bewilligt und marschiert los und organisiert sich die Hilfe irgendwie selber. D.h., das Geld des Persönlichen Budgets läuft natürlich außerhalb des mit dem Träger vereinbarten Budgetrahmens. Der Budgetrahmen ist für die Sachleistungsfälle da, alles andere können wir gar nicht kontrollieren oder gestalten, nicht?!

(Z. 390 - 395)

Da ist der Geldtopf und da ist der Kliententopf, so. Und dann kommt jemand an und sagt „ich hätte gerne Persönliches Budget“. Er läuft völlig außerhalb dieser Geschichte. Ja, Träger XY freut sich natürlich über jeden Selbstzahler, ...

(Z. 423 - 425)

PARAPHRASE: Mit der Bewilligung des Persönlichen Budgets hat ein Klient die Möglichkeit, sich die Eingliederungshilfeleistung selbst zu organisieren. Dieses läuft außerhalb des Trägerbudgetrahmens, weil das Grundsicherungsamt von diesen Fällen auch gar nicht erfährt. Die Träger begrüßen von daher Klienten, die mit einem Persönlichen Budget als zusätzliche Selbstzahler erscheinen.

Notwendigkeit des Systemwechsels

Wenn ich die jetzige Situation beschreibe, auch der BeWo-Begegnungsstätten, dann ist es ja so – noch immer so –, dass wir zwar jetzt im Unterschied zum Ausgangspunkt der Psychiatrie-Enquête und so der Großkliniken ja dann auch es erreicht haben, dass die aufgelöst wurden und dass wir regional kleinteilige Angebote geschaffen haben. Erst stationäre, dann ja auch BeWos ... tatsächlich hat das aber mit Gemeindepsychiatrie, von mir aus auch im inklusiven Sinne, noch überhaupt nichts zu tun, sondern es sind nach wie vor psychiatrische Gemeinden, weil kein Mensch um die herum weiß eigentlich, was dort passiert. (Z. 23 - 29)

Also, es gab diese Grenze zwischen innerhalb und außerhalb, die ist ja nach wie vor sehr dicht und fest gewesen. Also, das ist ja alleine schon ein Grund, wenn man also anfängt über sozialräumliche Arbeit zu denken, nicht?! Früher hat man dazu Gemeinwesenarbeit gesagt ... oder wenn man das noch klassischer in Form von Gemeindepsychiatrie denkt, dann heißt doch das auch, dass diese Grenzziehung zwischen innerhalb der psychiatrischen Angebote und der, sagen wir mal so, der Gemeinde außen 'rum oder der Bevölkerung in der Region aufgeweicht wird, durchlässiger werden muss. (Z. 209 - 215)

PARAPHRASE: Eine Folge der Psychiatrie-Enquête lag – nach Auflösung der psychiatrischen Großkliniken – in der Einrichtung eines regional kleinteiligen Angebots. Allerdings sind diese Angebote nach wie vor durch eine sehr statische Grenze zwischen dem Psychiatriebereich und der Außenwelt gekennzeichnet, da die Außenwelt von den Aktivitäten der Träger eigentlich nichts erfährt. Denkt man nun in sozialräumlicher Hinsicht – früher hätte man diese Gemeinwesenarbeit genannt –, heißt das, dass diese Grenzziehung aufgeweicht und durchlässiger werden muss.

Wenn man sich überlegt, ein Mensch der PPM bekommt, bei dem man also durchaus eine ganze Zeitlang der Stabilisierung auch bei dem Zuhause sich immer hingewetzt hat, nun irgendwann erreicht man den Punkt, dass man sagt „ja, also jetzt vielleicht aber doch mal raus aus der Wohnung“, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, da habe ich ja auch immer wieder darauf hingewiesen, das wird ja dann immer mir ein bisschen übel genommen, dass ich das so sage, aber ich sag mal so, wenn jemand sozialräumliche Angebote jetzt also auch im Sinne eines Treffpunktes als PPMler nutzen wollte, dann ist das eigentlich nur mit einem Wechsel des Anbieters im bisherigen System verbunden gewesen. Das heißt, Beendigung oder Beendigung des bisherigen Betreuungsverhältnisses vom PPM-Anbieter, Beendigung der, wenn man so will, vertrauensvollen Beziehung zwischen Klient und Betreuer, keine Betreuungskontinuität, Aufnahme in einem neuen Angebot mit neuen Personen, nicht?! Diese Grenze ist ja unsinnig. (Z. 224 - 233)

PARAPHRASE: Die Aufteilung in PPM und BeWo bedingte, dass ein Klient, der in einer PPM-Maßnahme steckte und das Bedürfnis hatte, eine Begegnungsstätte zu besuchen, früher den Anbieter hin zu einem BeWo-Träger wechseln musste. Damit einher ging leider jedoch auch der Beziehungsabbruch einer vertrauensvollen und gewachsenen Verbindung zu seinem Bezugsbetreuer beim PPM-Anbieter. Die Grenze zwischen den beiden ambulanten Bereichen zerstörte die Betreuungskontinuität.

... die reinen PSKn wird es am Ende dieses Umsetzungsprozesses nicht mehr geben. Sondern wenn dann werden sie gegebenenfalls mit irgendwelchen anderen PPM Anbietern beispielsweise kooperieren, aber alle – auch die PSK ist ja im Prinzip eine Begegnungsstätte im auch neu definierten Sinne ... auch aus der PSK heraus wird es möglich sein, personenzentrierte Leistungen auf der Ebene von Bewilligungen zu erbringen. Das wird so sein, es wird die reine PSK so nicht mehr geben. (Z. 297 - 302)

PARAPHRASE: Am Ende des Umstellungsprozesses wird es die reinen PSK nicht mehr geben, sondern diese werden entweder mit PPM-Trägern kooperieren oder selbst die personenzentrierten bewilligungspflichtigen Leistungen anbieten.

- 1 D. Schönefeld: Dann starte ich mit einer Definitionsfrage: Sie sind ja nicht mein einziger Interviewpartner,
2 also deswegen werden Ihnen vielleicht manche Fragen nicht so speziell auf die BASFI zugeschnitten
3 erscheinen. Was verstehen Sie unter Inklusion in Abgrenzung zu Integration?
- 4 #00:00:20-2# A. Georg-Wiese: Ogottogottogott, das ist ja 'ne Frage. Das sind meine Lieblingsfragen ...
5 ehrlich. Also, da sag ich mal, dieses ganze Inklusionsthema ist für mich irgendwie ne ziemlich aufgebla-
6 sene Veranstaltung. Das ist so meine erste Bemerkung, deswegen reagiere ich so, nehme das kaum
7 noch richtig ernst. Alles redet von Inklusion, sag ich mal und keiner geht hin. Das ist so irgendwie die Sau,
8 die man zur Zeit offensichtlich durch die Straßen der Stadt und auch durch die Straßen der Länder treibt.
9 Aber der Unterschied ist ja offensichtlich der, dass bei der Integration sich die behinderten Menschen im
10 Prinzip integrieren sollen, das heißt, den Gegebenheiten anpassen sollen, die den üblichen vorherrschenden
11 Standard abbilden, nicht? So, was ist normal? Aber sie sollen sich ja normal verhalten. Während bei
12 der Inklusion dies den Prozess des wechselseitigen aufeinander Zugehens beschreiben soll, nicht?! Also,
13 der Mensch, der nicht der Norm entspricht, wird als solcher auch als Bereicherung von denen empfunden,
14 die sich, sagen wir's mal so, sich normgerechter in Führungsstrichen verhalten. Zufrieden?
- 15 #00:01:34-3# D. Schönefeld: Vielen Dank.
- 16 #00:01:34-3# A. Georg-Wiese: Sie sehen, ich kann das alles irgendwie, obwohl es eine interessante De-
17 batte ist, was man mit Inklusion in dieser Diskussion eigentlich alles erklärt, versucht zu begründen und
18 herleiten zu wollen. Alles totaler Quatsch.
- 19 #00:01:50-3# D. Schönefeld: Wie sähe aus Ihrer Sicht der ideale sozialräumliche ‚Offene Treff‘ für die
20 Klienten der ASP aus, ich sag' jetzt mal, unabhängig von den Sachvorgaben der Mustervereinbarung mit
21 den Trägern. Vielleicht spezieller: Was sollte dieser leisten bzw. was sollte in diesem geleistet werden?
- 22 #00:02:06-9# A. Georg-Wiese: Also, das mit dem Leisten lass' ich mal außen vor, aber wie das
23 idealerweise aussieht ... Wenn ich die jetzige Situation beschreibe, auch der BeWo-Begegnungsstätten,
24 dann ist es ja so – noch immer so –, dass wir zwar jetzt im Unterschied zum Ausgangspunkt der
25 Psychiatrie-Enquête und so der Großkliniken ja dann auch es erreicht haben, dass die aufgelöst wurden
26 und dass wir regional kleinteilige Angebote geschaffen haben. Erst stationäre, dann ja auch BeWos ...
27 tatsächlich hat das aber mit Gemeindepsychiatrie, von mir aus auch im inklusiven Sinne, noch überhaupt
28 nichts zu tun, sondern es sind nach wie vor psychiatrische Gemeinden, weil kein Mensch um die herum
29 weiß eigentlich, was dort passiert. Also, wenn man da mal in der Nachbarschaft eines BeWo-Treffpunkts
30 fragen würde, wisst ihr eigentlich, was dort passiert, dann hätten die wenigsten – glaube ich – eine
31 Ahnung davon, was dort ist. Aber das heißt ja erstmal nur, man schaut von außen darauf und weiß
32 möglicherweise, dass das ein Treffpunkt ist, wo psychisch kranke Menschen hingehen. Das ist ja aber
33 nun noch lange nicht das, was man sich eigentlich vorstellen sollte, sondern was man sich vorstellen
34 sollte ist ja eine irgendwie in der Region verankerte Begegnungsstätte. Und verankert heißt ja irgendwie,
35 dass da Verbindung hergestellt wird, es sozusagen in der (unverständlich) den Anker auch drin hat und
36 geworfen hat. Das gibt es also (einen) Prozess aus der Begegnungsstätte heraus und von außen in die
37 Begegnungsstätte hinein. Ich beschreib' das und bequatsch' die Leute in den ... die Mitarbeiter, immer
38 dahingehend, dass ich sage, ihr müsst mal überlegen, welchen Gewinn eigentlich die Menschen
39 außerhalb eurer Begegnungsstätte haben, dafür dass sie zu euch kommen, oder dafür, dass sie sich für
40 euch interessieren ... Das ist aber genau das, worum's geht, also wenn man so will: die Grenzen öffnen
41 und in irgendeiner Weise interessant sein für die außerhalb und Verbindung herstellen zwischen
42 außerhalb und innerhalb, das ist meine Idealvorstellung. Von mir aus, indem man da auch Kaffee verkauft
43 oder sonst was macht, wo sich irgendwelche Leute mal hinsetzen, das ist mir völlig wurscht, da gibt es die
44 unterschiedlichsten Vorstellungen und Ideen, die man entwickeln kann, nicht?! Also, das ... da muss man,
45 glaube ich, ganz viel Fantasie entwickeln, wie man Verbindungen nach außen hier herstellen kann und
46 wie man das, was außerhalb um einen herum in der Region ist überhaupt nutzbar machen kann. Da gibt's
47 also, ich meine ... das Thema Sozialraum ist ja ein hochspannendes Thema, weil auch alle darüber
48 reden, aber so richtig noch gar nicht wissen, was das eigentlich ist. Und wenn dann nur als Wolke über
49 uns schwebend auf der Meta-Ebene, aber was das in der praktischen Umsetzung heißt, ist ja noch ein
50 Thema wo sich eigentlich noch ganz viele Leute aus der Praxis sehr sehr viele Gedanken machen
51 müssen und wo richtig in den Trägern noch Personalentwicklung stattfinden muss. Aber es heißt ja
52 zumindestens, dass man sich verabschiedet von der schlichten bisherigen Betrachtung der 1:1-Beziehung
53 zwischen, sagen wir mal, Klient und betreuender Person, so als Fachmann: ich hab' da Ideen und wir
54 arbeiten irgendwie so zusammen. Sondern eher so, dass man in einem sozialen Feld tätig ist und Ver-
55 bindungen herstellt, die man auch ggf. nutzen kann. Also da gibt's einen Klempner, der ist sozial
56 engagiert, der hat einen kleinen Betrieb, vielleicht kann man mit dem ja mal irgendwie etwas vereinbaren,
57 vielleicht kann man irgendeinen Kontakt herstellen, der für den Klempner wie für irgendeinen Menschen
58 nutzbar ist, also Win-Win ist für mich die ganz entscheidende Größe, die man bei all den Veranstaltungen,

59 die man macht, beachten muss. Ohne Win-Win läuft gar nichts, nicht?! Kein Mensch hat ein Interesse
 60 sich mit irgendwelchen Leuten zu beschäftigen, es sei denn, es ist irgendein christlich-angeknallter
 61 Mensch, der denkt, ich muss jetzt gottgefällig handeln und mich für die Armen einsetzen, aber solche
 62 Leute gibt es relativ wenig, eigentlich. Sondern man muss irgendwie immer mal, wie auch immer
 63 gearteten Gewinn, haben, daran dass man etwas tut. Auch nur wenn es in Form von Bestätigung ist –
 64 Schulterklopfen –, oder wenn man irgendetwas dadurch bekommen kann, nicht?! Also Beispiel: Es gibt
 65 eine Begegnungsstätte, die hat Räume. Es gibt einen Häkelbündel-Club oder eine Töpfergruppe oder einen
 66 Gesangs-Club oder sonst was, die suchen immer händeringend nach Räumen, nicht?! Man hat also
 67 Räume und andere suchen was. Das kann man zusammenpacken, dann gewinnen beide von. Da gewinnt
 68 auch der Träger von, weil die Leute, die da von außen reinkommen, sich irgendwann fragen „Ey, wo bin
 69 ich denn hier eigentlich überhaupt? Was passiert hier eigentlich?“ und sich interessieren dafür, was da
 70 passiert. Und aus diesem Interesse heraus kann man auch wieder Aktivitäten nutzbar für den Träger
 71 generieren, das ... weil die tun's dann nämlich auch, weil sie gleichzeitig auch was dafür bekommen,
 72 nämlich erstmal den Raum und die Freude daran ihrem Hobby frönen zu können. So denke ich, kann man
 73 sich also die Verbindungen der Begegnungsstätten in meiner kleinen Fantasie vorstellen, wie sich was
 74 entwickeln sollte: Grenzen öffnen und Verbindungen herstellen.

75 #00:07:21-7# D. Schönefeld: Der zweite Begriff, den Sie angesprochen haben ist ja letztlich das gefor-
 76 derte bürgerschaftliche Engagement, was ja auch so ein schöner Fachbegriff ist, in dem Rahmen. Also,
 77 das hängt für Sie eng zusammen mit dem Sozialraum oder mit der Sozialraumgestaltung?

78 #00:07:35-2# A. Georg-Wiese: Das weiß ich nicht. Mir ist dieser Begriff ‚bürgerschaftliches Engagement‘
 79 auch ein bisschen zu dubios, also, da gibt es ja dann Aktivoli und die ganzen Aktivitäten so, wo man sich
 80 dann engagieren kann. Wo man hingehen kann und sagt „ich hab' Lust, im Altenheim irgendeinem
 81 Menschen was vorzulesen“. Das mag erfüllend sein, aber darum geht es mir nicht, also mir geht's nicht
 82 um diese Form von Engagement – wenn man das tun will, ist es okay. Aber mir geht es wirklich im richtig
 83 knackigen Sinne um den Gewinn den auch jemand in der Nachbarschaft hat, sich mit diesem Bereich zu
 84 beschäftigen, den muss man organisieren. Das gibt nicht so viele Leute, die also aus irgendeiner Moti-
 85 vation, intrinsischen oder wie immer, losmaschieren und sagen „ich will jetzt Gutes tun“. Also das gibt's
 86 natürlich auch, da will ich auch nicht schlecht d'rüber reden, dieser ganze Aktivoli-Bereich lebt ja davon –
 87 teilweise, aber auch nicht nur, weil auch diese Angebote bürgerschaftlichen Engagements müssen sich ja
 88 zunehmend mehr überlegen, wie sie das was sie tun, so machen, dass die Menschen auch einen Gewinn
 89 davon haben. Also diese typische sehr christlich, religiös geprägte Haltung ‚tue Gutes und dann kriegst Du
 90 Gottes Lohn‘, ich übertreibe das jetzt mal so, die gibt es ja zunehmend weniger, das macht ja kaum
 91 jemand. Also die Motivation ist ja eher „oh, ich hab' keine Lust immer abends vorm Fernseher zu sitzen
 92 und ein-, zweimal in der Woche kann ich mir vorstellen mal für so einen begrenzten Rahmen irgendetwas
 93 zu machen, 'wollen mal gucken, ist ja vielleicht auch nicht uninteressant, da lerne ich einiges, da sehe ich
 94 einiges neu, da sehe ich auch Leute und da habe ich auch Kontakte, da gewinne ich auch mal eine
 95 Zuwendung oder einen Erfolg durch“ ... Das ist ja das, (Gonggeräusch im Hintergrund) was eigentlich jetzt
 96 ... das ist mein Handy ... was eigentlich passiert, auf der Ebene von bürgerschaftlichem Engagement.
 97 Also deswegen: ich würde es lieber runterheben und sagen in einer Region, in einem Sozialraum geht es
 98 – ja, ich lande immer bei diesem Win-Win-Teil – geht es da 'drum, dass man irgendwie ganz schlicht
 99 irgendeinen Vorteil auch hat von dem, dass man sich für eine andere Sache mit kümmert und wenn man
 100 auch nur hingehen kann und sich da in irgendeiner Begegnungsstätte draußen am Tisch hinsetzen und
 101 einen Kaffee trinken kann. Weil die Sonne so schön scheint und weil das ein schöner Ort ist, wo dann
 102 auch mal sitzen mag, weil man gerade mal einen Kaffee trinken will. Wunderbar.

103 #00:10:09-2# D. Schönefeld: Das ist eine gute Überleitung zum nächsten Thema und zwar mit dieser
 104 Partizipation an den Räumen: In welcher Form sind bzw. wurden die Träger und die Klientenvertreter am
 105 Weiterentwicklungsprozess der Eingliederungshilfe in Hamburg eingebunden?

106 #00:10:25-2# A. Georg-Wiese: Also, die Träger sind natürlich eingebunden – jetzt muss man mal
 107 unterscheiden, wer eigentlich mit ‚die Träger‘ gemeint ist ... also die Klientenvertreter sind ja noch wieder
 108 was anderes, als die Träger. Und ‚die Träger‘, ist ja die Frage, sind es die Mitarbeiter der Träger oder sind
 109 es die Geschäftsführungen der Träger? Also, ich sag' mal, mich interessieren hier die Mitarbeiter der
 110 Träger bei so einem Entwicklungsprozess ja erstmal nicht. Also, wir bewegen uns ja auf einer Ebene von
 111 öffentlich-rechtlichen Verträgen, die wir ja mit den jeweiligen Trägern abgeschlossen haben. Die Partner,
 112 mit denen ich die Verträge abschließe, sind natürlich in der Regel oder ganz ausschließlich, die Ge-
 113 schäftsführer dieser Träger. Ich verhandle also mit den Geschäftsführern, ich verhandle nicht mit den
 114 Klientenvertretern und ich verhandle auch nicht mit Mitarbeitern von Trägern, sondern ich verhandle mit
 115 den Trägern und den für die Träger bevollmächtigt handelnden Menschen, in der jeweiligen Funktion. Das
 116 ist, wenn man so will, die Ebene auf der ja dann solche Dinge passieren, weil am Ende wird ja eine neue

117 Vereinbarung geschlossen und die hat auch was mit Geld und die hat auch mit betriebswirtschaftlichen
118 Interessen des Trägers zu tun. Also, ich kann ja nicht mit Klientenvertretern die betriebswirtschaftlichen
119 Interessen eines Trägers verhandeln.

120 #00:11:47-6# D. Schönefeld: Also ‚Klientenvertreter‘ war schon eher auf Amtsebene, vielleicht Klienten-
121 verbände, könnte man so sagen ...

122 #00:11:53-5# A. Georg-Wiese: Ja, aber auch dort ist es so. Also, das spielt auch da keine Rolle. Man
123 muss das sauber abschieben, also wenn ich eine Trägerlandschaft verändern will, dann sind in erster
124 Linie erstmal unmittelbar ja die Träger betroffen und das sind unsere Vertragspartner. Da geht es um
125 Geld, da geht es um Arbeitsplätze. Ich habe mal ausgerechnet, also in der gesamten Sozialpsychiatrie
126 werden ungefähr 1000 Mitarbeiter drinstecken, die haben alle Tarifverträge, die wollen alle am Monats-
127 ende ihr Geld haben, die haben möglicherweise Familien – höchstwahrscheinlich werden eine ganze
128 Reihe Familien haben –, also da hängt ja eine ganze Menge dran. Deshalb kann ich doch unmöglich ...
129 oder sagen wir mal so anders: Also, auch Träger selber haben doch ein hohes Interesse daran, dass man
130 mit ihnen selbst ihre Angelegenheiten beredet, in diesem Sinne, wo es auch um betriebswirtschaftliche
131 Belange geht. Also, was soll denn ein Träger damit anfangen, wenn ein Klientenvertreter oder ein Ange-
132 hörigenverbandssprecher oder sowas, irgendwie meint „also, das müsse so gehen“. Das kann man
133 ehrlicherweise ... muss man das sehr sauber abschieben dann, nicht?! Also, es gibt einen Prozess, der
134 sich also auf der Ebene zwischen den Vertragspartnern bewegen kann, auch nur. So, das ist das Thema
135 auf der Verhandlungsebene. Und es gibt einen anderen, wo man dann irgendwann, sagen wir mal so, wo
136 man grundsätzlich die Konzeption beredet und das kann man entweder vorher tun, oder das kann man
137 nachher tun. Ich habe mich für den Prozess ‚nachher‘ entschlossen ... Jetzt sind die alle angebunden: wir
138 diskutieren mit ihnen, sie sehen, ich laufe durch die Gegend, erläutere es allen, diskutiere mit allen. Die
139 Frage wäre für mich gewesen, wäre ich an der jetzigen Stelle, wo ich jetzt bin, also praktisch bei der
140 Umsetzung, wenn ich vorher mit allen darüber geredet hätte? Ich vermute: nicht. Man muss sich einfach
141 im Klaren darüber sein, dass es bei einem solchen Prozess, ich habe ja gesagt, also, es sind auch
142 ungefähr 6800 Klienten betroffen; 75 Träger, 1000 Menschen, da muss man sich mal überlegen, wie viele
143 Interessen dabei eigentlich eine Rolle spielen? Wenn man so einen Prozess gestalten will, mit diesem
144 Hintergrund, muss man sich – habe ich mich jedenfalls gefragt – fange ich vorher an mit einer großen
145 Diskussion in dieser Stadt darüber, was in welche Richtung wie gehen sollte, oder fange ich an, das
146 Konzept zu entwickeln mit den entscheidenden ... mit den Entscheidern in dieser Stadt dann auch zu
147 diskutieren – wir haben zwei Jahre lang darüber diskutiert. Es gab zwei Jahre lang einen Rückkopplungs-
148 prozess der Spitzenverbände und der Träger jeweils zu ihren Mitarbeitern, es gab auch zwei Jahre lang
149 die Möglichkeit, dass die Betroffenenverbände, Angehörige und auch selbst Betroffene die Möglichkeit
150 gehabt haben, sich an dem Diskussionsprozess zu beteiligen. Es gab da auch Gespräche von mir mit
151 denen, allerdings erst nachdem das Konzept mit den Vertragspartnern die ich hatte, also Trägervertretern
152 und Spitzenverbände soweit fortgeschritten war, dass auch klar war, in welcher Richtung insgesamt
153 gegangen werden wird, weil es hat auch kein Sinn, mit halbfertigen Konzepten auf Menschen zuzugehen,
154 die von den Ergebnissen – wie immer sie sich für sie selbst definieren – Betroffene sind. Und die dann in
155 helle Aufregung geraten und fragen „ja, wie soll das eigentlich sein?“ und ich sage ihnen dann, „ja, wie es
156 so sein soll genau, kann ich noch nicht genau sagen, weil wir sind da noch in der Diskussion“. Also, so
157 einen Prozess muss man auch so gestalten, dass die, die dann in dem Fall offen ... also sehr ... sich
158 selbst als Betroffene sehr definieren, dass man den auch so sorgsam für die gestaltet, dass sie zumin-
159 destens wissen, wofür sie sind. Ob sie damit einverstanden dann sind, ist eine andere Frage. Dass sie
160 hinterher sagen „oh, wir hätten aber viel früher eingebunden werden wollen“, nicht, „weil, wir wollten
161 mitdiskutieren“, ist auch eine andere Frage, aber man muss wissen, oder bedenken, was das auch
162 insgesamt für den Prozess, wo man hinwill, bedeutet. Also es kann bedeuten, dass man Diskussions-
163 prozesse über fünf Jahre hat, fürchterlich Aufregung erzeugt, und am Ende des Prozesses ist nichts dabei
164 herausgekommen. Das wollte ich nicht, also habe ich erst mit viel Power daran gesessen, dieses Konzept
165 so überzeugend mit denen zu diskutieren, dass wir insgesamt den Weg gegangen sind.

166 #00:16:34-3# D. Schönefeld: Da würde ich gern noch mal nachhaken: Wer hat Sie beauftragt, dieses
167 Konzept zu erstellen, wie ist das entstanden hier innerhalb der Behörde?

168 #00:16:41-6# A. Georg-Wiese: Ich bin nicht beauftragt worden, das ist meine Aufgabe. Also, so definiere
169 ich sie jedenfalls. Ich meine, hier ist ‚Fachbehörde‘. Und Fachbehörde hat darüber nachzudenken, wie
170 sich eigentlich die Fachlandschaft, wenn man so will, in dieser Stadt, wie sie sich entwickeln soll. Also: Ist
171 sie so gut, wie sie ist? Kann sie besser werden? Und da ich nun mal auch mit meinem Hintergrund eine
172 ganze Menge an Fachlichkeit mitbringe, bin ich also als reiner Verwaltungspinsel nicht gut geeignet. Also
173 das ist meine Stärke, dass ich von der fachlichen Seite was weiß. Und von daher ... es hätte jeder
174 andere, es hätten auch Träger auf die Idee kommen können, Dinge weiterzuentwickeln, aber ist nun mal

175 leider so. Ich habe das früher mal etwas flapsig als die Trägheit der Masse bezeichnet, aber letztendlich
176 ist es natürlich so, ich bin nicht im täglichen Geschehen drin, sondern habe sozusagen die Vogelperspek-
177 tive mit der ich auf ... sagen wir mal so, wie ein Landschaftsgärtner auf die Landschaft schaue und mir
178 überlege, an welcher Stelle, finde ich, ist der Weg nicht optimal, weil die Menschen eben immer einen
179 anderen Weg latschen oder weil das einen Umweg bedeutet oder wie immer man jetzt in Bildern eines
180 Landschaftsgärtners eine Gartenlandschaft beschreiben will, der denke auch darüber nach, wie kann ich
181 etwas verbessern. Und das ist meines Erachtens Aufgabe der Fachbehörde. Und das diejenigen, die
182 eben seit Jahr und Tag, sagen wir mal so, im BeWo ihre Arbeit machen; erstmal – ja – finden, dass sie
183 das mit großer Überzeugung auch gut machen und dass das, was sie machen, auch richtig ist und dass
184 sie dabei auch erfolgreich sind, das will ich gar nicht in Abrede stellen. Nur solche Prozesse fördern
185 natürlich auch, ja, ich will gar nicht sagen Betriebsblindheit, weil das auch eine Form von Abwertung ist.
186 Es ist einfach eine Form von ... es ist praktisch selbstreferenziell: also, man macht etwas, was man gut
187 findet und weil man es gut findet, macht man es. Und die Frage ist, wie kann in so einem System, also
188 wenn man es so betrachtet und beschreibt, wie ich es eben getan habe, wie kann in so einem System der
189 Impuls entstehen und reifen für, sagen wir mal, gravierende Innovationen. Das ist zumindest für alle die,
190 die im System sind, eine ziemliche Herausforderung und genau diese Diskussion erleben wir, oder ich ja
191 zur Zeit auch nun. Es ist ja nicht so, dass alle sagen „oh, das finden wir ganz toll dieses Konzept“,
192 sondern es gibt ja viele, die sagen „oh, das ist eigentlich alles ziemlich scheiße“ und wenn man dann
193 vielleicht mal ein bisschen hinterherfragt ‚was ist denn nun eigentlich mit dem ‚Scheiße‘ tatsächlich ge-
194 meint?‘, dann ist es natürlich auch ein Stück die ... das Problem, jetzt plötzlich mal das, was man über
195 viele Jahre mit großer Überzeugung gemacht hat, hinterfragen zu müssen und vielleicht das ganze auch
196 als Botschaft zu verstehen, dass was ihr bisher gemacht habt, ist nicht gut gewesen und das ist natürlich
197 gar nicht so gemeint, ich sage ja nicht, das was ihr bisher gemacht habt, ist schlecht oder nicht gut,
198 sondern ich sage ja eher, ‚da kann man noch eine ganze Menge besser machen‘ und es bedeutet aller-
199 dings, dass ihr in dem Feld tätigen, anfangen müsst, da noch mal drüber nachzudenken wie ihr praktisch
200 euer tägliches sozialpädagogisches Verhalten und Handeln noch weiter verändert. Das ist unerfreulich!
201 Äußerst unerfreulich.

202 #00:20:10-4# D. Schönefeld: Da schließt sich wieder wunderbar die nächste Frage daran an. Und zwar
203 geht es darum: Wäre die Weiterentwicklung von PPM und BeWo zur ASP auch sinnvoll oder notwendig,
204 wenn es keine ökonomischen Einflüsse geben würde?

205 #00:20:27-7# A. Georg-Wiese: Ja klar, ich habe immer gesagt ... ich sag mal so, man muss sich doch mal
206 schlicht fragen ... ich habe ja vorhin gesagt, die jetzigen BeWo-Veranstaltungen, die BeWo-Begegnungs-
207 stätten, die es ja schon in der Stadt gibt mit ungefähr 35 sind ja doch noch nicht gemeindepsychiatrisch im
208 Sinne der Psychiatrie-Enquête verankert gewesen, sondern sie sind im Grunde genommen abgeschlos-
209 sene Veranstaltungen, nach wie vor gewesen. Also, es gab diese Grenze zwischen innerhalb und außer-
210 halb, die ist ja nach wie vor sehr dicht und fest gewesen. Also, das ist ja alleine schon ein Grund, wenn
211 man also anfängt über sozialräumliche Arbeit zu denken, nicht?! Früher hat man dazu Gemeinwesen-
212 arbeit gesagt ... oder wenn man das noch klassischer in Form von Gemeindepsychiatrie denkt, dann heißt
213 doch das auch, dass diese Grenzziehung zwischen innerhalb der psychiatrischen Angebote und der,
214 sagen wir mal so, der Gemeinde außen rum oder der Bevölkerung in der Region aufgeweicht wird, durch-
215 lässiger werden muss. Das ist doch das, was wir zur Zeit mit Sozialraumorientierung beschreiben, das ist
216 auch das, was ich vorhin schon gesagt habe. Das alleine ist ja schon fachlich Motiv genug, wenn man
217 diese Analyse so hat, wie ich sie jetzt mal eben kurz umrissen habe, zu sagen, da muss man sich ja mal
218 was überlegen, damit es besser wird, das da durchlässiger wird, dass die Grenzen aufgeweicht werden.
219 Das allein ist ein Motiv. Wenn man darüber hinaus sich mal anschaut, dass wir drei ambulante Leistungs-
220 angebote nebeneinander haben, nämlich die PSKen, zuwendungsfinanziert, aber da ist die Finanzierung
221 jetzt mal egal, also ein niedrighwelliges Angebot, wo jeder Mensch irgendwie hinkommen kann ohne
222 irgendwelche Hürden. Oder PPM, wo ja die 1:1-Betreuungsleistung im Zentrum des Leistungsangebots
223 steht, oder eben BeWo mit Begegnungsstätten und dem wechselseitigen, also in der Begegnungsstätte
224 oder außerhalb, so. Wenn man sich überlegt, ein Mensch der PPM bekommt, bei dem man also durchaus
225 eine ganze Zeitlang der Stabilisierung auch bei dem Zuhause sich immer hingewetzt hat, nun irgendwann
226 erreicht man den Punkt, dass man sagt „ja, also jetzt vielleicht aber doch mal raus aus der Wohnung“,
227 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, da habe ich ja auch immer wieder darauf hingewiesen, das wird
228 ja dann immer mir ein bisschen übel genommen, dass ich das so sage, aber ich sag mal so, wenn jemand
229 sozialräumliche Angebote jetzt also auch im Sinne eines Treffpunktes als PPMler nutzen wollte, dann ist
230 das eigentlich nur mit einem Wechsel des Anbieters im bisherigen System verbunden gewesen. Das
231 heißt, Beendigung oder Beendigung des bisherigen Betreuungsverhältnisses vom PPM-Anbieter, Beendi-
232 gung der, wenn man so will, vertrauensvollen Beziehung zwischen Klient und Betreuer, keine Betreuungs-
233 kontinuierität, Aufnahme in einem neuen Angebot mit neuen Personen, nicht?! Diese Grenze ist ja unsinnig.

234 Also das Ziel war gewesen, dem alle diese drei nebeneinander stehenden Angebote mit ihren jeweiligen
235 Schwerpunkten und auch Berechtigungen, aber eben auch ihren Grenzen die sie hatten und Abgren-
236 zungen zusammen zu schieben zu einem Integrativen, in dem alles aus einer Hand, als Schlagwort,
237 heraus möglich ist zu gewähren. Das hat aber mit Ökonomisierung auch nichts zu tun. Aber, ich komme
238 auch gern zu dem Thema Geld, also, wenn man ... ich habe ja schon ein bisschen was zu dem Rahmen
239 der Ökonomie gesagt, also dem Haushalt ... dem hamburgischen Haushalt, der ist ja also letztes Jahr ...
240 gut, die Steuern sprudeln, aber ich glaube trotzdem, das Jahr 2013 hat glaube ich abgeschlossen mit
241 einem Defizit von ungefähr 600 Mio. Euro – ungefähr, kann auch 700 sein. Ist mir auch wurscht. Also, das
242 ist ein Teil, da habe ich schon was zu dem Zinsniveau gesagt, das andere ist, wenn also das Jahr, sagen
243 wir mal mit 600 Mio. Euro abgeschlossen ist, heißt das ja nicht, dass diese 600 Mio. Euro plötzlich da
244 sind. Was ich damit sagen will ist, Hamburg hat ungefähr darüber hinaus neben der Tatsache, dass der
245 Betriebshaushalt bisher seit langen Jahren nicht deckungsfähig war, nicht, ergibt sich ja aus der Tatsache
246 der Nicht-Deckungsfähigkeit auch, dass ja ständig ein Schuldenberg vor sich hergeschoben wird. Ham-
247 burgs Verschuldung beträgt ungefähr 26 bis 27 Mrd. Euro – Verschuldung. Dafür müssen auch Zinsen
248 gezahlt werden, ja?! Also, wenn man sich das mal ... also, das ist, wenn man so will, die Betrachtungs-
249 weise nur aus der Perspektive des Haushaltes. Wenn man dann gleichzeitig weiß, dass die Zuwächse im
250 finanziellen Bereich in der Sozialpsychiatrie seit Jahren ungefähr 6 bis 7 % auf der Ebene des Haushaltes
251 war, dann gerät man irgendwann an die Grenze der Finanzierbarkeit. Oder anders: Dann begibt man sich
252 in die Situation, oder muss man die Situation ja so beschreiben, dass Haushaltsberatungen in der
253 Bürgerschaft ja nichts anderes sind, als das knappe Gut nach irgendeiner Weise zu verteilen und zwar
254 nach Interessen. Nun kann man natürlich sagen „man muss ja für die Eingliederungshilfe das Geld
255 aufbringen, weil das ja die Schwächsten sind, aller“, aber das Leben ist leider etwas anders. Also, wenn
256 Sie möglicherweise Autofahrer und Vater eines Kindes sind, der vielleicht auch noch kulturell interessiert
257 ist, dann wissen Sie, dass Sie zum einen natürlich also eine optimale Bildung für Ihr Kind haben wollen,
258 Schule, nicht?! Das heißt wir sind sofort beim Etat der Schulbehörde, nicht, möglichst teuer – na, sagen
259 wir mal, möglichst groß. Optimale Bildung. Wenn Sie Autofahren und durch die Schlaglöcher rumpeln,
260 ärgern Sie sich auch. Wenn Sie vielleicht Hausbesitzer sind oder weiß ich was, freuen Sie sich vielleicht
261 auch gelegentlich über die Polizeipräsenz. Auf jeden Fall, das Thema Sicherheit ist ja durchaus ein ele-
262 mentares Bedürfnis. Also, was ich sagen will, wenn Sie ins Theater gehen wollen, wissen Sie natürlich
263 auch, dass Theater heutzutage subventioniert werden müssen. Was ich also sagen will, ist, man kann das
264 Problem auch so beschreiben, in jeder einzelnen Person steckt je nach Interessenlage und Betrachtungs-
265 winkel ja ein Großteil aller dieser interessanten Auseinandersetzungsthematiken selber auch drin. Also, es
266 gibt eine Verteilungsauseinandersetzung und da muss man Prioritäten setzen und da kann man sich
267 natürlich fragen, ich sag mal so, da konkurrieren Eingliederungshilfe mit Bildung, mit innerer Sicherheit,
268 mit Wirtschaftsförderung, mit Straßenbau, mit öffentlichen Verkehrsmitteln und all dem konkurrieren, dass
269 ist das, was eine Regierung und eine Bürgerschaft zu beschließen hat, dann ja, wenn man so will, die
270 Verteilung dabei. Und da muss man sich fragen, welche Chancen hat eigentlich die Eingliederungshilfe in
271 diesem Konzert und da, sage ich mal, ist meine Einschätzung ziemlich schlicht: Ich glaube, dass ist nicht
272 das Thema, das die Bevölkerung in dieser Stadt wirklich bewegt. Und von daher muss man sich überle-
273 gen, wenn man die Leistungsfähigkeit des Systems überhaupt noch erhalten will, dann gibt es immer zwei
274 Möglichkeiten: die eine Möglichkeit ist die, wie ich finde, recht unintelligente und die hätte man auch fah-
275 ren können, also, wenn die Steigerungen irgendwann nicht mehr finanzierbar sind, dann wird man die
276 Steigerungen erkaufen mit Standardabsenkungen, nicht, das ist ganz normal, machen alle, rasenmäher-
277 mäßig geht man durch die Landschaft und zieht überall ein bisschen Geld ab und dann wird es billiger und
278 so ist es dann. Oder man findet intelligente Lösungen, also das Konzept ist für mich ganz eindeutig, ohne
279 mich loben zu wollen, die weitaus bessere und intelligentere Antwort auf diese Entwicklung, die ich eben
280 beschrieben habe, auch als Verteilungsauseinandersetzung auf der Ebene des Haushaltes und eines
281 Haushaltes, von dem wir alle wissen, dass er jedenfalls seit Jahren viel zu knapp ist und wenn man alleine
282 nur mal sich daran erinnert, ich glaube letztes oder vorletztes Jahr gab es einige interessante Ausein-
283 andersetzungen in der Jugendhilfe, wo es nur darum ging, ein paar Angebote aus dem zuwendungsfinan-
284 zierten Bereich – irgendwelche Stadtteilprojekte, irgendwelche Erlebnisprojekte für Jugendliche, irgend so
285 ein Bauhof oder sonst was, soll platt gemacht werden. Ein Riesenaufschrei geht durch die Landschaft,
286 nicht?! Also, das kann man ja auch mal so als Merkmal oder als interessanten Ansatzpunkt dafür sehen,
287 wie dann eben ... welche Auswirkungen eben auch die Ergebnisse von Verteilungsauseinandersetzungen
288 dann haben können und darauf muss man Antworten finden und ich finde, noch mal zurückkommend, das
289 ist auch Aufgabe der Fachbehörde dafür Antworten zu finden. Aber vielleicht bin ich da ja ein Exot, jeden-
290 falls bin ich kein Verwaltungsmensch.

291 #00:30:04-9# D. Schönefeld: Ein Ziel war ja, um noch einmal die drei Bereiche zusammenzufassen PPM,
292 BeWo und PSK ja letztlich bzw. und auch die sozialräumlichen Angebote. Da ziehe ich eine Frage mal
293 vor: Wäre es sinnvoll die PSK mit in den Weiterentwicklungsprozess zu integrieren, so dass diese ihr An-

- 294 gebot mit um die bewilligungspflichtigen Leistungen erweitern?
- 295 #00:30:25-4# A. Georg-Wiese: Ja, das ist so, das sollen sie.
- 296 #00:30:27-9# D. Schönefeld: Das sollen sie?
- 297 #00:30:27-9# A. Georg-Wiese: Ja, das ... es gibt ... die reinen PSKn wird es am Ende dieses Umsetzungsprozesses nicht mehr geben. Sondern wenn dann werden sie gegebenenfalls mit irgendwelchen anderen PPM Anbietern beispielsweise kooperieren, aber alle – auch die PSK ist ja im Prinzip eine Begegnungsstätte im auch neu definierten Sinne ... auch aus der PSK heraus wird es möglich sein, personenzentrierte Leistungen auf der Ebene von Bewilligungen zu erbringen. Das wird so sein, es wird die reine PSK so nicht mehr geben.
- 302
- 303 #00:31:09-0# D. Schönefeld: Aber dieser Umstellungsprozess hat noch nicht am 1.1. begonnen?
- 304 #00:31:13-0# A. Georg-Wiese: Doch! Also ich sag mal, das ist anders, also wir haben einen Zeitraum von drei Jahren definiert, innerhalb dessen jeder Träger die Freiheit hat für sich zu entscheiden, wann er in das neue System umsteigen will. Und das endet am 31.12.2016, hat begonnen am 1.1.2014. Es gibt ja eine ganze Reihe von Trägern schon, die sind umgestiegen, es gibt noch eine ganze Reihe von ... oder, sagen wir mal, es gibt neun PSKn, von denen sind vier jetzt schon bereits umgestiegen und die anderen
- 309 ...
- 310 #00:31:53-5# D. Schönefeld: In welcher Form sind die umgestiegen? Kooperieren die, oder bieten Sie selbst an? Wissen Sie das?
- 311
- 312 #00:31:56-9# A. Georg-Wiese: Ja, das weiß ich natürlich, ich habe ja die Vereinbarung geschlossen. Also, ich sag mal so, die Träger ... oder die PSKen, die jetzt umgestiegen sind, das sind PSK, die gleichzeitig ... also, wo ein Träger der PSK ist, der gleichzeitig auch BeWo-Leistungen erbringt. Ja, so da ist praktisch das Thema innerhalb des Trägers unterhalb eines Dachs eher lösbar, nicht?! So, also die Frage der solitären PSKn wie sie sich da mittlerweile entwickeln, ist es natürlich für die ein bisschen komplizierter, weil ja alle Träger haben ja das Bestreben möglichst autonom zu bleiben. Also, wir haben hier die Trägervielfalt, nicht?! Trägervielfalt heißt ja, dass jeder Träger irgendwie sich gründen kann dann sich darüber freuen kann, dass er irgendwo im Netz ist, deswegen entwickeln sich ja auch immer mehr Sachen, so, man könnte natürlich auch sagen, ist ja alles ein bisschen blödsinnig diese großartige Trägervielfalt, sondern man könnte ich auch sagen, also, Kooperationen zwischen Trägern könnte ja auch für Träger durchaus sinnvoll sein. Nicht nur aus finanzieller Sicht, sondern weil man mehr Vielfalt, mehr Breite gewinnen kann, weil man sich, wenn man so will, in dieser Kategorie denkend, am Markt besser oder anders positionieren kann, in Regionen besser vertreten sein kann. Also, das kann man ja auch aus den unterschiedlichsten Perspektiven betrachten. Meine Philosophie ist da ganz klar: also, eine Kooperation von mehreren Trägern in einem bestimmten Gebiet ist natürlich sehr viel breiter und besser aufgestellt, als ein einzelner PPM-Träger beispielsweise mit 40 PPM-Fällen. Kann man sich natürlich fragen, was kann der bewegen und was kann der anbieten und wie es seine Vielfalt dabei. Aber die Träger sind eben so ... sagen wir mal so, die Denke in der Trägers-Szene ist zurzeit ja noch sehr von der Trägervielfalt und von der jeweiligen Autonomie geprägt. Ich finde das nicht besonders klug und auch nicht besonders zukunftsorientiert.
- 331
- 332 #00:34:02-6# D. Schönefeld: Wo Sie sagen, dass von den neun PSK bereits vier umgestiegen sind auf das neue System. Wie viele der BeWo ... Sie hatten genannt ...
- 333
- 334 #00:34:14-8# A. Georg-Wiese: 35!
- 335 #00:34:15-5# D. Schönefeld: 35, genau. Und bei PPM-Trägern waren es 67, glaube ich.
- 336 #00:34:21-1# A. Georg-Wiese: Kann sein ...
- 337 #00:34:21-1# D. Schönefeld: Hatten sie mal genannt. Wissen Sie ungefähr, oder den Prozentsatz, wie viele davon umgestiegen ...
- 338
- 339 #00:34:25-6# A. Georg-Wiese: Jetzt schon?
- 340 #00:34:25-6# D. Schönefeld: ... jetzt schon umgestiegen sind?
- 341 #00:34:28-6# A. Georg-Wiese: Ja, also ungefähr 40 Träger sind umgestiegen schon.
- 342 #00:34:32-8# D. Schönefeld: Sowohl PPM, als auch BeWo?
- 343 #00:34:34-8# A. Georg-Wiese: Sowohl PPM und BeWo sind umgestiegen. Wobei man auch wissen muss, um ... diese 40 % der Träger repräsentieren ungefähr schon 80 % der Landschaft, also der Klienten.
- 344

- 345 #00:34:49-3# D. Schönefeld: Okay, also die größten sind ...
- 346 #00:34:51-5# A. Georg-Wiese: Also, der größte Teil ist schon umgestiegen. Und zwar, also bis zum 1.4.
- 347 #00:35:01-0# D. Schönefeld: Ja, dann habe ich mal eine Frage und zwar – jetzt kommen wir wieder zur
348 Inklusion – ein anderes inklusives Mittel war ja das Persönliche Budget, was 2008 eingerichtet wurde.
349 Welche Rolle nimmt das Persönliche Budget Ihrer Meinung nach noch in der ASP in Zukunft ein, wenn
350 eine pauschale Vergütung der Träger erfolgt?
- 351 #00:35:23-0# A. Georg-Wiese: Also erstens mal, wäre ich interessiert, erst mal zu verstehen was sie
352 eigentlich mit einem Inklusiven Budget meinen? Also, das ist mir nicht ganz klar, aber dann lass ich das
353 mal außen vor. Also, das Persönliche Budget und Inklusion haben meines Erachtens nichts miteinander
354 zu tun. Aber ... Es ist so: in der Sozialpsychiatrie gab es bisher kein Persönliches Budget. Das hängt aber
355 nicht mit mir zusammen, weil ich das nicht wollte, sondern es hängt damit zusammen, dass aus welchen
356 Gründen auch immer, die Menschen, die in der Sozialpsychiatrie die ambulanten Leistungsangebote in
357 Anspruch genommen haben, offensichtlich kein Interesse daran hatten, das auf der Ebene des Persön-
358 lichen Budgets zu haben.
- 359 #00:36:06-8# D. Schönefeld: Aber ich weiß von Trägern (Versprecher! Gemeint war „Klienten“) von Träger
360 XY*, die ein persönliches Budget zugeteilt hatten und davon den Träger bezahlt haben.
- 361 #00:36:11-7# A. Georg-Wiese: Also, Träger XY hat ja nicht zugeteilt, aber es ... ich sag mal ...
- 362 #00:36:16-1# D. Schönefeld: Ne, ne, der Träger XY hat nicht zugeteilt, sondern wurde bezahlt ...
- 363 #00:36:19-7# A. Georg-Wiese: Es steht jedem Menschen frei, beim Fachamt Eingliederungshilfe, oder
364 gegenüber dem Sozialhilfeträger zu sagen „ich möchte diese Leistung als persönliches Budget haben“.
365 Das was ich gesagt habe ist, insgesamt gesehen hat das Thema persönliches Budget überhaupt keine
366 Rolle gespielt im Bereich der ambulanten Sozialpsychiatrie bisher. Also, das sage ich deshalb, weil ja die
367 neue Ambulante Sozialpsychiatrie ... die Frage ist dann, verschlechtert die jetzige Umstellung der Finan-
368 zierung auf Budget, die Möglichkeiten Persönliches Budget in Anspruch zu nehmen, nicht?! Das ist ja
369 aber ... aber, sagen wir mal so, die Frage wird ja immer theoretischer, wenn man weiß, dass es sich dabei
370 nur um eine kleine Anzahl von Menschen geht. Aber selbst wenn es eine kleine Anzahl von Menschen ist,
371 kann man natürlich die Frage für die auch ernst nehmen, nicht?! Auch klar. Nun ist es ja so, dass nach
372 wie vor wir ja eine Vereinbarung nach 75, eine Vergütungsvereinbarung abschließen. Da drin ist ein
373 Stundensatz enthalten, also man kann ja das Gesamtbudget und die Gesamtstunden die der Träger
374 geleistet hat, so wird Budget errechnet, steht ja auch dann da drin in dem Blatt, dass da ein Stundensatz
375 bei rauskommt. Also kann man natürlich – das ist doch nichts ungewöhnliches – das Fachamt Einglie-
376 derungshilfe wird einen Gesamtplan machen und wird natürlich auch eine Aussage weiterhin treffen, über
377 einen möglichen Umfang an Stunden. Und damit kann man natürlich auch ganz locker das Persönliche
378 Budget errechnen. Also, Stundenumfang mal dem Verrechnungssatz, Stundensatz laut Anlage Vergü-
379 tungsvereinbarung, Anlage zwei, ergibt dann das Persönliche Budget. Relativ einfach.
- 380 #00:38:22-5# D. Schönefeld: Das hieße letztlich, dass die ASP-Träger melden würden an die Behörde, an
381 die Sozialämter beispielsweise, von denen sie ja das Geld erhalten, wahrscheinlich den pauschalen
382 Betrag ... Jahresbetrag, oder monatlich aufgeteilt: „Wir haben zwei oder drei Klienten mit persönlichem
383 Budget die ihre Leistungen selbst tragen.“
- 384 #00:38:46-3# A. Georg-Wiese: Ne.
- 385 #00:38:47-6# D. Schönefeld: Sonst würden die ja doppelt vergütet.
- 386 #00:38:47-6# A. Georg-Wiese: Ne ... ne, sie würden auch nicht doppelt vergütet werden. Also, der Weg
387 ist ja ist ja so: ein Mensch geht zum Sozialhilfeträger und sagt „ich möchte gerne Eingliederungshilfe
388 haben“ und dann bekommt er die Leistung als Sachleistung willigt. Und dann zahlt der Sozialhilfeträger ja
389 an den Träger. Jetzt im Budget ist es ja etwas anders, aber es ist ja praktisch in derselben Logik noch,
390 nicht, so?! Wenn ein Mensch zum Sozialhilfeträger geht und sagt „ich möchte gerne da selber meine
391 Sachen regeln, ich habe einen Eingliederungshilfebedarf, ich möchte es allerdings als Persönliches
392 Budget haben“, dann wird mit ihm ... dann kriegt er ja praktisch das Geld selbst bewilligt und marschiert
393 los und organisiert sich die Hilfe irgendwie selber. D.h., das Geld des Persönlichen Budgets läuft natürlich
394 außerhalb des mit dem Träger vereinbarten Budgetrahmens. Der Budgetrahmen ist für die Sachleistungs-
395 fälle da, alles andere können wir gar nicht kontrollieren oder gestalten, nicht?!
- 396 #00:39:48-1# D. Schönefeld: D.h., dass dieser ... also wer quasi nicht seine Bewilligung über das
397 Sozialamt erhält, bzw. dort also erfasst ist ...
- 398 #00:39:56-6# A. Georg-Wiese: Ne, ne ... ne, ne, ne, ne, also das hörte sich eben für mich auch ein

- 399 bisschen schräge an, was Sie da sagten. Also, Träger XY hat ja nicht das Geld an den Menschen
400 ausgezahlt, ne, ne, sondern ...
- 401 #00:40:06-9# D. Schönefeld: Nein, nein ... in Form von Sachleistungen ...
- 402 #00:40:08-6# A. Georg-Wiese: Genau. Also, der Sozialhilfeträger bewilligt Sachleistungen und das ist
403 praktisch die Betreuungsleistung durch Träger XY. Und Träger XY hat bisher, weil es als (unverständlich)
404 von PPM lief, eine Rechnung ja geschrieben an das zuständige Grundsicherungsamt und dann wurde
405 diese Rechnung bezahlt. Und zwar an Träger XY.
- 406 #00:40:29-0# D. Schönefeld: Und im Rahmen des Persönlichen Budgets würde Träger XY eine Rechnung
407 an den Klienten ...
- 408 #00:40:31-4# A. Georg-Wiese: Ne, erst mal überhaupt nicht. Im Rahmen des Persönlichen Budgets wäre
409 es so, dass zunächst mal der Mensch vom Grundsicherungsamt das Geld direkt auf sein Konto bekäme
410 dann würde dieser Mensch mit dem Geld zu Träger XY gehen und sagen „ich will von euch betreut
411 werden und zwar, ich habe hier 1.000 € und dafür möchte ich betreut werden von euch“.
- 412 #00:40:51-9# D. Schönefeld: Richtig, aber dieser ...
- 413 #00:40:52-7# A. Georg-Wiese: Und Träger XY schreibt eine Rechnung dann natürlich an den Klienten
414 allerdings, ja.
- 415 #00:40:58-3# D. Schönefeld: Und es wäre aber ja so, dass beim Sozialamt würde dieser Klient ja aus
416 dieser pauschalen Berechnung, wie es ja für die Träger gemeint ist ... aufgrund dieser Hilfebedarfs-
417 gruppen etc., was ich hier drin gelesen habe (gemeint ist die auf dem Tisch liegende Anlage 2.2 der
418 Mustervereinbarung). Also berechnet das wird, würde ich hier gar nicht mit erfasst werden. Sonst würde
419 die Leistung für ihn beim Träger ja doppelt vergütet.
- 420 #00:41:23-4# A. Georg-Wiese: (demonstriert das System auf dem Konferenztisch mit einer Teekanne,
421 einer digitalen Tischuhr und seinem Brillenetui) Ne, also: das ist das Persönliche Budget, nicht?! Und hier
422 sind die Menschen ... äh, das ist die Budgetvereinbarung die wir auf der Ebene 75, Abs. 3 mit dem Träger
423 treffen. Da ist der Geldtopf und da ist der Kliententopf, so. Und dann kommt jemand an und sagt „ich hätte
424 gerne Persönliches Budget“. Er läuft völlig außerhalb dieser Geschichte. Ja, Träger XY freut sich natürlich
425 über jeden Selbstzahler, also Träger XY ... für Träger XY ...
- 426 #00:41:58-2# D. Schönefeld: Genau, dass meine ich, der wird im System nicht erfasst ...
- 427 #00:41:55-5# A. Georg-Wiese: Ne ... ne. Das wäre ich ja auch unsinnig, also ...
- 428 #00:42:00-9# D. Schönefeld: Ne, genau, das meine ich mit der Doppelvergütung. Einmal würde eine
429 Rechnung an ihn gehen und der Träger würde über seine Pauschale ...
- 430 #00:42:08-1# A. Georg-Wiese: Ne. Dieser Mensch taucht in diesem System überhaupt nicht auf, also der
431 taucht auch gar nicht auf dieser Ebene Anzahl der Stunden oder Klienten auf. Sondern das ist ein Spiel,
432 dass völlig außerhalb läuft, genauso wie bei jedem Selbstzahler es außerhalb läuft, oder wenn ein außer-
433 hamburgischer Kostenträger jetzt nun zufälligerweise mal Träger XY in Anspruch nehmen will. Das läuft ja
434 alles außerhalb dieser Budgetvereinbarung, die wir mit dem Träger geschlossen haben – Geld und
435 Stunden. Deswegen findet auch keine Doppelfinanzierung statt. Wir haben ja nur die Menschen in das
436 Budget einbezogen auch, die die Sachleistung vom Sozialhilfeträger erhalten haben, nur die Fälle sind ja
437 Gegenstand der Budgetvereinbarung. Alle anderen Fälle kennen wir ja gar nicht. Also, wenn ein Mensch
438 sagt „ich hätte gerne Betreuungsleistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets“, dann marschiert er ja
439 los und geht möglicherweise zu Träger XY oder irgendeinem anderen Träger. Das ist ja die Freiheit, die
440 dieser Mensch hat, von daher können wir diesem Menschen bei der Budgetberechnung von Träger XY
441 gar nicht mit einbeziehen, weil wir gar nicht wissen, ob er überhaupt zu Träger XY hingegangen ist. Das
442 interessiert uns ja auch nicht im Rahmen des Persönlichen Budgets. Also: keine Doppelzahlung.
- 443 #00:43:31-4# D. Schönefeld: Welche Unterstützung gibt es für kleinere PPM-Träger, die Vorgaben des
444 niedrigschwelligen Angebots, bezüglich z. B. Raumangebot und Ausstattung tragen zu können? Gibt es
445 dort seitens der Behörde eine Unterstützungsleistung dafür?
- 446 #00:43:49-0# A. Georg-Wiese: Also, das will ich mal doppelt bea... also, da will ich mal zwei Aspekte
447 dazu sagen. Also, der eine Aspekt ist der: es ist überhaupt nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers, Wirt-
448 schaftsbetriebe und auch die Sozialwirtschaft ist ja ein Wirtschaftsbereich, nicht, und die Betriebe die dort
449 drin sind, sind Wirtschaftsbetriebe, nicht?! Es ist überhaupt nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers, Wirt-
450 schaftsbetriebe zu fördern, zu unterstützen oder sonst was zu tun, das ist ja auch sehr kompliziert und
451 würde sich ja sehr schnell auch im Bereich Wettbewerb und Wettbewerbsverzerrung bewegen, nicht?! Ist

452 ja keine triviale Veranstaltung. Also ist es nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers, irgendeinen kleinen Be-
453 trieb, der irgendein Problem hat mit irgendetwas finanziell zu unterstützen, damit er um Himmels Willen
454 am Leben erhalten bleibt. Das ist mal so der ganz schlichte, einfache Grundsatz, den es dabei zu
455 beachten gibt. Das kann man natürlich gemein finden, vor allen Dingen für die Betriebe, die jetzt meinen,
456 sie hätten Schwierigkeiten sich ins neue System hineinzubegeben. Aber, wenn man überzeugt davon ist,
457 dass das was bisher nicht so gut war oder jedenfalls das was jetzt ist, für die Menschen, um die geht es ja
458 eigentlich, besser ist, als das, was vorher war, dann muss man eben sich klar dann auch zu dem Punkt
459 verhalten, nämlich, der Job ist, hier für Menschen, die einen Bedarf haben ein möglichst optimale Angebot
460 zu machen. Der Job hier ist nicht, Träger am Leben zu halten, die vielleicht nicht in der Lage sind, ein
461 besseres als bisher vorhandenes Leistungsangebot anbieten zu können. Das ist also mal der schlichte
462 Grundsatz. Der zweite ist der, wir haben immer wieder – und ich auch – immer wieder gesagt, wir unter-
463 stützen jede Kooperation zwischen verschiedenen Trägern und ich habe ja vorhin zu dem Thema Koope-
464 rationsbereitschaft bei Trägern schon was gesagt. Da will jeder eben möglichst sein eigenes Ding machen
465 und jammert ganz laut, wenn das nicht funktioniert. Und der dritte Punkt ist der, es gibt natürlich Träger,
466 die haben Anpassungsschwierigkeiten, weil einmalige Investitionen notwendig sind. Also man hat Räum-
467 lichkeiten und muss dann irgendwelche Stühle und Tische und sonst was da reinstellen und ich habe den
468 Trägern dann durchaus auch einmalige Strukturunterstützungen ermöglicht, finanziell, nicht, soweit ich
469 auch kein Interesse daran habe, dass ein Träger das ... mir ist es wurscht, ob ein Träger platt geht, das
470 sage ich auch mal so ganz deutlich, aber mir ist es natürlich nicht wurscht, dass dieser Träger ja mög-
471 licherweise auch 40 Menschen betreut und diese 40 Menschen, die haben bisher ja mit dem Träger
472 zusammengearbeitet und da gibt es ja auch persönliche Betreuungsbeziehungen und die kann man nicht
473 so einfach aufs Spiel setzen. D.h., ich habe also den Trägern Strukturunterstützungsleistungen durchaus
474 ermöglicht, aber nicht um die Träger im Netz zu halten, das muss ich ganz deutlich sagen, sondern vor
475 allen Dingen, um die Betreuungskontinuität für die Menschen weiterhin zu sichern. So, das ist, wenn man
476 so will, der Abwägungsprozess zwischen dieser sehr knallharten Haltung, zu sagen, mir ist es letztendlich
477 völlig wurscht und welcher Träger wie am Netz ist. Aber mir ist es natürlich überhaupt nicht wurscht, was
478 mit den Menschen passiert, wenn ein Träger an der Stelle ist, zu sagen „ich bin jetzt wirklich am Punkt,
479 betriebswirtschaftlich feststellen zu müssen“, beispielsweise irgendein ambulanter Pflegedienst, „ich muss
480 mich von dem Bereich ambulante Eingliederungshilfe trennen, sondern will mich weiter auf meinen Kern-
481 bereich Pflegeleistungen, medizinische Leistungen, konzentrieren“ und dann sind da irgendwo eine An-
482 zahl von Menschen, die fallen dann irgendwo runter und für die muss man Lösungen finden und eine
483 Lösung ist natürlich, die können dann ja einem anderen wechseln und dann ist das mit dem Thema Be-
484 treuungskontinuität sofort ein Problem, finde ich. Oder man findet eben für den Träger eine Unterstüt-
485 zungsleistung, die es ihm ermöglicht, mit einer einmaligen Investition die Voraussetzungen soweit herstel-
486 len zu können, dass er am Netz ist. Oder man ermuntert ihn eben besonders, dann sich noch mal nach
487 Kooperationspartnern umzuschauen. Das ist ja auch passiert, Gott sei Dank.

488 #00:48:35-2# D. Schönefeld: Es sind Ihnen kleinere Träger bekannt, die letztlich ...

489 #00:48:39-7# A. Georg-Wiese: Ob kleinere oder wie immer, es gibt Träger, die haben miteinander koope-
490 riert, die haben das zum Anlass genommen, weil sie festgestellt haben ... nebenbei auch, also auch klei-
491 nere die vor der Frage standen, „können wir das wuppen?“, haben kooperiert. Und das finde ich sehr gut,
492 weil das eben nicht nur eine Frage der betriebswirtschaftlichen Betrachtung ist, sondern für mich auch
493 wieder der andere Teil, der fachliche. Wenn mehrere Träger miteinander kooperieren kann man wirklich
494 sehr viel mehr auf die Beine stellen – auch fachlich. Ich habe vorhin gerade einen Flyer gehabt von fünf
495 Trägern, die sich in der Region Altona zusammengeschlossen haben, u.a. auch dieser wiederholt ange-
496 sprochene Träger XY. Und die bieten da mittlerweile ein ziemlich breites Angebot an, wo jeder dann
497 immer mal für einen Tag oder wie eine Federführung hat und dann wird deutlich, dass auch über die Ko-
498 operation sich nicht nur betriebswirtschaftlich was rechnet, sondern dass man auch an der Stelle, gerade
499 wenn man in sozialräumlichen Überlegungen sich bewegt und Entwicklungen dabei im Auge hat, dass
500 man da wirklich viel mehr Möglichkeiten hat, als irgend so ein kleiner dödlicher Träger, der sich über seine
501 Frühstücksguppe freut und sie jetzt um eine Abendbrotgruppe erweitert, so, um das mal jetzt etwas platt
502 auszudrücken.

503 #00:50:05-4# D. Schönefeld: Welche Vorteile und welche Nachteile könnte es im neuen Modell der ASP
504 für die Klienten geben?

505 #00:50:11-8# A. Georg-Wiese: Na, das habe ich ja schon gesagt. Also, integriertes Leistungsangebot,
506 also die Aufhebung der Grenzziehungen zwischen den den drei ja bisher solitär im Raum stehenden. Und
507 wenn es dann dazu kommt – und darauf setze ich, dass die Träger ja weitaus mehr überlegen müssen,
508 wie sie den Raum um sich herum für sich nutzbar machen, nicht, das ist doch der Vorteil. Also es geht
509 doch darum, – noch mal – die Grenzen zwischen dem, sagen wir mal, Innenbereich, also der psychiatri-

510 schen Gemeinde und dem, was da draußen ist im Leben, wie es tobt, also durchlässiger zumachen. Das
511 ist doch der Vorteil, nicht?! Die Öffnung des Sozialraums. Nebenbei gibt es da auch noch einen kleinen
512 Hinweis, der wirklich ernst zu nehmen ist, sozialräumliche Arbeit konnte bisher überhaupt nicht finanziert
513 werden ... ja? Weil nämlich, also nehmen wir mal eine BeWo, ein BeWo-Angebot, das BeWo-Angebot hat
514 sich finanziert über die bedarfsgerechten Bewilligungen für die einzelnen Menschen, ja, also Bedarfsgrup-
515 pe ... mit weiß ich, was für Geld hinterlegt. D.h. also alles das was für den einzelnen Menschen, also über
516 die Summe der einzelnen Menschen bewilligt wurde, das Geld ist ja dann auch für die Infrastruktur ausge-
517 geben worden, für die Begegnungsstätte und für die Betreuung. Wenn aber ein Mensch eine Leistung
518 bewilligt bekommen hat, in einem bestimmten Umfang hat er auch einen Anspruch darauf, diesen Umfang
519 tatsächlich zu bekommen. Wenn man allerdings dann nicht mehr Einzelarbeit nur macht, sondern wenn
520 man auch in das Feld hinausgeht, dann muss man ja diese Arbeit auch – also so das, was ich früher als
521 Gemeinwesenarbeit beschrieben, jetzt ja als Sozialraumarbeit beschrieben wird, man muss das ja auch
522 finanzieren. Das ist ja auch in der neuen Terminologie klientenunspezifische Arbeit, ja?! Finanziert ist
523 allerdings bisher die Leistung klientenspezifisch. Wenn ich also ein Finanzierungssystem habe, in dem es
524 nur klientenspezifische Finanzierung gibt und ein Anspruch des Klienten besteht, diese Leistung voll um-
525 fänglich auch zu bekommen, die ihm bewilligt wurde, dann bleibt kein Geld mehr übrig, um klientenunspe-
526 zifische, also Feldarbeit zu leisten, ja, so! Also es war bisher gar nicht möglich, obwohl alle davon geredet
527 haben, war es formal gar nicht möglich, weil gar kein Geld war, also das hätten die immer als Privatver-
528 gnügen machen können, die MitarbeiterInnen in den jeweiligen BeWo-Begegnungsstätten. Und die Bud-
529 getfinanzierung eröffnet überhaupt erst die Möglichkeit, diese Feldarbeit finanzieren zu können, das muss
530 man schon auch mal sich auf der Zunge zergehen lassen.

531 #00:53:04-4# D. Schönefeld: (unverständlich) ... Mitarbeiter davon, ist ja auch, welche Vorteile und wel-
532 che Nachteile könnte es im neuen Modell der ASP für die Mitarbeiter der Träger geben?

533 #00:53:09-5# A. Georg-Wiese: Ach, ehrlich gesagt, über die Nachteile will ich mir gar keine Gedanken
534 machen, also über die Nach... also, sagen wir mal so, also, über das Problem der Selbstreferenz bei der
535 Beschreibung der Notwendigkeit, dessen was man bisher getan hat, habe ich schon was gesagt. Also, ich
536 sag' mal, ich weiß nicht, ob ... bisher ist es wohl so, das Mitarbeiter es als Problem sehen, dass sie plötz-
537 lich anfangen sollen, mehr in sozialräumlichen Kategorien zu denken – das haben sie bisher überhaupt
538 nicht brauchen, weil es ja alles eine brave 1:1-Betreuungsbeziehung war – überwiegend, und mal so ein
539 bisschen Gruppe im BeWo-Bereich, da gab es in der Tat eine offene Begegnungsstätte. Aber alles war ja
540 sehr bezogen auf den einzelnen Klienten. Jetzt geht es ja darum, wenn man so will, die Wechselbezieh-
541 ung zwischen dem Klienten und seiner Nachbarschaft zu fördern. Also, es geht nicht mehr, nur den ein-
542 zeln Menschen ins Zentrum, ja der Handlungen und der Aufgaben zu stellen, sondern zu gucken in wie
543 weit kann ich eigentlich für den Klienten das was um ihn herum ist, besser nutzbar auch entwickeln,
544 fördern, nicht?! Das geht ja um Inklusion, ha ha. Also, die Menschen sollen aufeinander zugehen, nicht,
545 so?! Das passiert ja aber leider ja nicht von alleine, das ist ja ein Prozess, den man möglicherweise
546 befördern muss, das ist eine enorme Herausforderung für das Personal, weil sie nämlich über diese Frage
547 bisher weder nachgedacht haben, noch hat die Lehre was dazu beigetragen, also die HAW ... ich kenne
548 da nichts, wo das Thema Sozialraumentwicklung eigentlich eine Rolle spielt. Ich kenne auch das gleiche
549 Thema ... das spielt auch keine Rolle an der Hochschule des Rauhen Hauses, also ich sag mal, die ha-
550 ben natürlich auch keine Ahnung davon und wissen nicht, wie sie das eigentlich zukünftig den Studenten,
551 die dort sind, vermitteln sollen.

552 #00:55:10-9# D. Schönefeld: Es wird theoretisch zwar vermittelt ...

553 #00:55:10-7# A. Georg-Wiese: Ja, theoretisch, aber die Theorie ist nicht das interessante, sondern das
554 interessante ist eigentlich immer, wie man die Theorie ins Leben umsetzt. Also irgendwie muss der einzel-
555 ne Mensch ja mit seiner tollen Theorie die er hat, muss er auch mal losmaschieren können und eine Idee
556 dazu entwickeln, ja, was bedeutet das eigentlich jetzt für mich. Es ist ja relativ einfach, sich vorzustellen,
557 ja, also Einzelfallhilfe heißt also, ich sitze da mit meinem Klienten zusammen und denke mir allerlei aus
558 und wir reden miteinander, methodisch klug, oder nicht klug, was immer man dazu machen kann, wie
559 immer – das ist ja auch ein interessantes, tolles Feld, wie klug und gut und methodisch fundiert ich das
560 mache, das ist aber nur der eine wesentliche Teil. Nebenbei, es läuft immer darauf hinaus – auch wenn
561 man immer behauptet, das wäre gar nicht so, aber sagen wir mal, die Beziehung zwischen Klienten und
562 Betreuer ist nie auf Augenhöhe. Also, wenn man glaubt, dass das so wäre, dann ist das, sagen wir mal
563 so, aus der Sicht derer die es behaupten, also der Profis irgendwie, für mich eher eine Form der Anbie-
564 derungsstrategie – findet man in der Jugendhilfe ja häufiger: wir müssen ja sozusagen wie unsere Klien-
565 ten, damit die uns überhaupt akzeptieren und wir miteinander dann in eine tragfähige Beziehung kommen.
566 Das finde ich, nebenbei gesagt, ziemlichen Quatsch und eine ziemliche Illusion, der man da nachhängt.
567 Sondern man wird eigentlich, je mehr man das macht, zum Trottel eigentlich oder so, sagen wir mal so,

568 man wird nicht ernst genommen. Aber unabhängig mal von der Betrachtung ist es so, diese Form der 1:1-
569 Beziehung, gerade weil sie eben asymmetrisch ist, führt ja auch ... oder hat ja auch ... oder beinhaltet ja
570 immer auch die Gefahr weiterhin auf der Defizitorientierung verhaftet zu bleiben. Ich rede ja deshalb mit
571 dem Klienten, weil ich ja weiß, dass er etwas nicht kann, was er ja erst lernen will und sich entwickeln will,
572 dabei bin ich ihm behilflich. So, das ist ja so die Sichtweise. Okay, wenn ich also mal anfangs diese Sicht-
573 weise ein Stück zu erweitern, sag ich mal, ich sage ja gar nicht, zu verlassen, sondern zu erweitern indem
574 ich das soziale Feld des Klienten mit einbeziehe, dann bedeutet das natürlich zum einen, da bin ich
575 wieder an der Stelle, dass ich sozusagen meine großartige Haltung zu wissen, was für den Klienten gut
576 ist, aufgeben muss. Nebenbei, man holt ja auch eine Menge an Selbstbestätigung aus dieser Beziehung
577 heraus, man verbrennt sich auch dabei, das ist die Kehrseite der Geschichte ... die Frage von Nähe und
578 Distanz ist ja ein spannendes Thema. Also ich könnte sagen, für die Betreuer wäre es gut, weil sie auf
579 diese Weise, sagen wir mal, gezwungen werden, sich auf über das Thema Nähe-Distanz und ihrer bishe-
580 rigen Arbeitsvorstellungen von Klientenbeziehungen Gedanken zu machen. Aber das ist jetzt ein bisschen
581 gemein, wenn ich das so sage, also sage ich lieber, ich finde es eigentlich auch ganz gut, wenn sich So-
582 zialarbeit auch darüber Gedanken macht, wie organisiert sie eigentlich genau dieses Aufweichen der
583 Grenzen für den jeweiligen Klienten stärker in dem Stadtteil verbunden zu sein, im Sinne von Inklusion.
584 Nicht? Habe ich doch toll gesagt, nicht?!

585 #00:58:25-8# D. Schönefeld: Wunderbar.

586 #00:58:28-8# A. Georg-Wiese: Ja, ich glaube da ist alles von mir gesagt worden, was ich dazu sagen
587 kann. Mir ist aber auch klar, dass es eine richtig interessante Herausforderung die ASP hinsichtlich Perso-
588 nalentwicklung in den Betrieben und Fortbildungsangebote, von wem auch immer organisiert. Und die
589 Lehre und so, die sollen da ... die werden sich auch bewegen müssen, da noch mal ein bisschen über
590 ihre Lern- und Lehrinhalte nachzudenken, nicht? Das ist auch so, damit alles vermacht ist, stellt wirklich
591 eine ganze Menge in Frage und stellt eine ganze Reihe von neuen Fragen, wo man auch nicht nur theore-
592 tisch auf der Handlungsebene handlungsfähig werden muss.

593 #00:59:23-2# D. Schönefeld: Ja, eigentlich habe ich nur noch eine Frage zum Abschluss, die ist sehr
594 allgemein, wenn Sie noch Zeit haben?

595 #00:59:30-7# A. Georg-Wiese: Ja, habe ich noch.

596 #00:59:31-5# D. Schönefeld: Ganz kurz: Haben Sie das Gefühl, dass die psychischen Erkrankungen zu-
597 nehmen, oder nimmt die Diagnostik einen größeren Raum ein, als früher?

598 #00:59:40-0# A. Georg-Wiese: Es ist ja relativ egal, was für ein Gefühl ich habe, also, ich sage mal, ich
599 habe ja über viele Jahre mit der steigenden Nachfrage nach sozialpsychiatrischen Leistungen hier zu tun
600 gehabt und habe mich auch mit der Frage auseinandersetzen müssen, was ist eigentlich in unserem Land
601 los, dass mehr ins System drängen. Also, trotzdem gibt es ja keine gesicherten Informationen über das,
602 was in unserem Land passiert. Hamburg ist die Hochburg der psychischen Erkrankungen, also Hamburg
603 hat auch die höchste Zahl der niedergelassenen Therapeuten – es gibt mit Sicherheit eine Wechselbe-
604 ziehung dazu. Hamburg ist allerdings auch die Singlehochburg und wenn man dann mal sich anguckt,
605 Entsolidarisierung in der Gesellschaft und zunehmende Ökonomisierung, die ja auch mit dem Arbeits-
606 leben zu tun hat – es gibt ja keine dauerhaften Arbeits- und Lebensbiografien mehr, sondern Arbeits- und
607 Lebensbiografien sind ja häufig durch Wechsel und Brüche gekennzeichnet. Das ist, wenn man so will,
608 auf der Ebene des erfolgreichen Yuppie-Dynamos ist das natürlich auch die, sagen wir mal so, die
609 Verpflichtung, ja?! Man muss also in verschiedenen Bereichen lernen und dann wird man immer klüger
610 und wird immer besser und das ist so die Vorstellung, nicht, also deswegen soll man ja auch nirgendwo
611 länger, als fünf bis, weiß ich, sieben Jahre bleiben. Aber, sagen wir mal so, diese ganzen anderen
612 Menschen, die ja so wie ... ich habe ja mal angefangen bei Siemens, als Fernmeldetechniker eine Lehre
613 zu machen. Ich hatte natürlich schlicht die Vorstellung damals, dass ich ja mein Leben lang bei Siemens
614 bleiben würde, so war das ja in der Zeit, als ich damals ... so war ja lange Zeit auch Arbeitsleben gekenn-
615 zeichnet mittlerweile ist ja Arbeitsleben dadurch gekennzeichnet, dass Siemens also da eine ganze Sparte
616 verkauft an irgendeinen Fond, der dann also ordentlich Kohle machen will, das zerschlägt und dann landet
617 man woanders und die Leute landen irgendwo. Also, Arbeitsbiografien sind sicherlich auch ein entschei-
618 dender Punkt. Aber es ist sicherlich auch so, wenn Hamburg die höchste Dichte hat der Therapeuten,
619 dann ist natürlich klar, dass die alle auch Geld verdienen wollen und ich sage mal, also das was früher so
620 als normal mal so hingenommen hat, ist ja heute eine Lebenskrise, wo man irgendeine Unterstützungs-
621 leistung braucht. Also, das glaube ich, ist ein ziemlich komplexes Thema, weil es haben sich, glaube ich,
622 Rahmenbedingungen wirklich verschlechtert für die Menschen und die reagieren tatsächlich mit zuneh-
623 mender Hilflosigkeit auf diese Situation. Ich meine, wenn man sich vor allen Dingen vorstellt, dass die
624 meisten ihr Leben ja auch überwiegend über Computer nur noch organisieren, kann man sich vorstellen,

625 dass sie mit dem Leben nichts mehr zu tun haben. Also es gibt da Risiken und Schwierigkeiten, da sind
626 sie überfordert ... gleichzeitig gibt es aber auch eine Sicht, die auch, sagen wir mal so, jedes Wehweh-
627 chen ja gleich zu einer Depression erklären und dann auch gibt es Leute, die daran gut verdienen. Und
628 auf diesen Prozess, ohne dass ich sagen könnte, was ist nun Henne und was ist Ei, scheinen wir uns in
629 dieser Gesellschaft zu bewegen, möglicherweise überfordern wir uns alle mit dieser wunderschönen
630 kapitalistischen Turbogesellschaft und gleichzeitig gibt es eben auch eine Industrie, die richtig gut damit
631 verdient, dass wir dann die Menschen auch sehr schnell etikettieren und zu psychisch Erkrankten erklä-
632 ren. Also, es gibt ja, das ist klar, Depressionen und Angsterkrankungen nehmen zu. Nebenbei, die richtig
633 klassischen psychiatrischen Krankheitsbilder nehmen nicht zu, ja?! Also das Thema Depression nimmt zu
634 und das Thema Angsterkrankung nimmt zu. So, und wenn heutzutage mal ein Lebenspartner oder eine
635 Ehefrau oder auch Ehemann stirbt, dann ist man sofort schnell dabei, in eine ... als depressiv erkrankter
636 Mensch entsprechend behandelt zu werden. Früher gehörte da ...

637 #01:03:45-3# D. Schönefeld: Nach dem DSM V dürfen Sie jetzt nur noch zwei Wochen trauern.

638 #01:03:47-6# A. Georg-Wiese: Ja, früher war es halt so, dass man eben auch getrauert hat, früher haben
639 die Frauen eben ein Jahr lang ein schwarzes Kleid getragen. Was sich damit sagen will ist gar nicht, dass
640 das alles besser war früher, ich will nur sagen, wir gehen heutzutage auch anders damit um und mein
641 Verdacht ist auch, das hat auch etwas mit der Gesundheitswirtschaft, WIRTSCHAFT, zu tun, nicht?!
642 Trotzdem können wir es nicht mehr finanzieren, die Krankenkassen klagen über hohe Ausgaben, die
643 sprengen jeden Rahmen. Der Sozialhilfeträger klagt über hohe Ausgaben ... aber heutzutage ist das so.
644 Ist mir aber auch letztendlich wurscht, ich kann es nicht ändern.

645 #01:04:30-5# D. Schönefeld: Nein, natürlich ging es auch nicht darum ...

646 #01:04:32-8# A. Georg-Wiese: Ne, aber ich sage mal, ich würde nicht behaupten, alles ... die Anzahl der
647 psychischen Erkrankungen nimmt zu. Aber ich sage auch, die Rahmenbedingungen dieser Gesellschaft
648 haben sich so verändert, dass in der Tat Menschen zunehmend mehr Schwierigkeiten haben, mit den
649 Anforderungen zurecht zu kommen. Das ist wohl so.

650 #01:04:53-0# D. Schönefeld: Ja, von meiner Seite war es das eigentlich mit dem Interview ... haben Sie
651 noch irgendwelche Anmerkungen?

652 #01:04:55-3# A. Georg-Wiese: Ne, ich habe keine Anmerkungen, aber ich habe mir vorhin überlegt, ich
653 würde gerne irgendwann ein Exemplar dieser Arbeit haben.

654 #01:05:04-1# D. Schönefeld: Das sollen Sie haben, unbedingt.

655 #01:05:06-1# A. Georg-Wiese: Ja, wunderbar.

656 #01:05:08-0# D. Schönefeld: Ja, dann bedanke ich mich für das Interview, Herr Georg-Wiese.

657 #01:05:11-1# A. Georg-Wiese: Bitte sehr.

Begriff von Inklusion

Ja, also ich verstehe die Inklusion so, dass die Menschen – so das ist aus dem Englischen Inclusion, Einschließung in der Gesellschaft, dass die Menschen quasi eingeschlossen, also gleichberechtigt akzeptiert in der Gesellschaft werden, aber ohne ihre Eigenheiten oder Besonderheiten aufzugeben. Also, sonst ... der Unterschied zu Integration, wo man von den Menschen mit Behinderung oder Migrationshintergrund erwartet, dass sie sich weitgehend anpassen. Vielleicht gewisse Besonderheiten, kann man sagen, behalten dürfen, aber dass die Mehrheit der Gesellschaft bestimmt, inwieweit sich die anpassen müssen.

(Z. 3 - 9)

PARAPHRASE: Inklusion ist die Akzeptanz der Eigen- oder Besonderheiten von Menschen durch die Gesellschaft. Dieses betrifft nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern z. B. auch diejenigen mit Migrationshintergrund.

Partizipation der Marktteilnehmer

Ich meine wir wurden da, erstmals, bei ersten Konzepten gar nicht angebunden. Da ist da Herr Eckert vom LAG für behinderte Menschen, Vorstandsmitglied, der ist da Geschäftsführer von Leben mit Behinderung, soviel ich weiß, mit Staatsrat Pörksen hat er gesprochen und dann wurde irgendwie als Ergebnis so dieses Begleitmanagement errichtet. Dieses Begleitmanagement sind da eben Betroffenen-, Angehörigevertreter auch dabei mit beratender Stimme, aber ich sehe trotzdem, dass sonst keine Beteiligung auf gleicher Augenhöhe und zwar bei dem letzten Treffen vom Begleitmanagement war ausnahmsweise auch von ... der wurde auch von vornherein benannt schon, mein Kollege Klaus May*. Und der konnte zwei Termine, weil er gleichzeitig ExIn'ler-Ausbildung macht, konnte er die nicht wahrnehmen. Und bei einem dritten Termin war er dabei und Herr Georg-Wiese, als erste Handlung hat das beanstandet, hat er gesagt, was er da hier überhaupt macht, oder hat irgendwie die Leute gedrängt, dass man da beschließt, ob er teilnehmen darf oder nicht und für mich war das ziemlich ... er musste dann eben rausgehen. Für mich war das auch ziemlich unangenehm, die Situation, ich habe auch gesagt, dass ich auch mitgeteilt habe von vornherein, bei der LAG, dass er auch teilnimmt. Und für uns ist das wichtig, erst mal weil wir, gut, als betroffene Menschen können wir uns auch nicht ganz so gut auf alles konzentrieren und zweitens, ich habe da ... ich bin auch bundesweit unterwegs, ich habe mal andere Termine und hoffe auch, dass zumindest mal einer von uns dabei ist. Und, ja, dann hat man im Endeffekt gesagt, dass einer von uns darf dabei sein, aber nicht zwei auf einmal, weil das angeblich den Rahmen sprengt.

(Z. 93 - 110)

Aber ich meine, aber er ist da Klient der Eingliederungshilfe, dieser ... deswegen ist doch besser, wenn er da sitzt. Ich meine, ich sehe das insgesamt als ziemlich kleinlich, wenn man als erste Handlung versucht, da ... sich sorgt, dass kein Betroffenenvertreter zuviel dabei sein wird. Sogar Frau Stumpf von der LAG hat mich darauf angesprochen und sie hat irgendwie auch Bedenken gehabt, dass das sprengt angeblich den Rahmen, wenn zu viele Betroffenenvertreter dabei sind, aber die Vertreter der Wohlfahrtsverbände waren auch manchmal zu zweit oder zu dritt und zuerst waren auch Angehörigenvertreter zu zweit und da hat man auch nichts dazu gesagt. Also ich finde das auch irgendwie, auch wenn das vielleicht formell, ja, korrekt ist, dass ... ich finde das ziemlich von dem Herrn Georg-Wiese, ziemlich kleinlich. Ich muss sagen, diese Richtung ... und manchmal ich denke diese Richtung, wo man formell immer die gleiche Augenhöhe ... aber wenn da nicht gleiche Wissensstand gibt, dann ist auch nicht in Wirklichkeit die Gleichheit ... kann man so sagen, ja.

(Z. 139 - 149)

Die waren auch zu zweit und am Anfang war noch jemand, ich glaube Herr Tscheulin (?) oder so, heißt er, oder sonst'was. Die waren auch noch zu zweit, ja.

(Z. 154 - 155)

Und deswegen, weil das eben grundsätzlich die Vertreter von Hauptakteuren betrifft und die das schwächste Glied sind und wenn man irgendwie als wichtigste Sache erachtet, eine Person auszuschließen, das finde ich, hat schon gewisses Geschmäckle.

(Z. 163 - 165)

PARAPHRASE: Bei den ersten Konzepten wurden die Psychiatrie-Erfahrenen nicht eingebunden. Erst als Herr Eckert von der LAG mit dem Staatsrat Herrn Pörksen gesprochen hatte, wurde ein Begleitmanagement eingerichtet, welches eine beratende Funktion durch Betroffenen- und Angehörigenverbände wahrnehmen sollte. Dennoch fanden die Treffen mit der BASFI nicht auf gleicher Augenhöhe statt, was das Beispiel der

* Name in Abschrift des Interviews geändert

Einbindung des Klientensprechers Herrn May vom Träger XY verdeutlicht: Dieser wurde zu Beginn der Sitzung hinauskomplimentiert, weil zwei Vertreter auf Betroffenenseite nach Meinung der Behörde den Rahmen sprengen würde. Diese Situation war sehr unangenehm und letztlich kleinlich, da sowohl auf Behördenseite, auf Seite der Trägerverbände als auch auf der des Angehörigenverbands oftmals zwei oder gar drei Vertreter anwesend waren. Gerade weil der ‚Rausschmiss‘ die Seite der von den Umstrukturierungen direkt Betroffenen betrifft, kann man an dieser Stelle von einem ‚gewissen Geschmäckle‘ sprechen.

Sozialräumliche Betrachtung

Also, ich finde das wäre so sinnvoll ... wäre sinnvoll, nicht extra künstliche Sozialräume zu schaffen, sondern gehen z. B. und Mehrgenerationenhäuser, wenn man älter ist, Seniorentagesstätte, na gut, das ist auch ... es gibt schon Eingrenzung aufs Alter, aber Volkshochschulkurse oder sonst öffentliche Vorträge, Büchereien, Gaststätte z. B. Sicher, dass ist so, dort wo, kann man sagen, auch Nichtbetroffene und andere Menschen sich auch treffen, dass man keine Unterschiede macht.

(Z. 39 - 44)

PARAPHRASE: Es sollten nicht extra künstliche Sozialräume für die Psychiatrie-Erfahrenen gebaut werden, sondern die bereits vorhandenen genutzt werden, an denen sich auch ‚normale‘ Menschen begegnen.

Also ich halte nicht soviel ... und um sie extra auszubauen, braucht vielleicht in manchen Fällen, irgendwie schon wie in so Stadtteiltreff, dass man da Mitarbeiter vielleicht ein bisschen darauf einstellt, sowas. Und dass man versucht da in dem Bereich da die Inklusion zu schaffen, wenn das eben den Wünschen von Betroffenen nicht widerspricht, also wenn sie ... soll man eher respektieren, wenn sie eher unter sich bleiben möchten, weitgehend dann. Wäre da auch, kann man sagen, diese Begegnungsstätte auch nicht unbedingt verkehrt. Also ich kann mir, sagen wir eher vorstellen, dass die Begegnungsstätte von eher Leichterkranken genutzt wird, oder von den Menschen, die von der Erkrankung eben bedroht sind, z. B. wenn jemand Langzeitarbeitslos ist, Sozialhilfeempfänger, hat er in die ... vielleicht für ihn dann nicht ganz so wichtig, wie die Begegnungsstätte heißt, so da wo man da noch günstig Kaffeetrinken kann, weil man sich Kneipenbesuch nicht leisten kann. Kann man so sagen. Und da gehen, ich war da selbst in dem Bereich noch (unverständlich) und vielleicht nicht ganz so wichtig, ob das Arbeitslosentreff ist oder eher Treff ist für die Betroffenen oder für Wohnungslosen, oder dort, wo man bisschen günstig was essen und Kaffeetrinken kann und wie auch immer, bisschen Kontakte knüpfen, vielleicht irgendwelche noch Angebote eben annehmen.

(Z. 51 - 64)

PARAPHRASE: In manchen Fällen genügen Orte wie Stadtteiltreffs, in denen die Mitarbeiter auf den Besuch von psychisch kranken Menschen vorbereitet werden sollten. Es sollte jedoch auch respektiert werden, wenn manche Menschen mit Behinderung unter sich bleiben möchten, von daher haben auch die Begegnungsstätten ihre Berechtigung. Auch ist vorstellbar, dass diese eher von Menschen mit leichter psychischer Erkrankung aufgesucht werden oder von Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, z. B. Langzeitarbeitslose oder Sozialhilfeempfänger. Für diese Gruppen ist es nicht so wichtig, ob es sich um eine sozialpsychiatrische Einrichtung handelt oder einen Arbeitslosentreffpunkt. In erster Linie suchen diese nach günstigen gastronomischen Angeboten, der Möglichkeit Kontakte zu knüpfen und erst in zweiter Linie nach Angeboten des Trägers.

Und wenn jemand wirklich verlernt hat, irgendwo selbst an Aktivitäten teilzunehmen, da ist, finde ich, diese Begegnungsstätte dann unzureichend, wenn man da nur das in Kauf nimmt, weil da gehen die Menschen nur dahin und haben vielleicht keinen Mut oder keinen Antrieb, woanders hinzugehen. Da wird das Leben dann zu sehr eingeschränkt, also dann bleibt man in diesem, wie man sagt, psychiatrischen Subkultur oder manche sprechen überspitzt von Ghetto sogar, ja. Also, das meine ich eben, das ist eben unzureichend, ich finde das ist nicht richtig gesagt, das habe ich in dem Vortrag (*4. April 2014 im Gästehaus der Universität Hamburg*) auch erwähnt, dass die Inklusion durch die Begegnungsstätte oder findet, also Begegnungsstätte nur als Sozialraum und nicht in der eigenen Wohnung. Wenn jemand z. B. sich, das ist nur ein Beispiel, älter ist, vielleicht sich nicht so gut bewegen kann, kann er z. B. auch, oder sie, Gäste einladen, zusammen spielen in der eigenen Wohnung, oder Videofilme gucken oder auch kommunizieren. Übrigens Skype oder Telefon kann auch ein Teil der Teilhabe sein und Inklusion, also das ist ...

(Z. 66 - 77)

PARAPHRASE: Für Menschen mit Hemmnissen an sozialen Aktivitäten teilzunehmen, sind die Begegnungsstätten nicht geeignet, wenn sie sich ansonsten nicht im gesellschaftlichen Rahmen bewegen können, weil dadurch nur eine psychiatrische Subkultur gefördert würde. Unzureichend ist auch, die inklusionsfördernde sozialräumliche Arbeit an der Begegnungsstätte festzumachen und nicht um die Wohnung der Klienten oder gar elektronischer Medien zu erweitern.

... den Sozialraumgedanken sehe ich auch positiv, aber die Hauptüberlegung, diese ökonomischen Zwänge sind auch im Konzept aufgeführt, da finde ich auch ist kein guter ... sagen wir, ja, kein guter, wie man sagt, Hauptgedanke, um diese Veränderungen herbeizuführen, also hauptsächlich ... und diese Sachen, die UN-Behindertenrechtskonvention, wo sich Herr Georg-Wiese darauf beruft, ich finde, dass hat eher wie Alibifunktion. Ich finde das da eher nicht tief genug eingestiegen wird, sondern da oberflächlich irgendwas gesagt wird, dass das im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention ist und hauptsächlich will man nur die Gelder sparen oder nicht viel ... nicht mehr Geld auszugeben, so dass mit dem gleichen Geld mehr Leute zu betreuen, sagen wir. Und das ... die Richtung ich finde ist falsch. Also, Veränderungsbedarf besteht, aber ist zumindest erheblichen Teil, finde ich, die falsche Richtung.

(Z. 190 - 199)

PARAPHRASE: Neben dem positiv zu beurteilenden Sozialraumgedanken, besteht im Konzept der ASP kein ‚guter Hauptgedanke‘, da die Systemänderungen durch ökonomische Zwänge geleitet sind. So wirkt auch der Bezug auf die Vorgaben der UN-BRK vorgeschoben, da nicht die Inklusion sondern die Einsparmöglichkeiten im Vordergrund stehen. Unbestritten ist, dass Veränderungsbedarf besteht, aber dieser zielt in die falsche Richtung.

Ja, was Vorteile betrifft, also ich denke, dass wir für die Klienten die hier leichter erkrankt sind oder doch eher durch vielleicht Armut und Einsamkeit bedroht, psychisch zu erkranken, kann möglicherweise mehr Begegnungsstätten mit Offenen Treffs geben. Also die können unter Umständen vielleicht profitieren, allerdings es ist die Frage, ob da irgendwie mehr Intensivgespräche oder Krisenbegleitung, wenn sich der Zustand verschlechtert, geben wird und grundsätzlich sagen wir, für manche Menschen die mehr vielleicht animiert werden rauszugehen, für die das Richtige wäre, kann auch das von Vorteil sein, dass da, sagen wir, nicht unbedingt nur starr in der eigenen Wohnung gesprochen wird.

(Z. 374 - 380)

Für manche Menschen, kann man sagen, kann das von Vorteil sein, mehr zum Sozialraum zu gehen, zu Begegnungsstätte, aber ... also für die, die leichter Betroffen sind, könne mehr Offene Treffs besuchen und vielleicht manche Menschen kommen jetzt mehr raus aus der Wohnung, also für einige kann das Vorteile geben, aber ich denke, für die Menschen, die, sagen wir, schwer chronisch krank sind, kann schon zum Nachteil werden, also. Es ist zu befürchten, dass man mehr Gruppenangebote macht, als individuelle Begleitung in eigener Wohnung und oder auch Begleitung zu Ämtern. Oder auch Begleitung zum vielleicht, auch eher so anderen Sozialraum, wo sie sich mit Nichtbetroffenen treffen.

(Z. 404 - 411)

PARAPHRASE: Für Menschen, die durch psychische Erkrankungen, Vereinsamung oder Armut bedroht sind, könnte es mehr Begegnungsstätten in Form von ‚Offenen Treffs‘ geben, wenn sie dadurch häufiger aus ihrer Wohnung herauskommen. Fraglich ist, ob die Intensität der Gespräche, gerade in Krisensituationen in so einer offenen Einrichtung zunimmt oder ob in erster Linie hier schwer chronisch Kranke durch Gruppenangebote bedient werden sollen, statt sie in schwierigen Lebenssituationen oder an Orte außerhalb des Trägers zu begleiten.

Ökonomisch Betrachtung

... und diese Sachen, die UN-Behindertenrechtskonvention, wo sich Herr Georg-Wiese darauf beruft, ich finde, dass hat eher wie Alibifunktion. Ich finde das da eher nicht tief genug eingestiegen wird, sondern da oberflächlich irgendwas gesagt wird, dass das im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention ist und hauptsächlich will man nur die Gelder sparen oder nicht viel ... nicht mehr Geld auszugeben, so dass mit dem gleichen Geld mehr Leute zu betreuen, sagen wir. Und das ... die Richtung ich finde ist falsch. Also, Veränderungsbedarf besteht, aber ist zumindest erheblichen Teil, finde ich, die falsche Richtung.

(Z. 193 - 199)

PARAPHRASE: Der Teilhabegedanke der UN-BRK dient der BASFI in erster Linie dazu, Haushaltsmittel einzusparen, indem künftig mit unveränderten Mitteln mehr Menschen betreut werden sollen.

Ich denke, zum Teil gibt es engagierte Träger, die sich da versuchen, das Beste daraus zu machen. Allerdings, sicher, die Träger sind auch mit durch die ökonomischen Zwänge gebunden und es ist eben die Frage, was für die Träger wichtiger ist, sagen wir ökonomisches Überleben oder sagen wir eben, Entwicklung von eben Klienten. Und ich denke, im Zweifelsfall müssen sie sehen wie sie und ihre Mitarbeiter zurecht kommen, ...
(Z. 211 - 214)

PARAPHRASE: Engagierte Träger werden versuchen, trotz der Budgetierung keine Nachteile für ihre Klienten entstehen zu lassen. Allerdings stellt sich die Frage, was diese tun, wenn es finanziell eng wird: Das eigene wirtschaftliche Überleben sichern oder die Entwicklung ihrer Klienten fördern? Im Zweifelsfall wird das Wohl der Träger und seiner Mitarbeiter überwiegen.

Ja, also ich muss sagen, da weiß ich nicht so eindeutig, ob die Behörde sie unterstützen ... ob die Behörde eine richtige Institution ist, um die Träger zu unterstützen, da ist für mich ... eher steht im Widerspruch zu dem kapitalistischen System, also. Das ist im sogenannten sozialistischen System, wäre das wohl eher, sagen wir. Ja, ich sehe das auch als, sagen wir widersprüchlich vielleicht, unter Umständen fällt mir ein, vielleicht in manchen Fällen eben Ja. Der Staat kann sich nicht aus der Verantwortung stehlen ...
(Z. 245 - 250)

PARAPHRASE: Der Staat ist wahrscheinlich nicht der richtige Ansprechpartner, wenn es um die Unterstützung von (kleineren) Trägern geht. Andererseits kann er nicht Vorgaben setzen, die die durch ihn finanzierten Träger vor wirtschaftliche Probleme stellen und sich aus der Bewältigung dieser dann heraushalten.

... über so verschiedene Gremien, Psychiatriebeirat, Psychiatriekoordinator, sagen wir, dass man da das steuert, aber ich meine nicht absolut die Eingliederungshilfe, sondern alle, kann man sagen, Angebote im Bereich der Psychiatrie. Unabhängig davon, von wem sie bezahlt werden, nach SGB V oder SGB XII, oder sagen wir mal anderen SGB. Das wäre so ein Plädoyer für gemeindepsychiatrische Verbände, die man verpflichtend einführt.
(Z. 252 - 256)

PARAPHRASE: Alle Angebote im Bereich der Psychiatrie sollten durch geeignete Schaltstellen koordiniert werden – und zwar unabhängig davon, wer der Kostenträger für die jeweilige Maßnahme ist.

Ich schätze die Bereitschaft der Behördenstrukturen negativ, kann man sagen, ich finde das sind starre Strukturen, starre Hierarchien und kann man sagen, dass sind eher die Menschen, die versuchen politische Vorgaben zu erfüllen und das hauptsächlich bedeutet, Haushaltskonsolidierung, also dort kürzen, wo die Betroffenen keine oder wenig Lobby haben, wo außerdem die meisten Mitarbeiter, ich denke – was in gewissem Sinne auch legitim ist –, müssen sehen, wie sie immer ihre Positionen halten können, die relativ gut bezahlt sind, erhalten können und sagen wir, es gibt wenig Menschen, wie Inge Hannemann, kann man sagen, die Rebellen sind.
(Z. 277 - 283)

PARAPHRASE: Die Behördenstrukturen sind sehr hierarchisch, so dass die einzelnen Mitarbeiter hier stur politische Vorgaben umzusetzen, weil sie bemüht sind, ihre Position in dieser Struktur zu halten, insbesondere, wenn diese gut besoldet oder vergütet ist. Und die oberste Maxime der Arbeit heißt, die Haushaltskonsolidierung voranzutreiben, was am besten dort funktioniert, wo davon Betroffene keine oder wenig Lobby haben, also der geringste Widerstand zu erwarten ist. In diesem Sinne gibt es wenig ‚Rebellen‘ wie Inge Hannemann in der Behörde, die dieses System in Frage stellen.

Ich sehe das nicht so richtig, wie das ... dass das nicht ... diese Sachen werden meiner Meinung nach nicht adäquat finanziert. Ich bin da zwar kein Experte in dem Bereich, aber ich befürchte, da kommt es eher zu einer Entwicklung, dass die – genau so, wie in der klinischen Psychiatrie, wo man Befürchtung hat, dass die Menschen, die unbequem und schwer psychisch erkrankt, dass die mehr auf der Strecke bleiben und dann

müssen zurecht auch die Angehörigen befürchten, dass sie doch verstärkt um die Menschen, noch mehr als bis jetzt, kümmern müssen.

(Z. 411 - 417)

PARAPHRASE: Die Budgetierung im ASP-Modell sorgt nicht für eine adäquate Finanzierung der ambulanten Sozialpsychiatrie. Die Befürchtung geht dahin, dass damit die ASP den gleichen Weg nimmt, wie die klinische Psychiatrie [die durch das Gesundheitssystem finanziert wird], in der Menschen, die psychisch schwer erkrankt oder auch einfach nur ‚unbequem‘ sind, nicht die erforderliche Unterstützung erhalten und in diesen Fällen ggf. die Angehörigen [die oftmals Teil des vorliegenden Problems beim psychisch erkrankten Menschen sind] noch stärker eingebunden werden.

Persönliches Budget

Ich habe da auch im letzten Satz meines Vortrages, dann geraten ... den manchen Betroffenen, wenn sie sich trauen, Persönliches Budget zu beantragen, damit sie diese Probleme dieses neuen Systems eben umgehen können.

(Z. 290 - 292)

Da wissen die, wie viele Stunden sie dafür kriegen. Also, ich meine, da können verschiedene Preise pro Stunde sein, aber dann ist für die alles klar. Das gleiche betrifft eben die Selbstzahler.

(Z. 307 - 309)

PARAPHRASE: Betroffene, die sich den Umgang mit dem Persönlichen Budget zutrauen, sollten dieses nun beantragen, denn dann können sie nachhalten, auf wie viele Stunden sie beim Träger Anspruch haben – ebenso wie Selbstzahler.

Und sonst, wenn man nur als, kann man sagen, Sozialhilfeempfänger kriegt man nur Anspruch, sogenannten Grundschein auf bedarfsgerechte Hilfe, dann weiß man auch nicht ... also ich weiß es auf jeden Fall nicht, was sie da aushandeln sollen, weil die können vielleicht auch nicht beurteilen, können vielleicht die Wünsche äußern, was für sie eine bedarfsgerechte Hilfe wäre, aber es ist vielleicht schon schwierig, das irgendwie festzuschreiben.

(Z. 313 - 317)

PARAPHRASE: Für die Betroffenen ist es schwierig, im System mit den Grundscheinen auszuhandeln, was die ‚bedarfsgerechte Hilfe‘ für sie wäre, da sie dieses zumeist auch nicht beurteilen könnten.

... manche wollen nicht von den etablierten Trägern begleitet werden, habe ich in meinem Vortrag auch erwähnt, sondern nehmen sie jemand aus dem Bekannten- oder Freundeskreis. Und ich glaube, von Verwandten wird das nicht so gerne angesehen und ich weiß es nicht warum, aber jedenfalls, das ist möglich, da muss nicht unbedingt das Träger machen, oder ... aber die können auch, zumindest auch teilweise zu einem Träger gehen und selbst quasi, ähnlich wie Selbstzahler, was aushandeln.

(Z. 336 - 341)

PARAPHRASE: Manche Betroffene möchten nicht von etablierten Trägern unterstützt werden und bevorzugen die Begleitung durch Personen aus dem Bekannten- oder Freundeskreis. Werden Verwandte eingebunden, wird dieses im Rahmen des Persönlichen Budgets nicht gern gesehen. Darüber hinaus können Klienten, die mit einem Persönlichen Budget ausgestattet sind, bei einem Träger wie ein Selbstzahler auftreten.

Aber ich sehe das als Alternative ... es kann höchstens sein, dass die Träger, wenn die da jetzt in dem neuen System involviert sind, dass sie vielleicht nicht so gerne eventuell den Personen Persönliches Budget bewilligt bekommen, die Leistungen denn anbieten. Aber da kann ich nicht so beurteilen, aber grundsätzlich wird das, weil das ist gesetzliche Regelung, Möglichkeit geben, wenn jemand sich von Freunden oder sonstigen irgendwie budgetbegleiten lässt, allerdings sicher viele Betroffene sind überfordert, was die ... von ihrer Situation als Arbeitgeber, die müssen da irgendwie Honorare oder, kann man sagen, Minijob-Vergütung zahlen und wenn sie niemand haben, der diese Budgetassistenz macht, dann sind sie eben hoffnungslos überfordert.

(Z. 343 - 350)

PARAPHRASE: Es könnte sein, dass ein Träger Personen mit Persönlichem Budget nicht so gern Leistungen anbietet. Grundsätzlich kann jedoch jeder Mensch mit Behinderung das Persönliche Budget beantragen und sich, wenn er mit der Abwicklung überfordert ist, eine ordentliche Verwaltung der Mittel durch eine Budgetassistentin sicherstellen lassen. Gerade in der Rolle als Arbeitgeber für Minijobs oder mit der Aushandlung und Zahlung von Honoraren für Hilfen fühlen sich viel Betroffene selbst überfordert.

Notwendigkeit des Systemwechsel

... da gab es auch Mängel bei dem alten System. Und zwar, ich bin da u.a. aktiv in der unabhängigen Beschwerdestelle für Menschen mit psychischer Erkrankung und da gab es eben auch Beschwerden von, sagen wir, Betroffenen, die sich beschwert haben, dass wurden ... jedenfalls ihrer Meinung nach, nicht genügend Stunden geleistet. Unter Umständen, der Sozialbetreuer wollte, dass man blanko was unterschreibt bzw. dass da Unstimmigkeiten waren, da wirklich der Besuch hat kürzer gedauert und wurden mehr Stunden berechnet und ja, dass möglicherweise wurden da auch Weg oder Wegezeiten, Telefonzeit, mit einberechnet, aber die Betroffenen wurden da nicht richtig aufgeklärt ...

(Z. 175 - 181)

PARAPHRASE: Im alten System von PPM und BeWo gab es auch Mängel, wie die Beschwerden bei der unabhängigen Beschwerdestelle offenlegen. Der häufigste Anlass für Klagen bestand in Unstimmigkeiten bei den Stundenlisten. Einige Betroffene waren der Meinung zu wenig ihrer bewilligten Betreuungsstunden durch ihren Betreuer erhalten zu haben, in manchen Fällen sollten sie Stundenzettel vorab blanko unterzeichnen. Möglicherweise wurden auch manchmal nur Telefon- oder Wegezeiten mit eingerechnet, worüber die Betroffenen nicht hinreichend informiert worden waren.

Also, Veränderungsbedarf besteht, aber ist zumindest erheblichen Teil, finde ich, die falsche Richtung.

(Z. 198 - 199)

PARAPHRASE: Veränderungsbedarf besteht, geht nun zu einem erheblichen Teil nur in die falsche Richtung.

Das ist ... das stimmt, dass hat auch gemangelt an Qualitätskontrollen. Ich habe auch mit einem Teamleiter gleicher Einrichtung, über die beschwert wurde, Beschwerde abgesprochen. Er hat gesagt, er hat viele Mitarbeiter, da kann er das auch nicht ausschließen, dass da sowas passiert ist. Schwarze Schafe gibt es überall und er wäre da auch nicht in der Lage da überall zu kontrollieren. Also ich denke schon, dass da Kontrollen waren ungenügend ... ich habe da mitgekriegt, dass auch im Freundeskreis Ochsenzoll da Probleme gab, da mussten da auch ein paar Mitarbeiter gehen, in diesem Zusammenhang. Und dass die betroffenen Menschen oft nicht in der Lage sind, das zu überprüfen. Und auch wenn sie sich beschwerten, dann steht Aussage gegen Aussage, dann sind sie in der schwächeren Situation. Aber, das denke ich, ist auch in anderen Bereichen auch, wie z. B. bei der allgemeinen und psychiatrischen Pflege, sicher auch, als schwerkranker Patient, das ist auch nicht die gleiche Augenhöhe. Aber zumindest gab es bis dahin gewissen Anhalt, das war die Stundenzahl, sagen wir, die wurden eben angegeben. Und jetzt wird noch schwieriger, etwas zu bemängeln und die Ansprüche durchzusetzen. Ich denke, das verschlechtert sich noch.

(Z. 204 - 216)

PARAPHRASE: Im alten System hat es auch an Qualitätskontrollen gemangelt. Im Gespräch mit einem Teamleiter einer Einrichtung, über die eine Beschwerde vorlag, konnte dieser nicht ausschließen, dass es zu Unregelmäßigkeiten kommen könne, da die Leitung auch nicht in der Lage sei, jedes Detail zu kontrollieren, die bestehenden Kontrollen sich also als ungenügend darstellten. Leider sind die Klienten oft selbst nicht in der Lage, diese Kontrolle durchzuführen und wenn sie sich beschwerten steht zumeist Aussage gegen Aussage, wobei sie sich in der schwächeren Position befinden. Aber im bisherigen System gab es wenigstens die Stundenzahl als Anhaltspunkt. Dieser fällt nun gänzlich weg und damit auch die Möglichkeit ein Mehr an Betreuung einzufordern, auf das kein verbrieft Anspruch mehr besteht. Dieses stellt im neuen System eine Verschlechterung dar.

- 1 D. Schönefeld: Wir beginnen mit einer Definitionsfrage: Was verstehen Sie unter Inklusion in Abgrenzung
2 zu Integration?
- 3 #00:00:08-4# J. Daszkowski: Ja, also ich verstehe die Inklusion so, dass die Menschen – so das ist aus
4 dem Englischen Inclusion, Einschließung in der Gesellschaft, dass die Menschen quasi eingeschlossen,
5 also gleichberechtigt akzeptiert in der Gesellschaft werden, aber ohne ihre Eigenheiten oder Besonder-
6 heiten aufzugeben. Also, sonst ... der Unterschied zu Integration, wo man von den Menschen mit Be-
7 hinderung oder Migrationshintergrund erwartet, dass sie sich weitgehend anpassen. Vielleicht gewisse
8 Besonderheiten, kann man sagen, behalten dürfen, aber dass die Mehrheit der Gesellschaft bestimmt,
9 inwieweit sich die anpassen müssen. Und in diesem Falle, das ist praktisch bei Inklusion, dass sie ... ihre
10 Andersartigkeit oder schlechtes Gewissen selbstbewusst eben behalten können.
- 11 #00:01:22-5# D. Schönefeld: Ja, vielen Dank. Es heißt ja auch in der UN-BRK ist ja fälschlicherweise
12 eigentlich – das steht jetzt nicht in meinen Fragen drin, ich gehe jetzt nur noch mal darauf ein, dass
13 fälschlicherweise Inclusion als Integration ...
- 14 #00:01:37-9# J. Daszkowski: Inclusion als Integration wurde eben übersetzt und deswegen gab es eben
15 diese Parallel- oder Schattenübersetzung und (unverständlich) Artikel 3, da hat man da auch vieles
16 berichtet, ja.
- 17 #00:01:49-4# D. Schönefeld: Ah, okay.
- 18 #00:01:52-0# J. Daszkowski: Deutschland, ich glaube hat das so überhaupt falsch übersetzt, in der
19 offiziellen Übersetzung, ja. Integration. Und auch möglicherweise war da ... stand da auch Absicht da-
20 hinter?! Dass man das nicht zu weit eben treibt, ja.
- 21 #00:02:07-3# D. Schönefeld: (Lachen) Wie sähe aus ihrer Sicht der ideale sozialräumliche ‚Offene Treff‘
22 für die Klienten der ASP aus, unabhängig von den Sachvorgaben der Mustervereinbarung mit den Trä-
23 gern, die Sie sicher auch schon gelesen haben, mal. Da ging es ja diese räumlichen Vorgaben, dass halt
24 der Treffpunktraum größer als 50 qm beispielsweise sein muss ...
- 25 #00:02:29-0# J. Daszkowski: Ja, aber muss sagen, ich habe jetzt mich nicht so ... nicht so in die
26 Einzelheiten jetzt vertieft, diese Vorgaben habe ich nicht so gut in Erinnerung, also ich weiß, dass es das
27 gibt, aber vielleicht überflogen, wie die Begegnungsstätte aussehen soll. Aber ich habe mich nicht so in
28 Erinnerung behalten ...
- 29 #00:02:46-1# D. Schönefeld: Also es wäre dafür auch nicht so wichtig, sondern mir geht es nur darum,
30 was sollte dieser ‚Offene Treff‘ oder dieses sozialräumliche Angebot leisten oder was sollte in diesem
31 geleistet werden?
- 32 #00:02:56-5# J. Daszkowski: Also, ich finde sicher ideale gibt es eben kaum, aber zumindest annähernd
33 wäre das, dass man sich nach den Wünschen bzw. dass weitgehend (unverständlich). Grundsätzlich
34 sollen, sagen wir, die betroffenen Menschen das selbst bestimmen, was sie unter Sozialraum verstehen.
35 Eventuell, wenn sie selbst um Unterstützung bitten bzw. wenn sie sich nicht so richtig dazu äußern
36 können, dann wäre das eben eine sogenannte unterstützte Entscheidung. Aber ich denke, grundsätzlich
37 wäre anzustreben, wenn dann selbstverständlich im Einklang mit dem Wunsch- und Wahlrecht, Selbst-
38 bestimmung, ist das, dass die Betroffenen sich bei dem Sozialraum mit Nichtbetroffenen treffen oder
39 Andersbetroffenen, also mit der sogenannten Zivilgesellschaft. Also, ich finde das wäre so sinnvoll ...
40 wäre sinnvoll, nicht extra künstliche Sozialräume zu schaffen, sondern gehen z.B. und Mehrgenerationen-
41 häuser, wenn man älter ist, Seniorentagesstätte, na gut, das ist auch ... es gibt schon Eingrenzung aufs
42 Alter, aber Volkshochschulkurse oder sonst öffentliche Vorträge, Büchereien, Gaststätte z.B. Sicher, dass
43 ist so, dort wo, kann man sagen, auch Nichtbetroffene und andere Menschen sich auch treffen, dass man
44 keine Unterschiede macht. Dass quasi die Menschen vorbereitet werden auf, wie man sagt, Normalleben.
45 Wobei, man könnte sich fragen, das ist auch ein bisschen platt gesagt, was ist schon normal. Aber wie
46 man sagt, als so Lebenswelten werden das so bezeichnet, also normale Welt, wo man da auf Nicht-
47 betroffene oder Andersbetroffene erlebt. Und nicht diese künstlichen Welten.
- 48 #00:05:14-2# D. Schönefeld: Also, Sie plädieren eher dafür, sage ich mal, die vorhandenen Sozialräume,
49 also die Sie ansprechen, die Kneipe an der Ecke, oder das Café auszubauen, so etwas zu nutzen, wenn
50 die Gesellschaft so etwas ...
- 51 #00:05:31-8# J. Daszkowski: Also ich halte nicht soviel ... und um sie extra auszubauen, braucht vielleicht
52 in manchen Fällen, irgendwie schon wie in so Stadtteiltreff, dass man da Mitarbeiter vielleicht ein bisschen
53 darauf einstellt, sowas. Und dass man versucht da in dem Bereich da die Inklusion zu schaffen, wenn das
54 eben den Wünschen von Betroffenen nicht widerspricht, also wenn sie ... soll man eher respektieren,
55 wenn sie eher unter sich bleiben möchten, weitgehend dann. Wäre da auch, kann man sagen, diese

56 Begegnungsstätte auch nicht unbedingt verkehrt. Also ich kann mir, sagen wir eher vorstellen, dass die
57 Begegnungsstätte von eher Leichterkranken genutzt wird, oder von den Menschen, die von der Erkran-
58 kung eben bedroht sind, z.B. wenn jemand Langzeitarbeitslos ist, Sozialhilfeempfänger, hat er in die ...
59 vielleicht für ihn dann nicht ganz so wichtig, wie die Begegnungsstätte heißt, so da wo man da noch
60 günstig Kaffeetrinken kann, weil man sich Kneipenbesuch nicht leisten kann. Kann man so sagen. Und da
61 gehen, ich war da selbst in dem Bereich noch (unverständlich) und vielleicht nicht ganz so wichtig, ob das
62 Arbeitslosentreff ist oder eher Treff ist für die Betroffenen oder für Wohnungslosen, oder dort, wo man
63 bisschen günstig was essen und Kaffeetrinken kann und wie auch immer, bisschen Kontakte knüpfen,
64 vielleicht irgendwelche noch Angebote eben annehmen. Aber wenn man wirklich ... das ist eher für diese
65 Menschen wichtig, günstiges Angebot, aber für solche Menschen, die noch keine großen Probleme haben
66 woanders hinzugehen, aber aus finanziellen Gründen gehen dahin, also. Und wenn jemand wirklich
67 verlernt hat, irgendwo selbst an Aktivitäten teilzunehmen, da ist, finde ich, diese Begegnungsstätte dann
68 unzureichend, wenn man da nur das in Kauf nimmt, weil da gehen die Menschen nur dahin und haben
69 vielleicht keinen Mut oder keinen Antrieb, woanders hinzugehen. Da wird das Leben dann zu sehr
70 eingeschränkt, also dann bleibt man in diesem, wie man sagt, psychiatrischen Subkultur oder manche
71 sprechen überspitzt von Ghetto sogar, ja. Also, das meine ich eben, das ist eben unzureichend, ich finde
72 das ist nicht richtig gesagt, das habe ich in dem Vortrag (Anm. d. Verf.: am 4. April 2014 im Gästehaus der
73 Universität Hamburg) auch erwähnt, dass die Inklusion durch die Begegnungsstätte oder findet, also Be-
74 gegnungsstätte nur als Sozialraum und nicht in der eigenen Wohnung. Wenn jemand z.B. sich, das ist nur
75 ein Beispiel, älter ist, vielleicht sich nicht so gut bewegen kann, kann er z.B. auch, oder sie, Gäste
76 einladen, zusammen spielen in der eigenen Wohnung, oder Videofilme gucken oder auch kommunizieren.
77 Übrigens Skype oder Telefon kann auch ein Teil der Teilhabe sein und Inklusion, also das ist ...

78 #00:09:16-6# D. Schönefeld: Also, Sie sagen, die modernen Medien sind für Sie ein legitimes Mittel, sage
79 ich mal, ein legitimes Inklusionsmittel oder sozialräumliches Mittel, um mit anderen in Kontakt zu treten?
80 Weil, das steht ja immer so ein bisschen in der Kritik, übers Internet oder über E-Mail oder über Skype
81 kann man nicht ... der persönliche Kontakt entscheidet, wird immer wieder gesagt.

82 #00:09:41-1# J. Daszkowski: Also, ich meine, dass für mich ist das auch begrenzt, sagen wir, und ich
83 denke, persönliche Kontakte ist für viele Menschen besser, aber grundsätzlich sollen die Menschen das
84 selbst bestimmen, wenn für jemanden das okay ist, weitgehend, dann muss man sich ... diese Wünsche
85 müsste man erfüllen und sich danach richten, sicher. Abgesehen vielleicht von Fällen, wenn jemand
86 Internetsüchtig ist, müsste man ihn ja unterstützen, wenn jemand so, weiß ich nicht, zwölf Stunden so
87 chattet auf Internet. Dann ist vielleicht auch nicht gesund, dann müsste man vielleicht was machen. Aber
88 wenn jemand ... wenn da sachliche Gründe gibt, dass jemand z.B. durch körperliche Behinderung
89 eingeschränkt ist und sich so hilft, dann ist das völlig legitim, finde ich, ja.

90 #00:10:43-7# D. Schönefeld: Okay. In welcher Form sind bzw. wurden die Träger und besonders die
91 Klientenvertreter – jetzt geht es um Ihre Position – am Weiterentwicklungsprozess der Eingliederungshilfe
92 in Hamburg eingebunden?

93 #00:11:01-2# J. Daszkowski: Ich meine wir wurden da, erstmals, bei ersten Konzepten gar nicht
94 angebunden. Da ist da Herr Eckert vom LAG für behinderte Menschen, Vorstandsmittglied, der ist da Ge-
95 schäftsführer von Leben mit Behinderung, soviel ich weiß, mit Staatsrat Pörksen hat er gesprochen und
96 dann wurde irgendwie als Ergebnis so dieses Begleitmanagement errichtet. Dieses Begleitmanagement
97 sind da eben Betroffenen-, Angehörigevertreter auch dabei mit beratender Stimme, aber ich sehe trotz-
98 dem, dass sonst keine Beteiligung auf gleicher Augenhöhe und zwar bei dem letzten Treffen vom
99 Begleitmanagement war ausnahmsweise auch von ... der wurde auch von vornherein benannt schon,
100 mein Kollege Klaus May*. Und der konnte zwei Termine, weil er gleichzeitig ExIn'ler-Ausbildung macht,
101 konnte er die nicht wahrnehmen. Und bei einem dritten Termin war er dabei und Herr Georg-Wiese, als
102 erste Handlung hat das beanstandet, hat er gesagt, was er da hier überhaupt macht, oder hat irgendwie
103 die Leute gedrängt, dass man da beschließt, ob er teilnehmen darf oder nicht und für mich war das
104 ziemlich ... er musste dann eben rausgehen. Für mich war das auch ziemlich unangenehm, die Situation,
105 ich habe auch gesagt, dass ich auch mitgeteilt habe von vornherein, bei der LAG, dass er auch teilnimmt.
106 Und für uns ist das wichtig, erst mal weil wir, gut, als betroffene Menschen können wir uns auch nicht
107 ganz so gut auf alles konzentrieren und zweitens, ich habe da ... ich bin auch bundesweit unterwegs, ich
108 habe mal andere Termine und hoffe auch, dass zumindest mal einer von uns dabei ist. Und, ja, dann hat
109 man im Endeffekt gesagt, dass einer von uns darf dabei sein, aber nicht zwei auf einmal, weil das
110 angeblich den Rahmen sprengt. Also ...

111 #00:13:15-7# D. Schönefeld: Ja, also ich kenne Klaus May persönlich in seiner Funktion als Klienten-
112 sprecher bei Träger XY*. In welcher Funktion war er denn dort da?

* Name in Abschrift des Interviews geändert

- 113 #00:13:26-6# J. Daszkowski: Ja, ist auch weiterhin als Betroffenenvertreter.
- 114 #00:13:31-4# D. Schönefeld: Ah ... ist er denn auch in der LAG engagiert?
- 115 #00:13:34-7# J. Daszkowski: Nein, ist er nicht.
- 116 #00:13:36-6# D. Schönefeld: Ach so, okay, also er wurde einfach ausgewählt ...
- 117 #00:13:38-4# J. Daszkowski: ... und vom Landesverband Psychiatrieerfahrener.
- 118 #00:13:41-5# D. Schönefeld: Ah, okay.
- 119 #00:13:43-2# J. Daszkowski: Na gut, dann kann ich ihm sagen vielleicht, dass ich Ihnen das Interview
120 erteilt habe, oder? Oder ist das irgendwie lieber vertraulich? Ist kein Geheimnis ...?
- 121 #00:13:50-7# D. Schönefeld: Nein, nein, überhaupt nicht, grüßen Sie ihn schön von mir.
- 122 #00:13:53-9# J. Daszkowski: Ja, gerne, ja klar, sicher.
- 123 #00:13:57-2# D. Schönefeld: Ich habe mal bei Träger XY so einen Computerkurs, als die ihre Zeitung
124 auch ... ich habe bei Träger XY selbst Praktikum gemacht, im Rahmen meines Studiums, dort als PPM-
125 Betreuer. Und da habe ich ihn natürlich auch kennengelernt und weil ich auch über diese Zeitungsredak-
126 tion, dort so ein kleines dreitägiges Seminar quasi zu den Computerprogrammen gegeben habe, da war er
127 auch dabei.
- 128 #00:14:28-3# J. Daszkowski: Ja, ist doch gut. Da gibt es auch gewisse, auch in unserem Landesverband,
129 interne Auseinandersetzungen, oder wo manche auch dann nicht so gut angesehen wird, aber das ist
130 auch ganz andere Sache, aber ich habe gutes Verhältnis zu ihm und telefoniere mit ihm darüber, dass ist
131 sein Hauptthema auch, Eingliederungshilfe und da habe ich ihm eher überlassen, weil er da eben selbst
132 Klient doch ist, oder bald läuft das aus und ich war da nie Klient oder (unverständlich) von der psycho-
133 sozialen Kontakt- und Beratungsstelle. Also diese Grundleistung habe ich da in Anspruch genommen,
134 aber keine ... auf Reisen z.B. gefahren auch noch, einmal mit so einer Art psychosozialen Kontakt- und
135 Beratungsstelle, Brücke Harburg. Ich glaube, in der Zeit war das nicht offiziell als PSK, aber es war sowas
136 ähnliches, jetzt läuft das als PSK, kann man sagen, also die Leute kenne ich da ganz gut, die Leute, wie
137 Heinke Eulenschmidt auch, ja.
- 138 #00:15:38-1# D. Schönefeld: Aha.
- 139 #00:15:38-5# J. Daszkowski: Aber ich meine, aber er ist da Klient der Eingliederungshilfe, dieser ... des-
140 wegen ist doch besser, wenn er da sitzt. Ich meine, ich sehe das insgesamt als ziemlich kleinlich, wenn
141 man als erste Handlung versucht, da ... sich sorgt, dass kein Betroffenenvertreter zuviel dabei sein wird.
142 Sogar Frau Stumpf von der LAG hat mich darauf angesprochen und sie hat irgendwie auch Bedenken
143 gehabt, dass das sprengt angeblich den Rahmen, wenn zu viele Betroffenenvertreter dabei sind, aber die
144 Vertreter der Wohlfahrtsverbände waren auch manchmal zu zweit oder zu dritt und zuerst waren auch
145 Angehörigenvertreter zu zweit und da hat man auch nichts dazu gesagt. Also ich finde das auch
146 irgendwie, auch wenn das vielleicht formell, ja, korrekt ist, dass ... ich finde das ziemlich von dem Herrn
147 Georg-Wiese, ziemlich kleinlich. Ich muss sagen, diese Richtung ... und manchmal ich denke diese Rich-
148 tung, wo man formell immer die gleiche Augenhöhe ... aber wenn da nicht gleiche Wissensstand gibt,
149 dann ist auch nicht in Wirklichkeit die Gleichheit ... kann man so sagen, ja.
- 150 #00:17:06-5# D. Schönefeld: Ja. Eine Frage, war auf der Seite der Behörde nur Herr Georg-Wiese an-
151 wesend, oder noch jemand?
- 152 #00:17:12-8# J. Daszkowski: Herr Cordes war auch noch da.
- 153 #00:17:13-8# D. Schönefeld: Ach so, Herr Cordes. Die waren auch zu zweit?
- 154 #00:17:16-3# J. Daszkowski: Die waren auch zu zweit und am Anfang war noch jemand, ich glaube Herr
155 Tscheulin (?) oder so, heißt er, oder sonst'was. Die waren auch noch zu zweit, ja.
- 156 #00:17:26-0# D. Schönefeld: Okay. Und von der LAG waren Sie dort und Herr May?!
- 157 #00:17:32-4# J. Daszkowski: Von dem LPE, Landesverband Psychiatrieerfahrener. Einmal waren wir zu
158 zweit und von den Angehörigen war Dr. Meyer, aber bei der ersten Sitzung war auch Frau Bublitz da und
159 dann z.B. von den Wohlfahrtsverbänden und von dem Paritätischen, da waren auch mehrere – ich glaube,
160 da ist die neue Referentin der Behindertenhilfe, ich habe die auch vorher kennengelernt, Frau Dr. Schmidt
161 und da hat jemand gesagt, das ist auch noch extra dabei, damit sich Frau Schmidt einarbeiten kann. Also,
162 jedenfalls teilweise waren auch andere zu zweit, man hat das nicht so ... ein Verfahren damit gleich ge-
163 macht, nicht so beanstandet, alles, also. Und deswegen, weil das eben grundsätzlich die Vertreter von

- 164 Hauptakteuren betrifft und die das schwächste Glied sind und wenn man irgendwie als wichtigste Sache
165 erachtet, eine Person auszuschließen, das finde ich, hat schon gewisses Geschmäckle.
- 166 #00:18:49-9# D. Schönefeld: Hm, okay ... Wäre die Weiterentwicklung von PPM und BeWo zur ASP – ich
167 habe gestern erfahren, dass auch die PSK ja auf Dauer umgestellt werden sollen, also auf das neue
168 System der ASP – auch sinnvoll oder notwendig, wenn es keine ökonomischen Einflüsse geben würde?
- 169 #00:19:14-3# J. Daszkowski: Entwicklung von BeWo und ... ja ... BeWo und PPM ... ah ja, gut. Und da
170 nicht ... Können Sie mir nochmal bitte die Frage ...
- 171 #00:19:25-7# D. Schönefeld: Also, ich stelle sie noch mal ohne meinen Einschub mit der PSK: Wäre die
172 Weiterentwicklung von PPM und BeWo zur ASP, zur Ambulanten Sozialpsychiatrie, auch sinnvoll oder
173 notwendig, wenn es keine ökonomischen Einflüsse geben würde? Der ökonomische Einfluss ist ja ...
- 174 #00:19:46-1# J. Daszkowski: Ja, das habe ich völlig verstanden, also ich habe da auch in meinem Vortrag
175 gesagt, dass da gab es auch Mängel bei dem alten System. Und zwar, ich bin da u.a. aktiv in der unab-
176 hängigen Beschwerdestelle für Menschen mit psychischer Erkrankung und da gab es eben auch Be-
177 schwerden von, sagen wir, Betroffenen, die sich beschwert haben, dass wurden ... jedenfalls ihrer Mei-
178 nung nach, nicht genügend Stunden geleistet. Unter Umständen, der Sozialbetreuer wollte, dass man
179 blanko was unterschreibt bzw. dass da Unstimmigkeiten waren, da wirklich der Besuch hat kürzer gedau-
180 ert und wurden mehr Stunden berechnet und ja, dass möglicherweise wurden da auch Weg oder Wege-
181 zeiten, Telefonzeit, mit einberechnet, aber die Betroffenen wurden da nicht richtig aufgeklärt bzw. in einem
182 Fall wurde dem Betroffenen irgendetwas aufgedrängt, von BeWo und er sollte das teilweise auch noch
183 selbst oder ganz selbst bezahlen, weil er etwas, nicht weil viele Ersparnisse gehabt hat und er hat da
184 kaum das Angebot wahrgenommen. Also, da waren zumindest Missverständnisse, da wurde was in der
185 BeWo-Begegnungsstätte, was angeboten, aber man hat das nicht richtig mitgekriegt und sowas. Und er
186 sollte die Bereitschaft von BeWo sollte er bezahlen. Also deswegen da, da gab es auch schon Mängel in
187 dem System, aber ich denke schon, das müsste man, das gemeinsam entwickeln und verändern und
188 nicht einseitig von der Behörde und ich denke diese grundsätzlichen Überlegungen von der Behörde – ich
189 will nicht sagen, dass ich das alles negativ sehe, manches, diese Zusammenlegung ist möglicherweise
190 positiv, dass man mehr Räume nützt und letztlich, den Sozialraumgedanken sehe ich auch positiv, aber
191 die Hauptüberlegung, diese ökonomischen Zwänge sind auch im Konzept aufgeführt, da finde ich auch ist
192 kein guter ... sagen wir, ja, kein guter, wie man sagt, Hauptgedanke, um diese Veränderungen herbeizu-
193 führen, also hauptsächlich ... und diese Sachen, die UN-Behindertenrechtskonvention, wo sich Herr
194 Georg-Wiese darauf beruft, ich finde, dass hat eher wie Alibifunktion. Ich finde das da eher nicht tief
195 genug eingestiegen wird, sondern da oberflächlich irgendetwas gesagt wird, dass das im Sinne der UN-
196 Behindertenrechtskonvention ist und hauptsächlich will man nur die Gelder sparen oder nicht viel ... nicht
197 mehr Geld auszugeben, so dass mit dem gleichen Geld mehr Leute zu betreuen, sagen wir. Und das ...
198 die Richtung ich finde ist falsch. Also, Veränderungsbedarf besteht, aber ist zumindest erheblichen Teil,
199 finde ich, die falsche Richtung.
- 200 #00:23:39-4# D. Schönefeld: Ja, die Beispiele, die Sie genannt haben, mit den Beschwerden, oder zumin-
201 dest dass z.B., dass Klienten vorab unterschreiben sollten, das ist ja auch bei den Trägern, ist ja
202 verboten. Haben Sie da das Gefühl ... das betrifft ja eigentlich die Qualität, dass es da in dem alten
203 System eher an den Qualitätskontrollen gemangelt hat?
- 204 #00:24:01-6# J. Daszkowski: Das ist ... das stimmt, dass hat auch gemangelt an Qualitätskontrollen. Ich
205 habe auch mit einem Teamleiter gleicher Einrichtung, über die beschwert wurde, Beschwerde abgespro-
206 chen. Er hat gesagt, er hat viele Mitarbeiter, da kann er das auch nicht ausschließen, dass da sowas
207 passiert ist. Schwarze Schafe gibt es überall und er wäre da auch nicht in der Lage da überall zu kon-
208 trollieren. Also ich denke schon, dass da Kontrollen waren ungenügend ... ich habe da mitgekriegt, dass
209 auch im Freundeskreis Ochsenzoll da Probleme gab, da mussten da auch ein paar Mitarbeiter gehen, in
210 diesem Zusammenhang. Und dass die betroffenen Menschen oft nicht in der Lage sind, das zu über-
211 prüfen. Und auch wenn sie sich beschwerten, dann steht Aussage gegen Aussage, dann sind sie in der
212 schwächeren Situation. Aber, das denke ich, ist auch in anderen Bereichen auch, wie z.B. bei der allge-
213 meinen und psychiatrischen Pflege, sicher auch, als schwerkranker Patient, das ist auch nicht die gleiche
214 Augenhöhe. Aber zumindest gab es bis dahin gewissen Anhalt, das war die Stundenzahl, sagen wir, die
215 wurden eben angegeben. Und jetzt wird noch schwieriger, etwas zu bemängeln und die Ansprüche
216 durchzusetzen. Ich denke, das verschlechtert sich noch.
- 217 #00:25:43-6# D. Schönefeld: Wie schätzen Sie denn in dem Zusammenhang die Innovationsbereitschaft
218 der Träger ein?
- 219 #00:25:49-9# J. Daszkowski: Ja, also. Ich muss sagen, da kann ich nicht so eindeutig die Frage beant-

220 worten. Ich denke, zum Teil gibt es engagierte Träger, die sich da versuchen, das Beste daraus zu
221 machen. Allerdings, sicher, die Träger sind auch mit durch die ökonomischen Zwänge gebunden und es
222 ist eben die Frage, was für die Träger wichtiger ist, sagen wir ökonomisches Überleben oder sagen wir
223 eben, Entwicklung von eben Klienten. Und ich denke, im Zweifelsfall müssen sie sehen wie sie und ihre
224 Mitarbeiter zurecht kommen, weil sie sind ... bei größeren Trägern sicher, da gibt es auch Betriebsrat und
225 dort, wer kein Geld gibt, um Mitarbeiter zu bezahlen, dann können sie gleich auch noch klagen vorm
226 Arbeitsgericht z.B., die Mitarbeiter, dass ihre Überstunden und so bezahlt werden. Und sonst dann
227 müssen sie eben, die Träger sehen, auch wenn sie vielleicht die Leitung auch das nicht unbedingt will,
228 dass man da solche Angebote schafft, die im Rahmen von dem neuen trägerbezogenen Budget günstiger
229 sind. Und ich denke, das wird eben knapp, ja. Also, ich hab' da Parallele ziehen, das ist kleine gegen
230 größer und im Großen, kann man sagen, neues Endgeltsystem in der Psychiatrie, da sind auch die
231 Krankenhäuser gezwungen, irgendwie im Rahmen des Systems zu überleben. Und unter Umständen
232 darum die Patienten schneller zu entlassen, weil sie sonst zu wenig Geld kriegen, bei degressiver
233 Bezahlung. Hier müssen sie auch irgendwie sehen, also die Träger sind auch, auch wenn das zum Teil
234 Wohlfahrtsverbände sind, aber sie sind nicht unbedingt in erster Linie Wohltäter, sondern müssen nun
235 sich sorgen um ökonomisches Überleben. Also, wenn vielleicht ein Träger noch mehrere Stellen hat und
236 ist ... und auch kein (unverständlich) schreibt noch mehr, insgesamt vielleicht schwarze Zahlen, das kann
237 man vielleicht noch mehr variieren, aber bei kleineren Trägern, die hart ums Überleben kämpfen, das
238 kann, kann man so sagen, zu Problemen kommen und auch auf Kosten der Klienten oder kann vielleicht
239 auch dazu kommen, dass unter Umständen Insolvenz melden müssen. Ist schwierig, ja.

240 #00:29:04-3# D. Schönefeld: Da kann ich sofort zwei Fragen ... oder eine Frage überspringen und zu
241 einer dazu passenden Frage kommen: Sollte es Unterstützung für kleine PPM-Träger geben, die Vorga-
242 ben des niedrigschwelligen Angebots, z.B. bezüglich Raumangebot und Ausstattung, tragen zu können?

243 #00:29:24-7# J. Daszkowski: Ja, soll ich ...

244 #00:29:29-4# D. Schönefeld: Also, mit Unterstützung ist gemeint, seitens der Behörde.

245 #00:29:33-9# J. Daszkowski: Ja, also ich muss sagen, da weiß ich nicht so eindeutig, ob die Behörde sie
246 unterstützen ... ob die Behörde eine richtige Institution ist, um die Träger zu unterstützen, da ist für mich
247 ... eher steht im Widerspruch zu dem kapitalistischen System, also. Das ist im sogenannten sozialisti-
248 schen System, wäre das wohl eher, sagen wir. Ja, ich sehe das auch als, sagen wir widersprüchlich
249 vielleicht, unter Umständen fällt mir ein, vielleicht in manchen Fällen eben Ja. Der Staat kann sich nicht
250 aus der Verantwortung stehlen und wenn es da z.B. in einer Kleinstadt kaum Angebote gibt, wenn da
251 sonst, sagen wir, die Klienten keine Unterstützung kriegen, dann müsste der Staat das eben, oder die
252 Stadt, das steuern. Z.B. über so verschiedene Gremien, Psychiatriebeirat, Psychiatriekoordinator, sagen
253 wir, dass man da das steuert, aber ich meine nicht absolut die Eingliederungshilfe, sondern alle, kann
254 man sagen, Angebote im Bereich der Psychiatrie. Unabhängig davon, von wem sie bezahlt werden, nach
255 SGB V oder SGB XII, oder sagen wir mal anderen SGB. Das wäre so ein Plädoyer für gemeindepsychia-
256 trische Verbände, die man verpflichtend einführt.

257 #00:31:27-8# D. Schönefeld: Hm, die Behörde selbst spricht davon, dass sie kleine Träger auch ermun-
258 tert, sich mit anderen z.B. zusammenzuschließen bzw. zu kooperieren, also dass man gegenseitig Räume
259 oder Angebote nutzt auch.

260 #00:31:45-8# J. Daszkowski: Ja, das ist grundsätzlich sinnvoll, ja.

261 #00:31:45-4# D. Schönefeld: Genau. Das spricht ja auch die Innovationsbereitschaft der Träger wieder an,
262 ob die das wirklich machen oder nicht. Weil, für mich stellte sich so ein bisschen die Frage, ob es im
263 neuen System sozusagen zu einem Oligopol der Träger der Eingliederungshilfe kommen könnte. Wenn
264 kleine Träger gezwungen wären, vom Markt zu gehen, weil sie dies Angebot nicht mehr erfüllen können.

265 #00:32:11-5# J. Daszkowski: Das kann möglich sein, also soviel bekannt ist, die großen Träger, also die
266 eher im Bereich der klassischen Eingliederungshilfe tätig sind, die haben andere, bessere Verträge erhal-
267 ten, als die kleinen Träger ...

268 #00:32:29-5# D. Schönefeld: Andere Verträge?

269 #00:32:30-1# J. Daszkowski: Ja, die haben wohl andere Verträge. Die Laufzeit ist anders und Anteil von
270 Prävention ist auch höher, also soviel mir bekannt ist, die haben bessere Bedingungen ausgehandelt mit
271 der Behörde, als die kleinen Träger. Doch ist muss sagen, ich kenne die Einzelheiten nicht, soviel mir
272 bekannt ist da, sind da nichts alle gleich, was man das auch noch aus den anderen Gesellschaften gleich
273 kennt, wo man sagt, sind formell alle gleich, aber manche sind gleicher. (Lachen)

274 #00:33:14-2# D. Schönefeld: Da möchte ich genau in dem Zusammenhang auch ansprechen: Wie

- 275 schätzen Sie die Innovationsbereitschaft der behördlichen Struktur ein – das wäre jetzt die Gegenseite zu
276 den Trägern, wenn man so will, oder des Vertragspartners, der Träger, also ...
- 277 #00:33:28-6# J. Daszkowski: Ich schätze die Bereitschaft der Behördenstrukturen negativ, kann man sa-
278 gen, ich finde das sind starre Strukturen, starre Hierarchien und kann man sagen, dass sind eher die Men-
279 schen, die versuchen politische Vorgaben zu erfüllen und das hauptsächlich bedeutet, Haushaltskonsoli-
280 dierung, also dort kürzen, wo die Betroffenen keine oder wenig Lobby haben, wo außerdem die meisten
281 Mitarbeiter, ich denke – was in gewissem Sinne auch legitim ist –, müssen sehen, wie sie immer ihre
282 Positionen halten können, die relativ gut bezahlt sind, erhalten können und sagen wir, es gibt wenig
283 Menschen, wie Inge Hannemann, kann man sagen, die Rebellen sind. Und die anderen werden die
284 politischen Vorgaben von dem Senat eben erfüllen, ob das für Betroffene eben optimal ist, oder nicht und
285 die Behörde wird vielleicht noch eher innovativ da, wenn da einen Druck gibt von den Politik oder von den
286 Verbänden, von alleine nicht mehr, das ist meine Meinung.
- 287 #00:35:19-5# Jetzt komme ich zu einer Frage und zwar mit dem Persönlichen Budget: Spielt das Ihrer
288 Meinung nach in der Zukunft in der ASP noch eine Rolle, wenn eine pauschale Vergütung der Träger
289 erfolgt?
- 290 #00:35:33-1# J. Daszkowski: Ich habe da auch im letzten Satz meines Vortrages, dann geraten ... den
291 manchen Betroffenen, wenn sie sich trauen, Persönliches Budget zu beantragen, damit sie diese Proble-
292 me dieses neuen Systems eben umgehen können. Also formell wurde gesagt, von Herrn Gitschmann ...
- 293 #00:36:00-9# D. Schönefeld: Wie hieß der Mann, ich habe ...?
- 294 #00:36:00-9# J. Daszkowski: Dr. Peter Gitschmann, der ist Abteilungsleiter, Vorgesetzter von Herrn
295 Georg-Wiese, der ist aber der Referatsleiter. Kenne ich noch zufällig bisschen von früher, weil ich habe
296 vor zwanzig Jahren gemacht noch Zusatzausbildung, Leitung in Versorgungseinrichtungen der Altenhilfe
297 und er war auch unser Dozent und er war irgendwie noch bei der gemeinsamen Fahrt nach Dänemark
298 dabei. Ich glaube, da war so ein Heimleiterkongress, 1991, also da hatte er auch schon leitende Stelle in
299 der Behörde gehabt, 1991. War ich, glaube ich, noch relativ jung. Also jedenfalls, er hat gesagt, dass mit
300 dem Persönlichen Budget ändert sich nichts, dass da weiterhin Stunden bewilligt werden und ich habe da
301 auch dann bemängelt in diesem Zusammenhang, dass das irgendwie mit der Gleichbehandlung nicht so
302 übereinstimmt. Also ...
- 303 #00:37:08-9# D. Schönefeld: Also, dass die einen künftig eine pauschale Leistung bekommen und quasi
304 keinen Überblick mehr über ihre bewilligten Stunden, meinen Sie und diejenigen, die das Geld mitbringen
305 als Klienten in Form eines Persönlichen Budgets, zu einem Träger und dafür die Leistung selbst einkaufen
306 ...
- 307 #00:37:28-0# J. Daszkowski: Da wissen die, wie viele Stunden sie dafür kriegen. Also, ich meine, da kön-
308 nen verschiedene Preise pro Stunde sein, aber dann ist für die alles klar. Das gleiche betrifft eben die
309 Selbstzahler.
- 310 #00:37:41-4# D. Schönefeld: Aber sie könnten z.B. auch noch in der Position sein, als Klienten, einen
311 Stundensatz auszuhandeln?!
- 312 #00:37:46-7# J. Daszkowski: Ja, ja, sicher. Könnten sie als Klienten den Stundensatz theoretisch
313 aushandeln, ist richtig, ja. Mit einem Träger oder den Träger wählen da. Und sonst, wenn man nur als,
314 kann man sagen, Sozialhilfeempfänger kriegt man nur Anspruch, sogenannten Grundschein auf bedarfs-
315 gerechte Hilfe, dann weiß man auch nicht ... also ich weiß es auf jeden Fall nicht, was sie da aushandeln
316 sollen, weil die können vielleicht auch nicht beurteilen, können vielleicht die Wünsche äußern, was für sie
317 eine bedarfsgerechte Hilfe wäre, aber es ist vielleicht schon schwierig, das irgendwie festzuschreiben. Bei
318 Bedarf, kann man sagen, kriege ich irgendwie Krisenbegleitung, aber wann denn dieser Bedarf entsteht,
319 wer bestimmt das? Also, formell soll sich da nichts ändern und ... aber ich weiß es nicht, es wurde ...
320 Behördenvertreter haben so erklärt, dass kann man alternativ zu dem neuen Konzept machen. Ich nehme
321 an, dass das stimmt, also ich nehme nicht an, dass, kann man sagen, absichtlich falsche Informationen
322 gestreut werden, also deswegen, dass angeblich hat Persönliches Budget nicht ... mit dem neuen Kon-
323 zept nichts zu tun.
- 324 #00:39:18-0# D. Schönefeld: Ne, ich sage mal, es ist ja auch erst 2008 eingerichtet worden. Für mich ist
325 das eine klare inkludierende Maßnahme, Herr Georg-Wiese sieht das etwas anders, warum auch immer,
326 aber für mich ist das von der Seite her inkludierend, dass die Klienten selbst Geld in die Hand bekommen
327 und damit auch ein Stück Macht, darüber zu entscheiden, auch was die Träger ihnen bieten, oder auch
328 sehen, was die Träger ihnen bieten, indem sie eine Rechnung geschrieben bekommen und genau das
329 kontrollieren können. Während sonst die Rechnung an den Sozialhilfeträger geht.

330 #00:39:49-9# J. Daszkowski: Ja, das ist klar, ich meine nur, sagen wir ... das hat Herr Gitschmann und
331 Herr Georg-Wiese, die haben eben gesagt, das man auch weiterhin so machen kann und die das nicht so
332 befürworten und dass die Situation von Träger von Persönlichem Budget wäre schlechter als von den,
333 kann man sagen, Sachleistungen von Sozialhilfe, weil da sind starre Vorgaben, also ... wenn jemand
334 Persönliches Budget beantragen will, bei ihm oder bei ihr wird sich da nichts ändern, das ist die Erklärung
335 der Behörde, dass sich da nichts ändert. Also ich selbst, im kleinen Rahmen, bin ich so Budgetbegleiter
336 einer Person und ich finde, manche wollen nicht von den etablierten Trägern begleitet werden, habe ich in
337 meinem Vortrag auch erwähnt, sondern nehmen sie jemand aus dem Bekannten- oder Freundeskreis.
338 Und ich glaube, von Verwandten wird das nicht so gerne angesehen und ich weiß es nicht warum, aber
339 jedenfalls, das ist möglich, da muss nicht unbedingt das Träger machen, oder ... aber die können auch,
340 zumindest auch teilweise zu einem Träger gehen und selbst quasi, ähnlich wie Selbstzahler, was
341 aushandeln. Allerdings, Persönliches Budget wird für halbes oder für ein Jahr bewilligt und das ist im Prin-
342 zip starre Summe und wenn man da was da variiert, da kann auch bisschen vielleicht Probleme geben.
343 Aber ich sehe das als Alternative ... es kann höchstens sein, dass die Träger, wenn die da jetzt in dem
344 neuen System involviert sind, dass sie vielleicht nicht so gerne eventuell den Personen Persönliches
345 Budget bewilligt bekommen, die Leistungen denn anbieten. Aber da kann ich nicht so beurteilen, aber
346 grundsätzlich wird das, weil das ist gesetzliche Regelung, Möglichkeit geben, wenn jemand sich von
347 Freunden oder sonstigen irgendwie budgetbegleiten lässt, allerdings sicher viele Betroffene sind über-
348 fordert, was die ... von ihrer Situation als Arbeitgeber, die müssen da irgendwie Honorare oder, kann man
349 sagen, Minijob-Vergütung zahlen und wenn sie niemand haben, der diese Budgetassistenz macht, dann
350 sind sie eben hoffnungslos überfordert. Aber das war bis jetzt so und das wird sich wohl nichts ändern.

351 #00:43:00-4# D. Schönefeld: Ja ... Wir kamen vorhin schon mal auf die PSK zu sprechen, es gibt ja neun
352 PSK in Hamburg. Ist es sinnvoll, diese mit in den Weiterentwicklungsprozess zu integrieren, so dass sie
353 ihr Angebot um die bewilligungspflichtigen Leistungen – das niedrigschwellige Angebot gibt es ja bereits
354 bei PSK –, dass sie ihr Angebot um die bewilligungspflichtigen Leistungen erweitern würden?

355 #00:43:23-9# J. Daszkowski: Ja, gut, das kann ich nicht so eindeutig beurteilen. Ich meine, gut, wenn da
356 insgesamt diese 60 Begegnungsstätten ungefähr entstehen sollen, da sind auch die PSK-
357 Begegnungsstätten mit drin. Aber bis jetzt war das eben so, dass manche PSK haben denn schon auch,
358 ich glaube Treffpunkt Eidelstedt auch die Eingliederungshilfe mit gehabt und ... Oder es kann schon
359 möglich sein, da kann ich auch eben nicht so beurteilen, dass die Klienten, die so gekommen sind, dass
360 sie müssten sich da einschränken, so dass man eher bevorzugt hat, die Klienten, die Eingliederungshilfe
361 in Anspruch nehmen, also diese Intensivleistungen, weil sie eben mehr Geld mitbringen. Die anderen
362 waren schon im Rahmen der Pauschalzuwendung, kann man so sagen eben, unterstützt oder betreut.

363 #00:44:41-4# D. Schönefeld: Ja, Sie meinen ja also, das gilt ja für die PSK, die bislang auch Eingliede-
364 rungshilfe bzw. diese bewilligungspflichtigen Leistungen bereits angeboten haben? Es gibt ja PSK, die
365 rein nur die niedrigschwellige ... die PSK werden ja, oder wurden in der Vergangenheit ja bereits bezahlt
366 ...

367 #00:44:58-3# J. Daszkowski: Ja und das ... ja, so gut, es kann schon sein, dass die eben überfordert sind
368 und dann sich weiterentwickeln. Ich habe die Frau Heinke Eulenschmidt gefragt kurz, bei der Veran-
369 staltung im Rauhen Haus, ob das bei ihr auch Eingliederungshilfe geben wird. Das hat sie eben gesagt,
370 das bleibt alles wie bis jetzt. Ich sehe da in den Räumlichkeiten da keine große Möglichkeit da, was
371 einzuführen. Also ich denke, unter Umständen kann schon passieren, dass diese niedrigschwellige Arbeit,
372 Präventionsarbeit da, dabei leidet. Und da ist auch, wie Herr Georg-Wiese in dem Konzept dargestellt hat,
373 4 bis 8 Prozent des Budgets vorgesehen für diese niedrigschwellige Arbeit. Also wenn sich diese PSK
374 entwickeln, kann schon passieren, dass das diese niedrigschwellige Arbeit, Prävention, leidet. Also ich
375 sehe das schon mit gemischten Gefühlen, diese Entwicklung von PSK ...

376 #00:46:27-5# D. Schönefeld: Also sprich: Weil sie ... weil die PSK in Zukunft, wenn sie diese Entwicklung
377 halt mitmachen, was sie eigentlich müssen, was sie eigentlich nach den behördlichen Vorgaben zwischen
378 2014 und 2016 sollen auch – es gibt ja drei Jahre für die Umstellung – ... Sie meinen, das die lieber das
379 bezahlte Geschäft sozusagen mitnehmen wollen, mit den bewilligungspflichtigen Leistungen als zukünftig
380 vielleicht, als das, was pauschal vergütet wird bzw. was zu einem geringen Prozentsatz als niedrig-
381 schwelliges Angebot vergütet wird?

382 #00:47:08-1# J. Daszkowski: Ja, das denke ... das kann schon möglich sein, dass da eben ökonomische,
383 kann man sagen, Zwänge auch gibt, die Rolle spielen und das man vielleicht auch (unverständlich),
384 verstärkt vielleicht noch auch in dem Offenen Treff auch die Menschen da eben auch überreden, dass
385 diese Intensivleistung da in Anspruch zu nehmen, ja. Und die PSK vielleicht, wie die Brücke Harburg, die
386 das vielleicht nicht wollen, werden möglicherweise doch gezwungen, dass zu machen.

387 #00:47:56-1# D. Schönefeld: Na ja, sie werden sonst keinen Vertrag mehr mit der Stadt wahrscheinlich
388 bekommen. Also, dann wird es gar keine Leistungen mehr geben von der Behörde, wenn sie nicht diese
389 Umstellung bis zum Ende 2016 mitmachen.

390 #00:48:08-6# J. Daszkowski: Ja, ja, richtig, also deswegen, dass die Frau Eulenschmidt gesagt hat, dass
391 möglicherweise wird das so nicht stimmen.

392 #00:48:22-4# D. Schönefeld: Welche Vorteile und welche Nachteile könnte es im neuen Modell der ASP
393 für die Klienten geben?

394 #00:48:26-8# J. Daszkowski: Ja, was Vorteile betrifft, also ich denke, dass wir für die Klienten die hier
395 leichter erkrankt sind oder doch eher durch vielleicht Armut und Einsamkeit bedroht, psychisch zu
396 erkranken, kann möglicherweise mehr Begegnungsstätten mit Offenen Treffs geben. Also die können
397 unter Umständen vielleicht profitieren, allerdings es ist die Frage, ob da irgendwie mehr Intensivgespräche
398 oder Krisenbegleitung, wenn sich der Zustand verschlechtert, geben wird und grundsätzlich sagen wir, für
399 manche Menschen die mehr vielleicht animiert werden rauszugehen, für die das Richtige wäre, kann auch
400 das von Vorteil sein, dass da, sagen wir, nicht unbedingt nur starr in der eigenen Wohnung gesprochen
401 wird. Also in machen Bereichen gab es vielleicht auch Fehlentwicklung, wo gelegentlich ich gehört habe,
402 dass der Sozialarbeiter ist da gekommen und ja, ließ sich noch von dem Betroffenen bedienen, dann
403 Kaffee zusammen getrunken – hat so Frühstück angeboten, gut, wie auch immer und hat sich vielleicht
404 relativ schönes Leben gemacht, also da wurde auch nicht eben kontrolliert. Für manche Menschen, kann
405 man sagen, kann das von Vorteil sein, mehr zum Sozialraum zu gehen, zu Begegnungsstätte, aber ...
406 also für die, die leichter Betroffen sind, könne mehr Offene Treffs besuchen und vielleicht manche
407 Menschen kommen jetzt mehr raus aus der Wohnung, also für einige kann das Vorteile geben, aber ich
408 denke, für die Menschen, die, sagen wir, schwer chronisch krank sind, kann schon zum Nachteil werden,
409 also. Es ist zu befürchten, dass man mehr Gruppenangebote macht, als individuelle Begleitung in eigener
410 Wohnung und oder auch Begleitung zu Ämtern. Oder auch Begleitung zum vielleicht, auch eher so
411 anderen Sozialraum, wo sie sich mit Nichtbetroffenen treffen. Ich sehe das nicht so richtig, wie das ...
412 dass das nicht ... diese Sachen werden meiner Meinung nach nicht adäquat finanziert. Ich bin da zwar
413 kein Experte in dem Bereich, aber ich befürchte, da kommt es eher zu einer Entwicklung, dass die –
414 genau so, wie in der klinischen Psychiatrie, wo man Befürchtung hat, dass die Menschen, die unbehindert
415 und schwer psychisch erkrankt, dass die mehr auf der Strecke bleiben und dann müssen zurecht auch die
416 Angehörigen befürchten, dass sie doch verstärkt um die Menschen, noch mehr als bis jetzt, kümmern
417 müssen.

418 #00:52:33-4# D. Schönefeld: Dann ... welche Vorteile und welche Nachteile in dem Zusammenhang,
419 könnte es im neuen Modell der ASP für die Mitarbeiter der Träger geben?

420 #00:52:47-8# J. Daszkowski: Ja ... muss ich sagen, dass weiß ich nicht ganz so genau, dass ist eben
421 alles (unverständlich) sehr individuell, also ich denke hier ... ich war da in einer Gruppe im Rauhen Haus,
422 dass da die Nachteile eben befürchtet werden auch für die Mitarbeiter. Gut, der mensch ist ein
423 Gewohnheitstier und manche haben sich da vielleicht schon relativ bequem eingerichtet mit, kann man
424 sagen, Unterschrift zu Hause und mit den Gesprächen eben zu Hause und solche Veränderungen erfor-
425 dern eben die Umstellung, in manchen Fällen vielleicht damit die Träger überleben, müssen sie manche
426 Mitarbeiter auch entlassen. Also, ich denke, da wird schon es schon mehr Ängste und Befürchtungen bei
427 Mitarbeitern geben, als Vorteile. Es kann schon sein, dass sich in manchen Fällen herauskristallisiert, z.B.
428 irgendwie, dass jemand verstärkt dann Gruppenarbeit macht, dass ihm vielleicht besser liegt, als bisherige
429 Besuche in den Wohnungen und da für einzelne Personen auch Vorteile geben kann, aber ist gesamt si-
430 cher, denke ich, dass solche Umstellungen eher durch Unruhen und Befürchtungen eben begleitet wer-
431 den, auch bei den Mitarbeitern. Also, dass kann schon manchmal sein, dass das auch Auseinander-
432 setzungen zwischen Arbeitgebern und Mitarbeitern oder auch mit Betriebsrat gibt, ja.

433 #00:54:57-0# D. Schönefeld: Ja, ich habe zum Schluss nur noch eine allgemeine Frage: Haben Sie das
434 Gefühl, dass die psychischen Erkrankungen zunehmen, oder nimmt die Diagnostik einen größeren Raum
435 ein, als früher?

436 #00:55:12-4# J. Daszkowski: Also, ich denke, sagen wir so, sowohl als auch, sehe ich. Einerseits kann
437 schon möglich sein, dass da auch teilweise manche Erkrankungen zunehmen oder man kann sagen
438 auch, Krisen und Störungen. Es ist nicht so eindeutig, was man als Erkrankung bezeichnet, weil die
439 Psychiatrie ist vielleicht nicht so ganz – ich gehe da nicht so weit, dass ich sage es sei „gar keine
440 Wissenschaft“, aber vielleicht mehr Erfahrungswissenschaft, ist nicht so exakt mit irgendwelchen Para-
441 metern, wie die somatische Medizin. Da ändern sich die Parameter auch, aber man sagt z.B., dass der
442 Blutdruck irgendwie über 140 zu 80 ist schon erhöht und hier: was ist eben normal und was ist krank,
443 kann man auch nicht so eindeutig sagen. Also, es kann schon sein, dass immer mehr Menschen durch,

444 kann man sagen, schwierigere Lebensbedingungen, also auch wenn die Grundbedürfnisse besser befrie-
445 digt werden, dass ist vielleicht noch ... gut, in Einzelfällen gibt es auch ... aber grundsätzlich die Leute
446 haben da die Grundversorgung, dass sie nicht unbedingt hungern und frieren müssen, normalerweise.
447 Oder Ausnahmen gibt es selbstverständlich auch. Aber die sind oft überfordert, sagen wir, die Formulare
448 auszufüllen, um Hilfen zu kriegen, gibt es auch noch Informationsüberflutung, sicher auch Vereinsamung
449 gibt, oder nur mit den Kontakten manchmal Telefon, Internet ... Und es kann sein, dass das auch mehr
450 Krisen gibt und Störungen, aber teilweise kann man auch sagen, weil man das als als gutes Geschäft
451 auch sieht. Da werden auch manche Krisen oder manche Abweichungen zu schnell psychiatrisiert, auch
452 bei so, sagen wir, Kindern und Jugendlichen – ADS-Syndrom oder ADHS-Syndrom, also das hat ... Die
453 Feststellung, was krank und was gesund ist, zumindest teilweise hat auch mit Leistungsansprüchen
454 meiner Meinung nach zu tun. Wenn man einen bestimmten Lernen von dem Kind in der Schule erwartet,
455 oder manchmal auch im Beruf, nur wenn jemand das nicht erreicht, wird man als krank bezeichnet. Und
456 weil manche eben beruflich tätigen, manchmal vielleicht sogar auch unbewusst, findet das eben gut,
457 jemand zu behandeln, sicher mit Blick auf Geld, aber nicht nur, ist vielleicht Bestätigung, dass man
458 richtige Diagnose gestellt hat, medizinische oder soziale ... das erwartet vielleicht auch mehr Sachen
459 festgestellt auch als nötig, sagen wir und da gab es doch in solchen Zeitung, dass Sozialpsychiatrie auch
460 noch das eine ... so eine Art Witz, dass wir haben jetzt neues Medikament entwickelt und passende
461 Krankheit haben wir auch dazu. Also, das schon eben gut möglich sein, dass die Verhalten, die früher
462 noch als, kann man sagen, vertretbar angesehen waren oder sonst Macken oder Marotten, jetzt werden
463 eben psychiatrisiert, weil das auch irgendjemand Geld und auch gewisse Bestätigung bringt. Also, ich
464 denke, sowohl als auch und manche Menschen, oder auch die Familie macht Druck, dass bei irgend-
465 welchem abweichenden Verhalten, dass man da zum Arzt geht und sich diagnostizieren lässt, ja.

466 #00:59:43-0# D. Schönefeld: Ja, von meiner Seite war es das mit den Fragen. Gibt es Ihrerseits noch
467 irgendetwas zum Thema, was Sie gern einbringen würden?

468 #00:59:52-8# J. Daszkowski: Ja, dass eben dieses Kolloquium ist grundsätzlich, denke ich, positiv
469 verlaufen. Am Freitag auch. Und hat eben recht Bedenken, was rechtliche Seite von diesem neuen Kon-
470 zept betrifft, bestätigt. Und auch LAG für behinderte Menschen hat auch eine Forderung bzw. eine
471 Bemängelung hat von mir, dass da keine unabhängige Beratung und Beschwerdestelle gibt, hat das auch
472 irgendwie aufgegriffen. Auch der Geschäftsführer von dem Paritätischen, so dass da hoffentlich sowas
473 eben eingerichtet wird, wo die Menschen eben im Zweifelsfall unabhängig beraten und unterstützt werden
474 können. Gut, vielleicht auch die jetzige Beschwerdestelle kann da gewisse Rolle spielen, aber da müsste
475 eben auch mehr finanzielle Mittel und Know-how, ja ... das ist eben zu hoffen, dass man das weiterhin
476 kritisch begleitet und Betroffene und ihre Angehörigen unterstützt. Und dass da eben, wie man sagt, wie
477 LAG geschrieben hat, doch faire Interessenausgleich gibt und die Betroffenen bei diesem neuen Konzept
478 gestärkt werden. So, das war's auch, in die Richtung, ja.

479 #01:01:35-2# D. Schönefeld: Alles klar, vielen Dank. Ich habe das Gefühl, wir sind fertig, oder was meinen
480 Sie, Herr Daszkowski?

481 #01:01:44-1# J. Daszkowski: Ja, ich denke auch eher, dass wir sind soweit fertig.

Begriff von Inklusion

Der aus meiner Sicht zentrale Unterschied ist der, dass wenn ich mich um Inklusionsfragen bemühe, ich keine bestimmte Zielgruppe im Auge haben kann, sondern sie sich annimmt, das ist ein Auftrag an die Frage ‚Wie will ich Gesellschaft gestalten?‘. Also, will sagen, einem Träger der Behindertenhilfe den Auftrag zu geben ‚sei doch mal inklusiv‘ ist aus meiner Sicht inhaltlicher Blödsinn hoch zehn, das geht schlicht und ergreifend gar nicht, weil, der ist exklusiv.

(Z. 69 - 73)

PARAPHRASE: Inklusion bedingt, dass keine bestimmte Zielgruppe in den Fokus der inkludierenden Maßnahmen gerückt wird. Daher widerspricht es Inklusionsbemühungen, einem Träger der Behindertenhilfe die Aufgabe zu überantworten, Inklusionsmaßnahmen durchzuführen, weil dieser gemäß seinem Grundauftrag exkludierend tätig ist.

Also, sagen wir erst mal in einem Gemeinwesen... und wie gestalten wir den eigentlich so, dass möglichst viele an dem sozialen Geschehen teilhaben können, weil, da kommt dann mein zweiter Kommentar zum Thema Inklusion, er wird aus meiner Sicht ungeheuer entweder romantisierend gebraucht, so nach dem Motto „Ach, da sind sich alle einig“. Das ist das meiner... Ich finde das fachlicher Humbug, auch dass, weil, menschliche Gesellschaften sind alles andere als per se Inklusiv, wo alle leben können. Nein, ganz im Gegenteil, alle Menschen grenzen aus ...

(Z. 80 - 85)

PARAPHRASE: Der Begriff der Inklusion wird sehr romantisierend gebraucht, weil es allen moralisch opportun erscheint, obwohl die Gesellschaft per se ausgrenzt.

Da wurde mal ein Psychiatrie-Erfahrener interviewt, der hat das, finde ich, sehr gut auf den Punkt gebracht. Der hat nämlich beschrieben: Na ja, er ist jetzt Mitglied in einem Schach-Club... Könnte man sagen ‚super, klasse inkludiert, normale Bürger und so‘... Und dann hat er gesagt ‚ja aber, wenn die sich in der Freizeit nachher treffen, privat, bin ich nicht dabei‘.

(Z. 104 - 108)

PARAPHRASE: In einem Interview beschrieb ein Psychiatrie-Erfahrener seine Situation, wonach er zwar in einem Schach-Club als Mitglied akzeptiert wurde, aber von privaten Treffen weiterhin ausgeschlossen war.

... Inklusion ist die Illusion, es geht barrierefrei, ...

(Z. 113)

Wenn man dann irgendwen fragt ‚was meinen Sie damit?‘, dann kommt man immer auf das Beispiel mit den abgesenkten Bordsteinkanten für Rollstuhlfahrer, sagt „ja, das verstehe ich sofort“ und das ist tatsächlich, sagen wir mal so, für die Gesamtbevölkerung ein Riesenfortschritt gewesen – ausgehend von so einer Initiative von Körperbehinderten, der Rollstuhlfahrer soll daran teilhaben –, plötzlich, heute bei der alternden Bevölkerung, kann auch Lieschen Müller den Rollator heute auch viel besser (unverständlich), verstehe ich sofort. Jetzt, was ist die Schwelle für Menschen mit Minderbegabung, da wird's schon schwierig. Über welche Schwellen müssen die denn rüber? Und jetzt sage ich mal auch wieder, ist ein bisschen neurotisch, ich habe als Bürger und als Mensch hohes Interesse an intellektuellen Auseinandersetzungen hat... Ich würde mich vehement dagegen wehren, wenn die sprachlichen Hürden soweit abgesenkt würden, dass alle drüber kommen, weil dann renn ich nämlich davor, weil, das kann ich nicht. Ich denke kompliziert, verwende auch manchmal eine komplizierte Sprache, aber die liebe ich und die hat ihr Recht. Also, will sagen, da ist das mit der einfachen Sprache manchmal... für mich ist das manchmal kompliziert. Und wenn ich mir das jetzt angucke für Menschen mit psychischen Erkrankung, was denn da die Barrieren sind und wie denn ein Umfeld barrierefrei gestaltet sein soll, das verstehe ich schon überhaupt nicht mehr, da fällt mir nichts zu ein. [...] Also, wenn ein Mensch mit einer Angststörung sich nicht traut in eine Gruppe zu gehen, wie sieht ein barrierefreies Kino für den aus? Keine Ahnung, ich weiß es nicht. Wie sieht ein barrierefreies Schwimmbad und ein barrierefreier Marktplatz aus, wenn der Mensch Angst hat in Gruppen zu gehen, ich weiß es nicht, keine Ahnung. Und sage an der Stelle ganz klar, da ist mit Inklusion Feierabend, ich glaube da geht's einfach nicht.

(Z. 113 - 133)

PARAPHRASE: Unter Inklusionsmaßnahmen werden zumeist die sichtbaren, körperlich behindernden Barrieren zusammengefasst. Die kognitiven Barrieren für minderbegabte Menschen abzubauen ist hingegen schon schwieriger, zumindest wenn dieses für die Allgemeinheit in der Öffentlichkeit erfolgen müsste. Für manche psychisch kranke Menschen, z. B. mit einer Angststörung, erscheint es hingegen unmöglich zu sein. Von daher verschafft der Inklusionsbegriff nur die Illusion, dass das Leben barrierefrei zu bewältigen sei.

... oder Klienten selber fragt, worum es denn nun geht, was sind deren entscheidende Kriterien, ob sie teilhaben oder nicht? Dann geht's um Arbeit, vernünftiges Einkommen, vernünftige Wohnung und dann geht's los mit solchen komischen Themen wie ‚soziales Netzwerk‘, ‚Beziehungen‘, nicht? Das ist das, was die wollen. Und, will sagen, darin unterscheiden die sich von dem wahrscheinlich was wir beide wollen überhaupt nicht in den Qualitäten, nicht?

(Z. 508 - 512)

... was sagen Psychiatrie-Erfahrene eigentlich, was sie brauchen? Da wird überall deutlich, die brauchen keine Ambulante Sozialpsychiatrie, das brauch einfach keiner von denen, nicht? Da geht es um berufliche Qualifizierung, da geht's um bezahlbaren Wohnraum, um ein Leben oberhalb von Hartz-IV. Da geht's um Ex'In oder sowas, als Qualifizierung, als Mensch mit Psychiatrie-Erfahrung an der Entwicklung der Hilfen beteiligt zu sein, das sind die Fragen, die die Psychiatrie-Erfahrenen stellen ...

(Z. 675 - 680)

PARAPHRASE: Befragt man Klienten der Sozialpsychiatrie selbst, was für sie entscheidende Kriterien der Teilhabe an der Gesellschaft sind, erfährt man, dass es um die gleichen Lebensthemen wie bei Nichtpsychiatrie-Erfahrenen geht: eine Arbeit, mit der sich ein auskömmliches Einkommen erwirtschaften lässt und berufliche Qualifikation, die auf dem Weg dahin hilft, damit eine Wohnung bezahlt werden kann, in der man sich wohlfühlt. Erst nach der Befriedigung dieser Bedürfnisse folgen dann die nach sozialen Kontakten und Beziehungen. Ambulante Sozialpsychiatrie braucht da kein Klient.

Partizipation der Marktteilnehmer

Die Klienten wurden überhaupt nicht einbezogen, gar nicht. Und diese Feigenblattveranstaltung, die dann irgendwann mal stattgefunden hat, als alles schon in trockenen Tüchern war ... ich kann mir vorstellen, dass Georg-Wiese sagt „ja, wir haben das dann mit denen beraten“, ehrlich gesagt ist das unter Beteiligungsgesichtspunkten peinlich wie sonst 'was, was hier abgelaufen ist. Und mir ist das ... also, meine ich, habe ich immer erzählt, ich mache seit 25 Jahren Psychiatrie; eine derartige Ignoranz gegenüber den Interessen von Nutzern, wie sie hier praktiziert worden ist, habe ich lange nicht erlebt.

(Z. 217 - 223)

PARAPHRASE: Die Klienten wurden nicht in den Prozess der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe einbezogen, sondern wurden informiert, als das Konzept stand. Dieses war ignorant gegenüber den Interessen der Nutzer.

... ich glaube dass die Träger, und mir selber ist das auch als Vertreter dieses Trägers viel zu spät aufgegangen eigentlich, (dass) wir alle miteinander einen strategischen Fehler gemacht haben, einen richtig elementaren Fehler bei der Entwicklung, dass wir uns nämlich auf das Gespräch mit der Behörde eingelassen haben die gesagt hat, „ja, wir reden ja nur hier über eine andere Finanzierung und... Strukturen, das hat ja mit dem, wie die Hilfeleistung... daran ändert sich ja alles nichts“. Ich sag mal, dass wir uns als Träger darauf eingelassen haben, nicht unisono hingegangen sind und der Behörde gesagt haben „okay., wir machen eine Änderung in der Sozialpsychiatrie, aber nur dialogisch, nur wenn wir die Nutzer mit einem Tisch kriegen, weil, wir reden über eine andere Form der Hilfeleistung, das wäre richtig gewesen und das wäre... dann wären viele Dinge die, glaube ich, heute in diesem Modell so schräg laufen, schlicht und ergreifend nicht passiert, weil die Nutzer sehr deutlich gesagt hätten, was sie davon halten. Also von daher finde ich diesen Teil richtig schlecht, keine Nutzerbeteiligung, also ganz im Gegenteil, nicht?

(Z. 223 - 234)

PARAPHRASE: Den Trägern ist zu spät klar geworden, als sie in Verhandlungen mit der BASFI getreten sind, dass die Änderung der Strukturen und der Finanzierung zugleich auch Auswirkungen auf die Hilfeleistung hat. Die Träger hätten somit die Verhandlungen nur unter der Bedingung aufnehmen dürfen, dass diese dialogisch unter Einbeziehung der Nutzer erfolgt.

Also, 'sitze da in einer Runde, wo sozusagen die Träger mehrfach doppelt hin und her vertreten werden, was Pluralität signalisiert und Handlungsunfähigkeit produziert, weil, das ist aus meiner Sicht, die Träger waren von Anfang an massiv daran beteiligt, was aber nicht dazu geführt hat dass diese Vielfalt zu einer Stärkung der Trägerseite geführt hat, sondern die hohe Uneinigkeit zwischen den Trägern hat zu einer extremen Schwächung geführt.

(Z. 272 - 276)

PARAPHRASE: Die Träger waren über ihre Verbände und auch selbst noch mit eigener Stimme an den Verhandlungen mit der BASFI beteiligt, was jedoch nicht zur Stärkung ihrer Position, sondern durch ihre Uneinigkeit zu einer großen Schwächung geführt hat.

Mein Lieblingsthema ist immer, das Konkretionsniveau, wie die Behörde dieses Modell ambulante Sozialpsychiatrie geschildert hat: Herr Georg-Wiese hat das gemacht, mit einer Untertasse, „das ist die Begegnungsstätte“ und einem Zuckerstreuer, „das sind die individuellen Leistungen“ (tut, als ob er eine Untertasse in der flachen Hand hält und mit einem Streuer Zucker darauf kippt); das ist das Modell, so schlicht – und konkreter ist es nie geworden. Das hätte man als Träger nutzen können, wenn man ... weil eben sehr schnell klar war, dass die Behörde an vielen Stellen keine..., ich sag mal so, auch nicht viel weiß, wie das konkret geht, nicht? Oder eher im Nebel stochert. Das hätte man nutzen können, hätte sagen können, „o.k., wir entwickeln jetzt ein Modell und machen das so und so und so“; man kann es sehen, dass das Thema ‚Prävention‘ überhaupt reingekommen ist, das war eine der Initiativen der Träger. Da waren sich mal alle einig und sagten „Prävention muss irgendwie stattfinden“, aber auch wieder am Ende halbherzig eingebaut in das Modell, so dass man sagen kann ‚viel Text, wenig Ergebnis‘.

(Z. 280 - 291)

PARAPHRASE: Die Vorstellungen der BASFI, wie das ASP-Modell funktionieren sollte, blieben aus Sicht der Träger sehr unkonkret. Diese Lücke hätten die Träger nutzen sollen, was leider nicht erfolgte. Einzig die Aufnahme des Präventions-Elements ist am Ende auch eher halbherzig noch auf Betreiben der Träger erfolgt.

Sozialräumliche Betrachtung

... die Lösung kann doch dann nur sein, dass man anstatt psychiatrischer Institutionen zu fördern, andere gesellschaftliche Instanzen fördert und dann sich überlegt, wie kriegt man ein psychiatrisches Know-how da hin, wenn es denn da gebraucht wird.

(Z. 97 - 99)

Ich finde mittlerweile, dass diese Begegnungsstätten als Ort für inklusive Gedanken oder wie auch immer überhaupt nicht taugen.

(Z. 142 - 143)

... was soll ein Normalbürger, der nichts mit Psychiatrie zu tun hat, der auch keine Probleme damit hat, warum soll er dahin gehen? Meine Antwort ist, der geht da nicht hin, also so wenig wie ich in irgendwelche Teenie-Clubs auf dem Kiez gehe ...

(Z. 147 - 149)

... eigentlich macht das doch nur Sinn an sowieso bestehen den sozialen Treffpunkten, da auch ganz vorsichtig, ganz dezent ein bisschen psychiatrisches Know-how hinzutragen, ansonsten alle Gruppen Menschen, die sich da irgendwie dran beteiligen, einfach das machen zu lassen was sie wollen und dann über dieses „wir bringen dort ein bisschen psychiatrisches Know-how hin“, ein bisschen was dafür tun kann, dass auch Menschen, die irgendwie auffällig, bunter oder sonst was sind, da hingehen können und daran teilhaben. Das erscheint mir doch die einzig sinnige Idee, wenn wir über so etwas wie Inklusion und Sozialraum reden, nicht?

(Z. 165 - 171)

PARAPHRASE: Wenn Inklusion vorangetrieben werden soll, ist es doch sinnvoller, anstatt in psychiatrischen, diese in öffentlichen Einrichtungen zu fördern und psychiatrisches Wissen an die Stellen zu bringen, an denen Menschen mit psychischer Erkrankung teilhaben sollen. Aus diesem Grunde taugen die Begegnungsstätten der sozialpsychiatrischen Träger als Durchführungsorte inkludierender Maßnahmen nicht, denn es ist unklar, was Menschen ohne Berührungspunkte zur Psychiatrie dort sollen und zweifelhaft, dass sie diese Orte aufsuchen werden.

So und das führt zu der Frage, wie müssen denn Räume, also erst mal wirklich räumlich, also dreidimensional gedacht, wie müssen die denn gestaltet sein damit Menschen mit psychischen Erkrankungen da überhaupt hinkommen? Also, damit müssen sie eine bestimmte Größe haben, Räumlichkeiten, Rückzugsmöglichkeiten in einem Gebäude müssen vorhanden sein, verkehrsgünstig ist total wichtig, weil, Menschen mit psychischen Erkrankungen haben aufgrund ihrer vielfältigen sozialen Störungen immer Schwierigkeiten lange Wege zu gehen, sie tun's einfach nicht, ...

(Z. 157 - 162)

... das Barmbek Basch erreicht Menschen die, sage ich mal, 500 Meter im Umkreis wohnen, vielmehr kann das nicht sein, nicht? Wer eineinhalb Kilometer weg wohnt, hat möglicherweise schon etwas anderes vor der Haustür, wo er viel lieber hingehet. Also, solcher Art Treffpunkte erscheinen mir wesentlich sinniger zu seinen, als dass jetzt alle Träger in Hamburg – und das wird... ist eine der katastrophalen Wirkungen dieser ambulanten Sozialpsychiatrie –, alle sind wie der Teufel darauf aus, wir müssen ja einen Treffpunkt haben. Ich frage mich, was soll die Stadt mit diesen ganzen psychiatrischen Treffpunkten, also davon haben wir echt genug, glaube ich, nicht? Ob wir genügend psychiatrische Hilfen an der richtigen Stelle haben, das ist eine andere Frage.

(Z. 182 - 189)

Und so kann man sagen, die Treffpunkte die wir da haben, die befinden sich zufällig an irgendwelchen Orten und sind eher davon gesteuert, wo man günstig Räumlichkeiten kriegt, um sowas zu machen.

(Z. 208 - 210)

So ist es so, jetzt werden eben die irgendwie zufällig vorhandenen Begegnungsstätten werden finanziert und man kann sich, guckt man sich das auf dem Stadtplan an, stellt man fest, sie sind eben NICHT gleich in der Fläche verteilt.

(Z. 617 - 619)

PARAPHRASE: In der räumlich gedachten Dimension müssen die Begegnungsstätten für psychisch kranke Menschen hohen Anforderungen bezüglich der Raumgröße, den Rückzugsmöglichkeiten und der Erreichbarkeit standhalten. Das Barmbek Basch erreicht z. B. mehr oder weniger nur die unmittelbare Nachbarschaft bzw. zieht aus maximal einem halben Kilometer Entfernung Besucher an. Die entstehenden psychiatrischen Treffpunkte, die nun überall eröffnet werden bzw. bereits vorhanden sind, sind zufällig im Stadtgebiet verteilt, bestimmt durch die Nachfrage nach günstigen Gewerbemieten, die den behördlichen Anforderungen entsprechen.

... was mir vorschwebt ist dann eher sozusagen ein System, was den sozialen Aspekt von Gemeinwesen wieder in den Blick nimmt und sagt o.k., wenn wir einen Stadtbezirk, einen Stadtteil, ein Quartier oder was auch immer haben, dann müssen wir doch überlegen, was braucht dieses Quartier, um sich sozial intakt zu entwickeln, will sagen, möglichst wenig Ausgrenzung, eine möglichst heterogene Bevölkerungsgruppe, ...

(Z. 592 - 596)

... also eher sich so quartiersbezogen sich überlegen, was braucht man da und dann das Geld zur Verfügung stellen und dann okay, wir sagen mal, wir brauchen dafür, weiß ich, fünf Sozialarbeiter, drei Krankenschwestern und wie auch immer, die sich um die Probleme kümmern und das muss man in der Fläche sichern, anstatt über diese Einzelfallhilfe zu kommen, ...

(Z. 605 - 609)

PARAPHRASE: Ein sozialräumliches Konzept, welches den Gemeinwesenaspekt in den Mittelpunkt rückt, müsste bezogen sein auf einen Stadtteil oder ein Quartier und die benötigte Hilfe aus multiprofessionellen Kräften zielgerichtet vorhalten, die dort benötigt wird, damit sich dieses Umfeld sozial intakt und inkludierend entwickelt.

Ökonomisch Betrachtung

Und jetzt wird heute gesagt und da merke ich, da werde ich auch auf die Herren von der Behörde richtig grantig, wenn gesagt wird „die Träger (unverständlich), die wollen nur ihre Einnahmen sichern“, oder irgendwie so einen Schrott, der politisch richtig schlimm ist, finde ich, weil historische Tatsachen geleugnet werden; der sozialpolitisch auch noch falsch ist und – ich sag mal so –, wo die... und das nervt mich hier in Hamburg richtig, da kriege ich richtig so einen Hals, wenn ich sowas höre, weil, da sagen die Herren von der

Behörde „das machen die Träger alles nur“, nicht? Und dann muss man sich mal dran erinnern, dass KEINE EINZIGE Leistungsvereinbarung, seitdem es sowas gibt, nach BSHG oder SGB XII, keine einzige Leistungsvereinbarung gibt es in dieser Stadt, wo nicht ein Behördenvertreter seinen ‚Friedrich Wilhelm‘ drunter gesetzt hat, alles ist mit der Stadt abgesprochen, bis zum letzten KOMMA, nicht? Und: zweiter Aspekt; kein einziger Klient der Hilfe kriegt und den die Stadt finanziert, hat diese Hilfe jemals gekriegt, ohne dass die Freie und Hansestadt einen Bewilligungsbescheid ausgesprochen hat. [...] das gleiche was jetzt diskutiert wird, die Träger wollen nur Einnahmen haben; da sag ich jetzt: natürlich will ich Einnahmen haben und zwar deshalb weil wir 1000 Beschäftigte haben und wenn ich nicht dafür Sorge, dass Geld in der Kasse ist, dann habe ich nächstes Jahr was? Ein Riesenproblem mit den Beschäftigten und kann sie nicht mehr bezahlen?

(Z. 320 - 334)

PARAPHRASE: Den Trägern wird seitens der Sozialbehörde immer wieder zum Vorwurf gemacht, sie wollten nur Geld verdienen und seien daher verantwortlich für den Anstieg der Fallzahlen. Diese Anschuldigungen vernachlässigen jedoch, dass es die Behörden selbst sind, die aufgrund vertraglicher Vereinbarungen und im Einklang mit den Sozialgesetzen Hilfeleistungen gewähren. Die Träger sind als Arbeitgeber selbstverständlich an Einnahmen interessiert, denn sie haben die Verantwortung für die Einkommen ihrer Mitarbeiter.

Die Verhandlungsseite der Behörde hat von Anfang an und zwar in den aller ersten Gesprächen deutlich gemacht, dass die Haushaltsbremse – und da kommt ein Prozentsatz her, 0,88 Prozent Steigerung, dass irgendwann mal ausgerechnet, so viel geht in Haushalten, wenn man angesichts von Steuereinnahmen, Steuerentwicklung usw. bis zum Jahre 2019 einen ausgeglichenen Haushalt haben will, so. Und dass was die Behörde im Bereich Ambulante Sozialpsychiatrie, aber in allen anderen Fällen, wo wir verhandeln auch gemacht hat, sie haben gesagt „0,88 Prozent – mehr gibt's nicht, Ende, aus“. Der Hinweis darauf, dass wir Tarifverträge haben und schön für die Mitarbeiter die Gehälter leider, oder wie auch immer, schön letztes Jahr und dieses Jahr zusammen um 5 Prozent gestiegen sind, da sagt die Behörde „pff, interessiert uns das? Nein, das interessiert uns nicht“. Und bei der Frage der Entwicklung der Sozialpsychiatrie mit den Fallzahlen, Fallzahlsteigerungen, die in den Großstädten in Deutschland übrigens überall stärker ansteigen, als den Flächen – das ist in Berlin auch so. Die Behörde machte daraus „na ja, das liegt an den Trägern, oder so“; ich glaube, es hat etwas mit Ballungsräumen zu tun: Ballungsräume haben eine Sogwirkung, auch auf Klienten möglicherweise, nicht? Und es ist einfach attraktiver in Hamburg eine gut ausgebautes sozialpsychiatrisches Netz zu nutzen, als irgendwo in der niedersächsischen Tiefebene zu sitzen, als das kann schon sein. Aber die Behörde hat von Anfang an klargemacht, dass mehr als die 0,88 nicht geht und dass darum eben die Fallzahlensteigerung auch nicht funktioniert, wie es sein darf...

(Z. 437 - 453)

... ohne Qualitätsverlust, ohne jedwede Einbuße.

(Z. 456 - 457)

PARAPHRASE: Die BASFI hat schon zu Beginn der Verhandlungen verdeutlicht, dass es keine jährlich höhere Steigerung als 0,88 Prozent des Budgets geben werde, da sich nur so das Ziel des angestrebten ausgeglichenen Haushalts bis zum Jahr 2019 erreichen lässt. Dass die Fallzahlen insbesondere in den Großstädten dabei stärker steigt als in der Region liegt wahrscheinlich an der Sogwirkung von Ballungsräumen, deren bessere psychiatrische Infrastruktur auch für psychisch kranke Menschen aus der Region attraktiv seien. Die Fallzahlsteigerungen sollen also mit diesem Prozentsatz von 0,88, trotz tariflicher Lohnsteigerungen der Mitarbeiter und ohne Qualitätsverlust und Einbußen, bewältigt werden.

... aber innovativ wäre wenn es gelingen würde, ein Trägerbudget – also solche Budgets, Sozialraum-, Träger- oder sonst was Budgets unter Einschluss von Renten- und Krankenversicherung zum Beispiel machen, oder Pflegeversicherung... alle schmeißen ihr Geld zusammen und so, DAS wäre mal innovativ.

(Z. 474 - 477)

PARAPHRASE: Innovativ wäre es, wenn alle Sozialhilfe- und Sozialversicherungsträger ihre Budgets für bestimmte Sozialräume zusammenlegen würden.

... Moment mal, bisher haben die Träger eine Berechtigung gehabt, ihre Hilfen anzubieten und jetzt soll, weil die großen – vor allem die großen – was anderes wollen, können doch die kleinen nicht vor die Wand fahren.

Das finde ich nicht fair, das finde ich nicht richtig. Und das heißt, natürlich muss man diesen kleinen Trägern eine Existenzmöglichkeit einräumen, so schwer das auch ist. Das kostet zusätzlich Geld und jetzt wird deutlich, die Behörde will kein zusätzliches Geld, dann kommt sie mit dieser komischen Kooperationsnummer an, nicht?

(Z. 692 - 697)

PARAPHRASE: Es muss eine wirtschaftliche Unterstützung für kleinere Träger seitens der Stadt geben, denn diese verlangt nun erhebliche Investitionen auf dem Weg in die ASP. Kleiner Träger hatten bislang auch das Recht ihre Dienste anzubieten und man kann ihnen nun nicht den Boden unter den Füßen wegziehen. Die BASFI verweist hingegen immer nur auf die Möglichkeiten der Kooperation.

... auch da wieder merke ich, spielt hier die Stadt, finde ich, ein Spiel mit doppeltem Boden, weil sie nämlich sagt, oder gesagt hat, „also wir haben hier in Hamburg schon 35 Begegnungsstätten, die erfüllen alle diese Standards“. Ehrlich gesagt, erfüllen unsere die auch nicht. Also, wir haben auch eine mindestens, wo der Raum nicht so groß ist, wir haben nicht überall einen 50 Quadratmeter großen Raum, ist doch Blödsinn, also (unverständlich), wer soll das auch bezahlen?! Und jetzt hat die Behörde das glaube ich deshalb gemacht, um zu verhindern, dass kleine Träger sich mal eben sowas leisten und haben gleichzeitig den anderen Trägern gewissermaßen einen Bestandsschutz gesichert, nicht? Also alles, was da ist gilt und bleibt behalten und wer was neues haben will, muss eben so viel und dann eben aus dem Bestehenden bezahlen, wie soll DAS denn gehen? Das ist doch quatsch. Also, darum würde ich immer sagen, für ... aus Trägersicht, wenn die Stadt was fordert, muss sie's auch bezahlen, kostet eben Geld.

(Z. 705 - 715)

PARAPHRASE: Es muss eine wirtschaftliche Unterstützung für kleinere Träger seitens der Stadt geben, denn diese verlangt nun erhebliche Investitionen auf dem Weg in die ASP. Kleiner Träger hatten bislang auch das Recht ihre Dienste anzubieten und man kann ihnen nun nicht den Boden unter den Füßen wegziehen, weil den großen Trägern ein Bestandsschutz gesichert werden soll. Die BASFI verweist hingegen nur auf die Möglichkeiten der Kooperation zwischen Trägern.

Aber wenn wir jetzt da rangehen, sozusagen, uns anzugucken, was machen wir da inhaltlich, dann sag ich schon den Kollegen auch „bevor wir irgendetwas machen an Angeboten, prüft ihr bitte sehr sorgfältig, was es rundherum alles so gibt“. Wir machen jetzt nicht hier die fünfte psychiatrische Kochgruppe auf, oder sonst was und ich erteile den Auftrag auch, guckt doch mal nach, ob es irgendwo ein Gemeindehaus, Stadtteilhaus oder sonst was gibt, wo sowas stattfindet und nehmt mit denen Kontakt auf, ob ihr da hingehen könnt und das macht.

(Z. 718 - 723)

PARAPHRASE: Inhaltlich sind die Mitarbeiter des Rauhen Hauses aufgefordert, zu prüfen ob es ein gleichartiges Angebot in einer Einrichtung rundherum gibt, mit der evt. hinsichtlich der Nutzung kooperiert werden könnte.

Wenn wir jetzt so ein sozialraumbezogenes Modell hätten, könnte man sagen „ja okay, in dem Quartier gibt es diese PSK oder so eine Beratungsstelle und da gibt es BeWo und was weiß ich, aber ambulante aufsuchende Hilfen und ein bisschen stationär“, und dann guckt man das alles zusammen an und sagt „das ist jetzt das Budget“. Das wird aber nicht passieren, es keine Sozialraumbudgets, also das wird in der Öffentlichkeit, in der Fachöffentlichkeit immer wieder auch falsch gesagt: „Es handelt sich um sozialraumbezogene Modelle“. Es stimmt vorn und hinten nicht, diese ganzen Modelle haben mit Sozialraum überhaupt nichts zu tun, wir finanzieren Träger hier!

(Z. 829 - 836)

PARAPHRASE: Kooperationen könnten leichter eingegangen werden, wenn wirklich Sozialräume finanziert werden würden – also die Arbeit in bestimmten Gebieten bzw. Quartieren. Jedoch werden auch im neuen Modell nach wie vor Träger finanziert.

W. Bayer: [...] Und jetzt ist ja die Frage, wie soll denn da eine Kooperation eigentlich funktionieren? Also wir sind angesprochen worden von einer der solitären PSKs, ob wir mit denen nicht kooperieren.

[...] D. Schönefeld: Die können sie eigentlich nur an Sie weiter verweisen?!

W. Bayer: Ja, die schicken die dann zu uns, ja und dann? Das ist das, was wir jetzt auch machen. [...]

D. Schönefeld: Das ist also keine richtige Kooperation, das ist einfach eine Durchleitung?

W. Bayer: Genau, eine Durchleitungsstelle oder die schicken die zu uns, also wenn Geld fließt ... ich glaube, aus einer PSK kann kein Geld fließen. Genauso kann von uns kein Geld fließen ...

(Z. 839 - 853)

Aber jetzt hinzugehen und zu sagen „ja, die PSKn müssen auch irgendwas machen“ und dann macht man irgendwelche komischen ... also Geldflüsse können nicht sein – können die nämlich nicht, weil die Ausstattung der PSK schlicht und ergreifend nur für den Betrieb einer solchen niedrighschwelligigen Beratungsstelle reicht, für was anderes reicht das halt gar nicht. Und das ... keine Ahnung. Hab' ich nicht verstanden und verstehe ich bis heute nicht. Als wir uns mit den Kollegen dieser PSK getroffen haben, ist uns zusammen auch nichts eingefallen, wie das gehen kann.

(Z. 910 - 916)

PARAPHRASE: Unklar ist, wie die Kooperation mit einer solitären PSK aussehen soll, da diese vom Budget und Personal her nur auf ein niedrighschwelliges Angebot ausgelegt sind. Um auf das bewilligungspflichtige Angebot zurückzugreifen können die solitären PSK nur einen entsprechenden Träger empfehlen. Diese Durchleitung geschah im Bedarfsfall jedoch bereits in der Vergangenheit und stellt keine Kooperation dar. Auf jeden Fall könnte von einer PSK kein Geld an einen ASP-Träger fließen, genauso wenig, wie vom Rauhen Haus kein Geld an eine PSK geleitet werden könnte. Im gemeinsamen Gespräch fiel weder den Vertretern des Rauhen Hauses, noch denen der PSK dazu etwas ein, wie eine solche Kooperation gestaltet werden könnte.

W. Bayer: [...] Ich sag mal ganz nüchtern, ne, wir müssen ja über Einzelfälle plötzlich noch mehr Stunden nachweisen, also von daher... So und jetzt passiert etwas ganz kuriozes, wir kommen in die Zwangslage, dass wir Klienten gewinnen müssen. Wenn wir's nicht machen, sinkt mindestens im Folgejahr das Budget. Da ich mir das aber nicht leisten kann, wegen Arbeitgeber und meiner Beschäftigten ...

D. Schönefeld: Das heißt ... Moment, wenn ich kurz nachfragen darf ... Es sinkt auch, wenn Sie keinen Abgang haben von Klienten?

W. Bayer: Ja, auch dann, weil ich muss sieben Prozent mehr haben.

D. Schönefeld: Ach, Sie MÜSSEN jedes Jahr sieben Prozent mehr generieren ...

W. Bayer: Ja, auf einmal oder nur im ersten Jahr, das werden wir mal sehen, das ist noch nicht raus. Aber die Logik ist, verabredet für das erste Jahr: Leistungen aus dem Vorjahr plus sieben Prozent und Prävention/Nachsorge, vier Prozent. Macht summa summarum, irgendwas um die 110 Prozent, bei gleichem Personal.

D. Schönefeld: Das kann aber letztlich auch dazu führen, dass Sie zum Beispiel sagen „okay, am Jahresanfang, da können wir noch richtig Gas geben, da nehmen wir an Klienten an, was kommt“ und zum Jahresende, wenn Sie sehen, es geht langsam über diese sieben Prozent rüber ... weil, die laufen ja auf Ihre Kosten auch dann.

W. Bayer: Ganz genau.

(Z. 943 - 960)

PARAPHRASE: Durch die in der Budgetierung vereinbarte Fallsteigerung von 7 Prozent kommen die Träger nun in die Zwangslage, diese Klienten generieren zu müssen, wollen sie verhindern, dass ihr Budget im kommenden Jahr sinkt. Dieses muss, da keine Kostensteigerung möglich ist, mit dem vorhandenen Personalstamm bewältigt werden. Genauso wie der enthaltene Präventionsanteil für den ‚Offenen Treff‘, der 4 Prozent beträgt. Hingegen läuft ein Mehr an Klienten über die 7 Prozent hinaus, außerhalb des Budgets und damit zu Lasten des Trägers.

Könnte auch heißen, das Klienten, die sehr unzuverlässig sind – also Termine nicht einhalten usw. oder sich mal drei Monate abmelden und gar nicht erscheinen – plötzlich zu ungesunden Risiken erklärt werden. Klienten mit vielen Krankenhausaufenthalten, also was zum Beispiel dann irgendwann, ganz im Nachhinein irgendwann erst ‚reingefloddert‘ worden ist, ist... also vorher hieß es „nein, alles was bewilligt ist, ist das, was ihr leistet. Wir prüfen nicht, was im Einzelfall passiert“. Jetzt kommen plötzlich solche Nachzügler „ja, aber wenn einer zwei Monate im Krankenhaus ist, zur stationären Behandlung, müsst ihr den abmelden“.

(Z. 964 - 970)

... wir reden ja über ein Budget, was sozusagen den Träger finanziert und es geht darum, möglichst kontinuierlich möglichst viele Leute zu haben. Also eigentlich war meine Hoffnung, damit zu sagen, okay, wir betreuen Herrn Müller und der ist zwei Monate im Krankenhaus, wir betreuen den einfach weiter, wir gehen da einfach weiter hin. Jetzt stellt sich plötzlich heraus, ne, wenn der im dritten Monat da ist, dann darf man den nicht mehr besuchen, weil wir nämlich keine Kapazitäten mehr für den kriegen, also, da wird es plötzlich völlig irre, nicht? Und auch sehr, auch wieder ... sehr fiskalisch gedacht: „ja, der ist ja eigentlich im anderen System und da wird die Krankenkasse und da müsst ihr gar nicht und sollt auch gar nicht“, also, da wird überhaupt nicht mehr fachlich diskutiert, ob das sinnig ist, das so zu machen.

(Z. 973 - 981)

[...] Darüber wird noch diskutiert, „ja, der ist doch Krankenkasse, dann ist die Sozialhilfe nicht zuständig“ oder „der ist ja im Krankenhaus versorgt“. Ende. Das ist aber fiskalisches Denken, das widerspricht Budgetüberlegungen völlig, ganz im ... das ist kontraproduktiv. Und solche Effekte gibt es ein paar da drin, die natürlich zur Folge haben können, das, ich sag mal so, Klienten, die sehr... da unzuverlässige, haben durchaus ein ernsthaftes Risiko, dass sie eben auch rausfliegen, dass die keiner haben will, nicht?

(Z. 983 - 988)

PARAPHRASE: In der Budgetvereinbarung ist auch vorgesehen, dass Klienten, die länger als zwei Monate keine ASP-Leistungen in Anspruch nehmen, mitten im Budgetjahr nachträglich herausgestrichen werden. Dieses bietet den Trägern jedoch keine Planungssicherheit und könnte dafür sorgen, dass sich die Träger von unsicheren Kandidaten früher trennen und diese dann Schwierigkeiten haben, einen neuen Träger zu finden. Oder bei Klienten, die über zwei Monate im Krankenhaus verbringen, im 3. Monat ein Beziehungsabbruch erfolgt. Hier müsste eine fachliche Beurteilung erfolgen, keine rein fiskalische.

Genauso, wie ist das bei dieser Prävention und Niedrigschwelligkeit? Also, jetzt müssen wir plötzlich ... jetzt muss man doch irgendwie erfassen, wie viele Personen es sind, also jetzt müssen wir die Leute nicht nach ihrem Personalausweis fragen, aber wir sollen sozusagen erfassen, wer ... wie viele Personen sind es eigentlich, so irgendwie. Da schreiben wir Lieschen Müller 1, Lieschen Müller 2 oder sowas ...

(Z. 988 - 992)

... wir müssen sozusagen irgendwie nachweisen, dass die, ich sag mal so ... in der Begegnungsstätte, wenn wir sagen, da waren 30 Besucher, die nicht von uns betreut werden, die wir nicht kennen, dass das auch 30 unterschiedliche Menschen waren. Jetzt ist das sozusagen schwierig, wenn sie Personalwechsel haben – morgens ist einer da und nachmittags ist einer da – ... also, man muss plötzlich doch sehr genau anfangen hinzugucken, wer ist das. Und ich glaube, dass sich das auf die Atmosphäre überträgt und schon stellt sich die Frage, Menschen, die da sehr misstrauisch sind, schmeissen wir die nicht aus versehen wieder heraus, weil die diese Art von subtiler Kontrolle merken und nicht haben wollen, das ist ein Risiko.

(Z. 997 - 1004)

Und dann kommt wieder der Landesrechnungshof ins Spiel, ob der das akzeptiert als Nachweis ist mal sehr zweifelhaft, nicht?

(Z. 1009 - 1010)

PARAPHRASE: Das präventive Angebot sollte ursprünglich anonym zu nutzen sein. Nun jedoch sollen zumindest die Besucher, die keine Klienten aus dem Bestand sind, irgendwie erfasst werden. Dieses gestaltet sich zum einen wegen Personalwechsels in der Einrichtung über den Tag schwierig, zum anderen wird damit wieder ein Klima der Überwachung oder subtiler Kontrolle geschaffen, welches Menschen mit psychischer Erkrankung abschrecken könnte, die psychiatrischen Einrichtungen insgesamt misstrauen und die (wieder) einen vorsichtigen Schritt in eine Einrichtung setzen.

Persönliches Budget

... in Hamburg oder auch in ... auch sonst wo in Deutschland ... das Persönliche Budget nicht wirklich gibt, nicht? Das ist eine absolute Kann-Entscheidung.

(Z. 729 - 731)

Also, die Aussage der Behörde ist an der Stelle erst mal so: Persönliche Budgets passieren außerhalb der Trägerbudgets.

(Z. 743 - 744)

Das führt jetzt dazu, das die Stadt – wie bisher auch –, kein Interesse an Persönlichen Budgets hat und es ist nach wie vor so, ein Persönliches Budget ist kein... man hat kein Rechtsanspruch darauf. Man hat einen Rechtsanspruch, dass das geprüft wird, aber (auf) die Bewilligung nicht, das ist so. Sonst wäre das ja auch ganz anders, nicht? Und man hat das, als man das konstruiert hat, das mit dem Persönlichen Budget und eben in dieser Variante auch, das hat man ja nicht aus Doofheit gemacht, sondern weil klar ist, bei der komplizierten Konstruktion unserer sozialen Dienstleistungen geht das auch nicht anders.

(Z. 750 - 756)

PARAPHRASE: Die Persönlichen Budgets laufen außerhalb der Trägerbudgets, werden jedoch kaum in Anspruch genommen. Zwar kann jeder den Antrag stellen, die Bewilligung ist jedoch von der Einzelfallprüfung abhängig und sehr aufwändig, was auch ein Grund dafür ist, dass die Stadt kein echtes Interesse an der Antragstellung hat.

Genau, wir machen freie Marktwirtschaft! So. Und jetzt soll darüber eine bessere Qualität gesichert sein, weil wir plötzlich wie bei Media Markt sind und der Klient ... wir machen jetzt „Geiz ist geil!“, auch für soziale Hilfen? Weil, darauf läuft das hinaus, nicht? Weil Klienten auch und gar nicht mal aus bösem Willen oder weil sie zu blöd sind, sondern nein, weil sie einfach verstehen: das sollen sie nämlich tun! Wenn man Geld in die Hand kriegt, dann soll man sich ja ausdrücklich an einem Markt das beste Angebot für den billigsten Preis aussuchen, also „Geiz ist geil!“, nicht? Und jetzt frage ich mich, will ich das wirklich? Finde ich das wirklich richtig, als Modell für einen Sozialstaat, Marktwirtschaft in diesem Segment? Und was ist mit den Leuten, die das am Monatsanfang verballern und was machen die am zweiten Tag und was ist mit all diesen Problemen, die daraus erwachsen usw.? Wer ist dafür eigentlich zuständig?

(Z. 789 - 798)

... weil sozusagen dieses Modell immer gesetzt wird als ‚das ist der Gegenentwurf, um die Macht der Professionellen und der Träger zu brechen‘

(Z. 798 - 799)

PARAPHRASE: Über das Persönliche Budget wird keine Qualität gesichert, da dabei die Kosten der eingekauften Maßnahme im Vordergrund stehen. Ein Klient wird mit Geld ausgestattet um sich nun als Kunde marktgerecht zu verhalten und das beste Angebot zum günstigsten Preis einzukaufen, was letztlich die Marktmacht der professionellen Träger aufbrechen sollte. Fraglich ist, ob dieses Modell einem Sozialstaat gerecht wird und den Problemen, die aus dem Umgang mit diesen Finanzmitteln erwachsen können. Wer übt hierbei die Kontrolle aus?

... gibt's von mir aus auch ein Teilhabegeld, ist doch alles in Ordnung, kann man doch machen, ist ja ein reicher Staat, aber ... Dass das nicht gleichzeitig passiert, sondern nur auf diese Individualisierung gesetzt wird, sag ich, da habe ich ein echtes Problem mit. Ich glaube ja, dass Individualisierung ja richtig ist an manchen Stellen, aber sie wird da gnadenlos ideologisch überfrachtet – das wird nicht funktionieren, das will keiner, glaube ich, am Ende.

(Z. 803 - 807)

PARAPHRASE: Die zunehmenden Individualleistungen wie das sich in Planung befindliche Bundesteilhabegeld oder auch das bereits bestehende Persönliche Budget werden ideologisch überfrachtet und dieses wird am Ende als Form der Hilfebeschaffung nicht funktionieren.

Und man kann das da sehen, wo persönliche Budgets ja bewilligt werden, also in Nordrhein-Westfalen habe ich das halt viel beobachten können auch, wie argwöhnisch geguckt wird, dass das Geld auch richtig eingesetzt wird, da wird ein Riesen-Kontrollapparat noch aufgebaut, weil man ja genau diese Effekte, freier Markt und Billigangebote verhindern will... aber man öffnet damit einen Markt, das wird so passieren. Dann kann man sich überlegen, ob man die ukrainischen Hilfsdienste für psychische Erkrankungen, wenn die hier auf den Markt kommen, ob man die hier haben will – kann man ja drüber nachdenken, nicht? Also, können auch [...] englische, dänische, schwedische, spanische, europäischer Markt (unverständlich) – alle bieten mit. Ich bin da nicht so überzeugt, das entspricht nicht meinem Sozialstaatsmodell.

(Z. 807 - 816)

PARAPHRASE: Am Beispiel von Nordrhein-Westfalen, wo das Persönliche Budget bewilligt werden, ist zu erkennen, dass das ganze – gerade um die letztlich gewünschten Markteffekte nicht ausufern zu lassen – durch einen mächtigen Kontrollapparat begleitet wird. Durch die Öffnung des Marktes werden sich Billigangebote jedoch nicht verhindern lassen.

Notwendigkeit des Systemwechsels

Unbedingt! Also, dieses Modell, BeWo und PPM, das hat es nur in Hamburg gegeben, nirgendwo sonst in Deutschland, gibt's einfach nicht. Und jetzt hab' ich, als ich herkam vor ein paar Jahren, ich habe das gesehen und habe mich gefragt, was ist das? Wieso gibt es für aufsuchende Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zwei unterschiedliche Organisationsformen? So, da habe ich die Leute hier gefragt und dann haben sie mir alle wilde Geschichten erzählt aus dem Böhmerwald und am Ende sag' ich, meine Schlussfolgerung ist, das kann man nur historisch erklären: dieses BeWo, auch das geht nur – so wie sie es in Hamburg gemacht haben –, geht nur in einem Stadtstaat, weil, das waren vorher teilstationäre Einrichtungen, dann haben sie das gemacht, was man in einer Stadt machen kann, den Mietanteil getrennt von der Betreuung, die Gesamtsumme gelassen und haben gesagt „o.k., die Miete zahlt jetzt der Bezirk, den Rest zahlt die Sozialbehörde“. Die Träger haben gesagt „oh klasse, dann ist das jetzt alles ambulant, denn wir trennen ja Mietwohnen und Betreuung, trennen wir ja jetzt“ und das war die Ambulantisierung. (Z. 368 - 379)

PARAPHRASE: Der Umbau des Systems war notwendig, denn gerade in Hamburg gab es mit PPM und BeWo zwei parallel existierende Hilfeformen für ein und den selben Personenkreis. Dieses war historisch gewachsen, da BeWo ursprünglich aus dem teilstationären Bereich kam. Nur in einem Stadtstaat wie Hamburg war es möglich, dessen Bestandteile Wohnraummiete und psychosoziale Hilfe voneinander abzutrennen und kostenseitig aufzusplitten.

Ja, das musste man ändern und wenn es nicht, ich sag mal so, jetzt... wenn es nicht von vornherein verknüpft worden wäre, seitens der Behörde, mit dem klaren Ziel aber ‚Ausgaben senken‘, das ist alles viel zu viel, ohne wahrzunehmen, das die Behörde es mit zu verantworten hat, das es so ist, nicht? Sondern jetzt hingeht und sagt „oh, die Träger... böb, böb, böb, böb, böb...“, nicht? Das ist so ein bisschen dieser Stil 17. Jahrhundert, sich plötzlich hinzustellen und zu sagen „also wir, Sozialbehörde, sind da völlig unschuldig daran, die Träger machen das halt, die haben das durchgesetzt“. Hier setzt überhaupt keiner was durch, das ist quatsch. Also, von daher wäre die... Eine fachliche Änderung war dringend notwendig, dass sehe ich so. Und man hätte auch da wieder, ich sag mal, mit anderen Modellen sicher was vernünftiges draus machen können, oder was besseres auch also. (Z. 417 - 425)

PARAPHRASE: Sinnvoller wäre es jedoch gewesen, die Systemänderung nicht von vornherein mit dem Aspekt der Ausgabensenkung zu verknüpfen. Zumal die Sozialbehörde den Anstieg der Fallzahlen durch ihre Bewilligungen mit zu verantworten hat, dieses jedoch den Trägern anlastet. Die fachliche Änderung in der Eingliederungshilfe hingegen war dringend notwendig.

W. Bayer: [...] dieses Modell folgt einer ideologischen Behauptung, nämlich, dass in einer PSK werden, was weiß ich wie viel hundert Menschen im Jahr davon erreicht und davon seien angeblich 10 Prozent Menschen, die dahingehen, obwohl sie, wenn sie in einem anderen System wären, betreutes Wohnen kriegten oder irgendwie sowas, nicht?

D. Schönefeld: Diese Aussage ist im übrigen, das bemängelt auch der Bundes..., ne der Hamburger Rechnungshof, ist nie empirisch überprüft worden.

W. Bayer: Genau!

D. Schönefeld: Das scheint mal so eine Behauptung gewesen zu sein.

W. Bayer: Genau, das ist eine der Behauptungen, die wird immer gern weitererzählt. Ich glaube die nicht, ich habe die nie geglaubt, weil ich immer sag, (pff) dann sind bei uns im stationären sind auch wahrscheinlich 10 Prozent Leute drin, die, wenn ich was anderes hätte, auch was anderes machen würden. Oder andersherum gesagt ... ehrlich gesagt glaube ich an vielen Stellen, warum Menschen in bestimmten Hilfesystemen

hängen, hat eher was damit zu tun, wie das Hilfesystem insgesamt konstruiert ist, als mit dem wirklichen Nachweis, Lieschen Müller braucht exakt DAS. Und das kann man am Beispiel BeWo und PPM sehen, ehrlich gesagt ist das ein reines Lotteriespiel gewesen, ob einer PPM oder BeWo kriegt und hat vielmehr Zusammenhänge damit, wenn die Fallzahlen steigen, dann haben die in der Stadt einfach gesagt „ne, BeWo machen wir gar nicht, ist uns viel zu teuer“, also schießen die Fallzahlen in die Höhe.

(Z. 856 - 872)

PARAPHRASE: Die ‚ideologische‘ Behauptung, dass bei 10 Prozent der Menschen, die die PSK aufsuchen würden, dadurch bewilligungspflichtige Angebote vermieden werden könnten, ist empirisch nicht belegt. Dass Klienten in bestimmte Hilfeformen eingegliedert sind, hängt vielmehr auch damit zusammen, an welchen Träger sich diese zunächst gewandt haben. Von daher hatte dieses oftmals nicht mit fachlichen Entscheidungen zu tun, sondern verlief eher nach dem Zufallsprinzip.

... dass das nur für ambulant gilt und stationär nicht einbezieht, muss man kritisch fragen, macht das eigentlich Sinn, die... ich sag mal so, dann haben Sie parallel angefangen mit den großen Trägern über Trägerbudgets insgesamt zu reden, also sozusagen die gesamte Eingliederungshilfe zusammenzufassen, als Trägerglobalbudget. Auch dem kann man was abgewinnen, ...

(Z. 471 - 474)

PARAPHRASE: Man hätte darüber nachdenken können, ob man in die Reform des Systems nicht auch den stationären Bereich mit einbezieht, beispielsweise über Trägerglobalbudgets, bei denen alle Leistungen eines Trägers zusammengefasst sind.

Ich bin überhaupt kein Freund von dieser Abzeichnung dieser Stunden. Ich sag auch, das sichert überhaupt keine Qualität, das sichert eine Quantität, aber was darin passiert, weiß keine Socke, ...

(Z. 489 - 491)

PARAPHRASE: Das Abzeichnen der Stundenlisten (die als Nachweis der Rechnungsstellung am Monatsende beigefügt wurden), hat in der Vergangenheit keine Qualität gesichert, denn niemand wusste unter Umständen – nicht einmal beim Träger selbst –, was in dieser Zeit zwischen Betreuer und Klient besprochen wurde.

Also da sehe ich mit Sicherheit den Vorteil darin, ich finde auch für Klienten einen Riesenvorteil darin, dass ja damit die Tür geöffnet ist, aus allgemeinen Sozialhilfemitteln auch sowas wie Prävention zu machen, also Öffentlichkeitsarbeit, in Schulen gehen usw. Da bin ich mal gespannt, was der Landesrechnungshof dazu noch sagt, ob der das nicht vom Tisch zieht und sagt „sag mal, ihr könnt doch nicht Personen... – also das SGB XII ist ein Personenorientiertes Gesetz und nichts anderes – ihr könnt doch keine SGB-XII-Leistungen in die Fläche gießen! Das geht doch gar nicht“. Da bin ich mal gespannt, was da noch passiert. Aber so vom Grundsatz her finde ich das gut und auch, dass Nachsorge sozusagen stärker akzentuiert wird und gesagt wird „ja, also wenn Menschen rausgehen aus dem Hilfesystem, dann ist doch wichtig, denen zumindest für das bisschen Psychiatrie, was die vielleicht noch brauchen, auch eine Anlaufstelle zu...“ und genau das finde ich gut. Also, es wird ein bisschen geöffnet das System, da versprech’ ich mir was von. Was das Thema Teilhabe, Integration und sowas angeht, da versprech’ ich mir da herzlich wenig von, weil ich glaube, das geht am falschen Ende los.

(Z. 928 - 940)

PARAPHRASE: Als großer Vorteil im neuen Modell ist zu sehen, dass allgemeine Sozialhilfemittel nun eingesetzt werden können, um Prävention zu betreiben, also auch Öffentlichkeitsarbeit oder z. B. Seminare an Schulen abzuhalten und dass der Bereich der Nachsorge stärker akzentuiert wird, um denjenigen noch Hilfe anbieten zu können, deren Hilfeleistung formal abgeschlossen ist, bei denen aber dennoch Krisen nicht ausgeschlossen sind. In dieser Hinsicht kann man sich von der Öffnung des Systems etwas versprechen. Hingegen ist das System nicht geeignet, um eine bessere Teilhabe der Klienten zu erreichen. Da aber Sozialhilfemittel der Prüfung des Einzelfalls unterliegen, darf man gespannt sein, was der Landesrechnungshof zum Mitteleinsatz sagen wird.

Also, das sind viele so Nebeneffekte, wo ich denke, na, das muss man sehr sorgfältig beobachten, was denn da passiert und es gibt aus der bisherigen Bewilligungspraxis – das sind Einzelfälle bisher nur –, aber wo

Menschen, die mit Unterstützung irgendeines Professionellen sozusagen so einen Antrag gestellt haben, wo man sagt „ja, das ist so richtig, der braucht intensive Einzel...(unverständlich)“, plötzlich von der bewilligenden Stelle kriegt „ne, ach, gehen Sie mal in die Beratungsstelle, das reicht“. Also, da wird ein offenes System, ich finde, missbräuchlich genutzt, weil, wenn jemand schon einen Antrag stellt, dann hat er in der Prävention nichts zu suchen, da ist schon etwas anderes längst passiert, also da funktioniert die Abstimmung nicht. Aber, das muss man mal abwarten, also ...

(Z. 1016 - 1023)

PARAPHRASE: Gegenüber dem alten System gibt es nun den Effekt, der bislang nur aus Einzelfällen bekannt ist, den man jedoch genau beobachten müsse, nämlich dass Antragsteller, die mithilfe eines Trägers eine ASP beantragt haben, vom Fachamt für Eingliederungshilfe auf das präventive Angebot verwiesen wurden, wobei das offene Angebot hier missbräuchlich genutzt werde. Wer mit Unterstützung eines Trägers bereits den Weg zur Antragstellung beschritten hat, hat die Möglichkeiten des präventiven Angebots bereits ausgeschöpft.

... der Vorteil – das sehen viele nicht so, aber den sehe ich da drin –, ist, dass wir durch das Wegnehmen dieses Bürokratischen, Kontingente dem Klienten zuweisen, natürlich fachliche Einschätzungen sehr viel mehr brauchen, plötzlich müssen Mitarbeiter sehr stark ... müssen in der Lage sein, zu entscheiden ...

(Z. 1028 - 1031)

Das wird intern bei uns, aber auch bei anderen Trägern, immer so diskutiert als ‚man lasse die Mitarbeiter allein und die Leitung würde nicht mehr ihrer Verantwortung gerecht werden‘, ich diskutiere immer dagegen und sage, na, hier wird Fachlichkeit gefordert, eine fachliche Einschätzung abzugeben und daraus Handlungen abzuleiten, welcher Klient braucht denn was? Und ich habe heute nur acht Stunden zur Verfügung, ich darf darüber entscheiden, was ich da mache, ich muss es nur auch begründen können. Da finde ich, das ist mal richtig... richtige Anforderungen an Fachlichkeit. Das halte ich für einen Riesenvorteil, auch weil damit zwischen Klient und dem Mitarbeitenden sozusagen ein anderer Diskurs stattfinden muss, ...

(Z. 1033 - 1040)

PARAPHRASE: Der Vorteil für die Mitarbeiter-Klienten-Beziehung ist der Wegfall der starren wöchentlichen Betreuungszeiten, die dem Klienten vom Sozialamt (auf Empfehlung des Fachamts für Eingliederungshilfe) eingeräumt wurden. Jedoch müssen die Mitarbeiter nun sehr viel stärker ihre Arbeitswoche organisieren und nach fachlichen Gesichtspunkten entscheiden, wie viel Zuwendung jeder einzelne Klient benötigt. Einige Mitarbeiter fühlen sich mit dieser plötzlichen Entscheidungsfreiheit überfordert und von ihrem Arbeitgeber allein gelassen, dabei steigt mit der Anforderung an ihre Fachlichkeit auch ihre Freiheit der eigenverantwortlichen Entscheidung.

Das, was ein Problem darstellt, ist, dass die Ursprungsankündigung ‚wir machen ein weniger bürokratisches System‘, gerade mal anfängt, ins Gegenteil umzukippen. Plötzlich wird noch mehr Bürokratie produziert, das ist kompliziert, aber das ist jetzt kein Effekt dieser Umstellung, sondern ein genereller Effekt – alle Verwaltungen produzieren Bürokratie und natürlich auch diese –, das große Risiko ist, dass... das ist dann das Gegenstück zu der Frage von fachlicher Gestaltung von Arbeitszusammenhängen, dass ist das, dass die... wir müssen ja eine bestimmte Menge mehr an Klienten unterbringen im System und was heißt das? Das heißt nichts anderes, als Arbeitsverdichtung, nicht? Und auch da gilt wieder, ob das wirklich schlimm ist, das weiß ich noch nicht so genau, ...

(Z. 1043 - 1051)

Beispiel: Mein erster Job war, bevor ich auf der klinischen Station angefangen habe, in einem Wohnheim für 50 Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen, so ein Gemischtwarenladen. 50 Männer mit eigenem Gartenbau und das Personal waren der Hausvater, so ein Diakon mit Frau und Stellvertreter, Diakon mit Frau, zwei Hauswirtschafterinnen, ein Gärtner, eine Hilfskraft und ich – das war's. Und jetzt will ich nicht sagen, dass das sozusagen... dass man das wiederholen soll oder dass das alles viel besser war, das glaube ich alles nicht, aber, will sagen, da kann man ja durchaus drüber nachdenken... ich hab' das ja nicht als ungeheuer verdichtete Arbeit empfunden. Nicht, weil das... weil ich alleine für 50 Leute da am Wochenende war, das war nicht mein Problem, nicht? Sondern, da weiß man einfach, ja, ich hab' zwei Tage Schicht und 50 Menschen, das muss man irgendwie organisiert kriegen, so. Heute, in dem gleichen Haus wohnen... jetzt mittlerweile ist es aufgegeben, aber sozusagen bis zum Schluss wohnten da noch 30 Menschen und es waren 25 Mitarbeiter, die haben aber sehr wohl die hohe Dichte beklagt. Und jetzt ist das ja ein bisschen karikierend, das gebe ich ja zu, aber natürlich stellt sich die Frage, was heißt das

denn eigentlich, was ist denn die Verdichtung eigentlich? Bürokratie ist mit Sicherheit einer der Effekte, vielmehr Berichte. Also damals, ich alleine mit den 50 Männern, kein Mensch wollte von mir irgendwelche Berichte haben, auch keine Dokumentation, das war scheißegal, nicht?

(Z. 1052 - 1067)

PARAPHRASE: Die Kehrseite der neugewonnenen Freiheit für die Mitarbeiter der Träger ist die Einschränkung der ursprünglichen Ankündigung der Behörde, auf einen Großteil der administrativen Aufgaben zu verzichten (z. B. die laufende Dokumentationspflicht). Nun droht dieses System gerade ins Gegenteil umzukippen, was jedoch ein genereller Effekt von Verwaltungen ist. Dieses konterkariert den Zusammenhang, dass diese gerade zurückgefahren werden sollte, um mehr Klienten im System unterbringen zu können. Ob dabei eine bedrohliche Arbeitsverdichtung entsteht muss sich erst noch zeigen. Als Beispiel sei hier die damalige Arbeit in einem Wohnheim für 50 Menschen mit geistigen Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen angeführt, in dem am Wochenende eine Person für diese zuständig war, was nicht als sonderlich arbeitsverdichtet wahrgenommen wurde. Allerdings gab es damals auch keinerlei Dokumentationspflicht.

Ja, das ist genau das, was ich meine, mit der heimlichen Bürokratie, die da entsteht. Und da muss ich zugeben, da fällt mir nicht viel zu ein, weil... also auch, wenn ich in den Einrichtungen bin und in den Teams, auch immer wieder sehr deutlich sage, ne, ich vertraue schon den Mitarbeitern, dass sie unter dem... unter fachlichen Aspekten, dass was wir ja alles auch tun, 'habe gleichzeitig aber das Problem und das sage ich denen auch, dass wenn von Außen eine Anfrage kommt, ich natürlich nachfragen muss, ob was da ist und ob wir das nachweisen können. Und wenn wir das nicht nachweisen können, auch alles irgendwie echt blöd ist, aber sage, wissen Sie was, lassen Sie uns mal so einen Mittelweg machen, wo wir irgendwie da durch eiern, weil ich kann von Mitarbeitern nicht erfordern, dass sie sozusagen jeden Atemzug dokumentieren und muss mit dem Risiko leben, dass wenn dann mal irgendwas richtig schief geht, das man mich fragt, wieso ich das nicht genau DAS gemacht habe.

(Z. 1074 - 1083)

Und das muss man eben in so einem System jetzt wieder neu austarieren, wieviel Zeug brauchen wir den eigentlich. Also, weil Mitarbeiter sind durchaus auch jetzt gerade verunsichert und fragen mich „ja, Herr Bayer, geben Sie hier eine Generalfreigabe?“, da sage ich ne, also so ganz so verrückt bin ich nicht, also, ich traue Ihnen schon ziemlich weit über'n Acker, aber einen Generalfreibrief, ich denke, alles was die machen, das geht auch nicht. Das ist... kompliziert, nicht?

(Z. 1087 - 1092)

PARAPHRASE: Die ‚heimliche Bürokratie‘ entsteht dadurch, dass Mitarbeiter nun zwar offiziell nicht mehr dokumentieren müssen, zugleich jedoch – für den Streitfall – diese Dokumentation doch als Nachweis ihrer geleisteten Arbeit benötigen, um diese bzw. sich selbst rechtfertigen zu können. Dieses muss sich im neuen System noch austarieren, was die Mitarbeiter momentan noch verunsichert.

- 1 D. Schönefeld: Ja, dann habe ich einen kleinen Fragenkatalog ... Herr Bayer, vielleicht wär's nett, wenn
2 Sie ein paar Worte zu sich sagen würden.
- 3 #00:00:08-1# W. Bayer: Ja, okay, also ich bin 55, von Beruf Dipl.-Pädagoge, hab' in Bielefeld studiert u.a.
4 bei Hans-Uwe Otto und Konsorten, also alter Sozialarbeitstheoretiker. 'habe dann in 1985 in der Stiftung
5 Bethel – große Diakonische Stiftung – angefangen zu arbeiten, im Bereich Psychiatrie, zunächst in der
6 psychiatrischen Klinik, dann eine kurze Episode im Bereich Behindertenwerkstätten, dann wieder zurück
7 in die Psychiatrie. Seit 1991 in leitender Funktion, bis 2011, also 20 Jahre in Bielefeld, ambulante, statio-
8 näre Einrichtungen, Auflösung von Großeinrichtungen, Ambulantisierung. Also alles, was wir in Bielefeld
9 in den 20 Jahren gemacht haben, war ich dran beteiligt. Bin dann 2011 nach Hamburg gegangen, hier ins
10 Rauhe Haus, leite hier den Stiftungsbereich Sozialpsychiatrie und Altenhilfe und habe, ich sage mal so,
11 als Neuling in Hamburg auf der einen Seite mit einem gewissen Erstaunen die diversen Hamburgensien
12 festgestellt, die es hier gibt. Wie alle Bundesländer, muss man mal sagen, sozusagen ihre eigene soziale
13 Landschaft bilden ist das hier auch so ...
- 14 #00:01:23-4# D. Schönefeld: Sie meinen jetzt die Trägerlandschaft?
- 15 #00:01:24-5# W. Bayer: Die Träger-, wie die Sozialleistungsträger-Landschaft, aber auch eine Stadt Ham-
16 burg verhält sich ja wie Leistungsträger eines Bundeslandes. Aber um ehrlich zu sein, ist das kein
17 Bundesland, es ist eine große Stadt und das heißt, die Verwicklungen zwischen ... oder ich sage mal so,
18 die Verbindungen zwischen kommunalen Steuerungsfragen und landesspezifischen Steuerungsfragen
19 gehen ja in so einem Stadtstaat 1:1, es gibt keine Unterscheidung, die Bezirke haben praktisch keine
20 politische Macht in dem Bereich und das ist in einem Flächenland – ich komme aus Nordrhein-Westfalen,
21 Nordrhein-Westfalen wird, was die Sozialhilfe angeht, gibt es zwei große Leistungsträger, die beiden
22 Landschaftsverbände, die beiden größten Leistungsträger der Republik, die, ich sage mal so, einen
23 Haushalt verwalten, der ...
- 24 #00:02:13-2# D. Schönefeld: Ist aus Nordrhein-Westfalen dieser Landschaftsverband ...
- 25 #00:02:17-4# W. Bayer: Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist der eine ...
- 26 #00:02:17-6# D. Schönefeld: Westfalen-Lippe, genau, das ist der eine große, ne?
- 27 #00:02:21-2# W. Bayer: Genau, das ist der im nordöstlichen Teil, der eben in Westfalen und Lippe und
28 der andere Landschaftsverband Rheinland. Und beide sind, ich sage mal so, im Bereich der Sozialhilfe-
29 leistungen und in der Entwicklung richtig gut, finde ich. Und das, was ich in Nordrhein-Westfalen nicht
30 schätzen konnte, aber bei dem Wechsel nach Hamburg jetzt im Rückblick schätze, ist, dass die Sozial-
31 leistungsträger in Nordrhein-Westfalen außerordentlich kooperativ sind.
- 32 #00:02:54-5# D. Schönefeld: Das erleben Sie in Hamburg anders?!
- 33 #00:02:54-7# W. Bayer: Das erlebe ich in Hamburg eindeutig anders: Die Sozialbehörde ist alles andere
34 als kooperativ. Manchmal kann man den Eindruck haben, als ob die Sozialbehörde, ich sage mal so,
35 Steuerungsmethoden des 18. Jahrhunderts wiederentdeckt und es nicht für nötig hält, wirklich kooperativ
36 mit Trägern umzugehen und ich sag' mal so, die Frage ist ja, diese Umsteuerung ...
- 37 #00:03:24-3# D. Schönefeld: Dazu kommen wir später noch bei den Fragen ...
- 38 #00:03:32-1# W. Bayer: (Lachen) Also ...
- 39 #00:03:32-1# D. Schönefeld: Sie lassen mir ja keine Fragen über!
- 40 #00:03:33-4# W. Bayer: Seit drei Jahren also in Hamburg, leite hier den Bereich Sozialpsychiatrie und
41 Altenhilfe. Das mit der Altenhilfe ist historisch entstanden, es gibt keine fachliche Notwendigkeit zwischen
42 den beiden Bereichen.
- 43 #00:03:46-4# D. Schönefeld: Ich wollte gerade sagen, außer so „Gerontopsychiatrie“ ...
- 44 #00:03:49-6# W. Bayer: Ja, aber das machen wir gar nicht.
- 45 #00:03:53-0# D. Schönefeld: Das machen Sie gar nicht?! Da wäre noch der Link da, eigentlich?
- 46 #00:03:53-5# W. Bayer: Ja, aber wir haben eine Schwerpunktstation für Menschen mit Demenzerkran-
47 kung, aber ansonsten gerontopsychiatrisch machen wir nichts. Das ist einfach historisch entstanden, bei
48 der Bildung der Bereiche vor... was weiß ich wie viel Jahren, und so ist das. Jetzt bin ich seit, warten Sie,
49 da muss ich mal kurz überlegen, '85 ... seit 28 Jahren mache ich Psychiatrie. Ich sage mal so, ohne dass
50 das jetzt zu profilneurotisch werden soll, behaupte ich mal, ich glaube das ich mich ziemlich gut auskenne
51 und zwar sowohl fachlich, als auch in dem, wie die Szenerie in der Bundesrepublik eigentlich funktioniert.
52 Ich bin als nebenberuflich ... Oder sagen wir mal so, im Laufe der Jahre in zwei Funktionen bundesweit

53 tätig. Ich bin Vorstandsmitglied im Bundesverband der evangelischen Behindertenhilfe, das ist der Fach-
54 verband in der Diakonie und bin in der die DGSP im erweiterten Vorstand und übernehme dort den Fach-
55 ausschuss ‚Menschen im Heim‘. Beide Gremien und neben dem, alles was da an Vorträgen und sonsti-
56 gen dabei rauskommt, haben beide Gremien den großen Vorteil, dass ich im Dauerkontakt mit Menschen
57 und Kollegen in anderen Bundesländern bin, habe mit Psychiatrie-Erfahrenen in allen Ländern, oder
58 vielen anderen (unverständlich). Und von daher, immer das was ich vor Ort beobachte – das habe ich in
59 Bielefeld so gemacht, das mache ich hier auch so – immer abgleiche mit dem, was hat das eigentlich für
60 eine Resonanz in anderen Gegenden, wie sehen die das. Also von daher habe ich auch zu dem, was hier
61 in Hamburg passiert, eine klare Haltung.

62 #00:05:33-0# D. Schönefeld: Gut, meine Arbeit bezieht sich natürlich klar auf Hamburg, weil wenn ich jetzt
63 über die Landschaft ... Es geht ja gerade hier jetzt um die Umstellung der Sozialpsychiatrie.

64 #00:05:42-8# W. Bayer: Ne, das ist schon klar.

65 #00:05:42-0# D. Schönefeld: Wollen wir kurz mit ... Ich habe immer so eine Frage zum warm werden,
66 wobei ich das Gefühl habe, die brauchen Sie gar nicht. Das ist meine Einstiegsfrage: Was verstehen Sie
67 unter Inklusion in Abgrenzung zur Integration? Das muss nicht die Lehrbuchaussage sein, das kann
68 durchaus ... Ich da schon interessante Antworten erhalten.

69 #00:06:04-4# W. Bayer: Also ... Der aus meiner Sicht zentrale Unterschied ist der, dass wenn ich mich
70 um Inklusionsfragen bemühe, ich keine bestimmte Zielgruppe im Auge haben kann, sondern sie sich an-
71 nimmt, das ist ein Auftrage an die Frage ‚Wie will ich Gesellschaft gestalten?‘. Also, will sagen, einem
72 Träger der Behindertenhilfe den Auftrag zu geben ‚sei doch mal inklusiv‘ ist aus meiner Sicht inhaltlicher
73 Blödsinn hoch zehn, das geht schlicht und ergreifend gar nicht, weil, der ist exklusiv. Und ein exklusiver
74 Teilnehmer an irgend einem Geschehen, bleibt auch ein solcher exklusiver, egal was der sich auch immer
75 bemüht zu tun. Von daher ist, wenn man Inklusion ernsthaft betreiben will natürlich die Frage, wie
76 gestalten wir soziale, ökonomische und sonstige Verhältnisse in einem – und dann wird's dann gleich
77 schwierig – wo eigentlich? Machen wir das... Was ist das mit dem Sozialraum, also es hängt ja irgendwie
78 damit zusammen.

79 #00:07:01-2# D. Schönefeld: Darauf geht meine nächste Frage bereits ein.

80 #00:07:05-2# W. Bayer: Tja, ne? Also, sagen wir erst mal in einem Gemeinwesen... und wie gestalten wir
81 den eigentlich so, dass möglichst viele an dem sozialen Geschehen teilhaben können, weil, da kommt
82 dann mein zweiter Kommentar zum Thema Inklusion, er wird aus meiner Sicht ungeheuer entweder ro-
83 mantisierend gebraucht, so nach dem Motto „Ach, da sind sich alle einig“. Das ist das meiner... Ich finde
84 das fachlicher Humbug, auch dass, weil, menschliche Gesellschaften sind alles andere als per se Inklusiv,
85 wo alle leben können. Nein, ganz im Gegenteil, alle Menschen grenzen aus und ich greif' da mal auf ein
86 Beispiel zurück: als ich vor drei Jahren nach Hamburg gezogen bin und mir eine Wohnung gesucht habe,
87 so. Ich kannte Hamburg ein bisschen, bin umgezogen und habe mich ausdrücklich dafür entschieden,
88 nicht ins Schanzenviertel zu ziehen. Ich habe mich... Weil, das ist nicht mein Viertel, da gehöre ich nicht
89 hin, will sagen, ohne dass die Menschen die dort leben mit mir irgendwas zu tun haben, hat die
90 Sozialstruktur eine Wirkung auf Menschen wie mich, nämlich eine ausschließende, ich gehöre da schlicht
91 und ergreifend nicht hin. Ich hätte mir auch in Blankenese übrigens keine Wohnung gesucht, weil ich auch
92 da nicht hingehöre. Also bin ich in einem bürgerlichen Stadtteil Alsterdorf gelandet, wo viele so Menschen
93 wie ich wohnen, wo ich ganz hervorragend ticke, nicht? Also will sagen, die Frage bei Inklusion ist ja, wer
94 will wen wohin inkludieren eigentlich? Das ist mir ein Buch mit sieben Siegeln und wenn denn, ich sag mal
95 so, in vielen Konzepten steht, also die Ausgegrenzten sollen sich inkludieren, das ist grundfalsch, die Ge-
96 sellschaft muss inkludierend wirken, anders geht das gar nicht. Und dann stellt sich ja die Frage am
97 Beispiel psychiatrischer Hilfen: die Lösung kann doch dann nur sein, dass man anstatt psychiatrischer
98 Institutionen zu fördern, andere gesellschaftliche Instanzen fördert und dann sich überlegt, wie kriegt man
99 ein psychiatrisches Know-how da hin, wenn es denn da gebraucht wird. Also, von daher ist das sozu-
100 sagen erst mal die Schwierigkeit in dem Begriff Integration als Vorläufer... Das trifft viel eher das, was hier
101 in Hamburg auch passiert, Integration, es geht darum, dass Menschen, also Beteiligte an sozialen Hilfen,
102 was auch immer, die Menschen die nun mal sowieso unterstützen besser in die Lage versetzen, an
103 irgendwas teilzunehmen, so. Teilnehmen ist es dann erst mal, es gibt ein schönes Interview irgendwie in
104 der „Soziale Psychiatrie“, die Zeitschrift der DGSP, glaube ich. Da wurde mal ein Psychiatrie-Erfahrener
105 interviewt, der hat das, finde ich, sehr gut auf den Punkt gebracht. Der hat nämlich beschrieben: Na ja, er
106 ist jetzt Mitglied in einem Schach-Club... Könnte man sagen ‚super, klasse inkludiert, normale Bürger und
107 so‘... Und dann hat er gesagt ‚ja aber, wenn die sich in der Freizeit nachher treffen, privat, bin ich nicht
108 dabei‘. Also, will sagen, das ist genau das Gebrochene an Inklusion und dann Teilhabe und Integration,
109 nicht... Denn das ist ein Projekt für die nächsten 55.000 Jahren wahrscheinlich, wenn denn überhaupt klar

110 ist, worum es gehen soll. Das erscheint mir am allermeisten unklar. Dann gibt es noch ein drittes Problem,
111 (Lachen) und jetzt mache ich erst mal Schluss, das ist die Frage, bei Inklusion, der geht es ja oft um so
112 ein schönes Stichwort die ‚Barriere‘, nicht? Menschen mit Beeinträchtigungen müssen Barrieren über-
113 winden und Inklusion ist die Illusion, es geht barrierefrei, so. Wenn man dann irgendwann fragt ‚was mei-
114 nen Sie damit?‘, dann kommt man immer auf das Beispiel mit den abgesenkten Bordsteinkanten für Roll-
115 stuhlfahrer, sagt „ja, das verstehe ich sofort“ und das ist tatsächlich, sagen wir mal so, für die Gesamt-
116 bevölkerung ein Riesenfortschritt gewesen – ausgehend von so einer Initiative von Körperbehinderten, der
117 Rollstuhlfahrer soll daran teilhaben –, plötzlich, heute bei der alternden Bevölkerung, kann auch Lieschen
118 Müller den Rollator heute auch viel besser (unverständlich), verstehe ich sofort. Jetzt, was ist die Schwelle
119 für Menschen mit Minderbegabung, da wird's schon schwierig. Über welche Schwellen müssen die denn
120 rüber? Und jetzt sage ich mal auch wieder, ist ein bisschen neurotisch, ich habe als Bürger und als
121 Mensch hohes Interesse an intellektuellen Auseinandersetzung hat ... Ich würde mich vehement dagegen
122 wehren, wenn die sprachlichen Hürden soweit abgesenkt würden, dass alle drüber kommen, weil dann
123 renn ich nämlich davor, weil, das kann ich nicht. Ich denke kompliziert, verwende auch manchmal eine
124 komplizierte Sprache, aber die liebe ich und die hat ihr Recht. Also, will sagen, da ist das mit der ein-
125 fachen Sprache manchmal... für mich ist das manchmal kompliziert. Und wenn ich mir das jetzt angucke
126 für Menschen mit psychischen Erkrankung, was denn da die Barrieren sind und wie denn ein Umfeld
127 barrierefrei gestaltet sein soll, das verstehe ich schon überhaupt nicht mehr, da fällt mir nichts zu ein. Also
128 was für einen Menschen ... (Handy klingeln im Hintergrund, Herr Bayer steht auf und sieht nach, murmelt
129 „Rufe ich zurück“). Also, wenn ein Mensch mit einer Angststörung sich nicht traut in eine Gruppe zu
130 gehen, wie sieht ein barrierefreies Kino für den aus? Keine Ahnung, ich weiß es nicht. Wie sieht ein
131 barrierefreies Schwimmbad und ein barrierefreier Marktplatz aus, wenn der Mensch Angst hat in Gruppen
132 zu gehen, ich weiß es nicht, keine Ahnung. Und sage an der Stelle ganz klar, da ist mit Inklusion Feier-
133 abend, ich glaube da geht's einfach nicht.

134 #00:12:27-3# D. Schönefeld: Ja, wo wir gerade über Sozialräume sprechen, darauf zielt ja meine nächste
135 (Frage). Und zwar, ein großer Bestandteil der ASP ist jetzt der ‚Offene Treff‘, der jetzt halt als niedrig-
136 schwelliges Angebot und sozusagen präventives Angebot, jeder Träger vorhalten soll... Wie sähe für Sie
137 denn, unabhängig von den Mustervereinbarungen oder den Sachvorgaben in der ASP, wie sehe für sie
138 der ideale sozialräumliche Treff für die Klienten aus, auch unabhängig von ökonomischen Vorgaben? Was
139 sollte dieser leisten oder was sollte in diesem geleistet werden? Weil, er muss ja vorgehalten werden.

140 #00:13:23-5# W. Bayer: Also, jetzt war ich in der Anfangszeit in der Entwicklung dieser allgemeinen
141 Sozialpsychiatrie oder ASP, war ich dran beteiligt, zumindest eine Zeit lang, als Vertreter des Trägers ...
142 Ich finde mittlerweile, dass diese Begegnungsstätten als Ort für inklusive Gedanken oder wie auch immer
143 überhaupt nicht taugen. Das ist der völlig falsche Schritt, sage ich. Weil, so wie ich eben gesagt habe
144 (Handy piept im Hintergrund), also psychiatrische Hilfen wirken ... die sind ausschließend und das zum
145 Teil auch zurecht, weil sie richten sich ja ausdrücklich nur an Menschen mit psychischen Erkrankung. Und
146 sie richten sich ausdrücklich nicht an irgendwen anders, dafür sind sie ja geschaffen worden und jetzt ist
147 meine schlichte Frage, was soll ein Normalbürger, der nichts mit Psychiatrie zu tun hat, der auch keine
148 Probleme damit hat, warum soll er dahin gehen? Meine Antwort ist, der geht da nicht hin, also so wenig
149 wie ich in irgendwelche Teenie-Clubs auf dem Kiez gehe oder sonst irgendwas in der Richtung mache, ich
150 gehe übrigens auch nicht in Altentreffs, also so... Weil, also was soll ich da, das ist nicht meine Szenerie.
151 So würde ich auch als freier Bürger nicht in einen solchen psychiatrischen Treffpunkt gehen, ums Ver-
152 recken nicht, weil, was soll ich da? Ich gehe da erst hin, wenn ich entweder in meinem Umfeld direkt
153 irgendjemanden habe der psychisch krank ist und ich darüber was mit dem Thema zu tun habe und ich
154 würde es auch nur dann tun, wenn ich dort irgendwas kriege, was mir wirklich hilft, nicht? Oder wenn ich
155 selber psychisch krank werde, das ist... statistisch bin ich über den Berg (Lachen) (unverständlich), aber
156 psychisch Krank ist relativ unwahrscheinlich, also, dass sich sozusagen eine manifeste Störung entwickelt
157 ... So und das führt zu der Frage, wie müssen denn Räume, also erst mal wirklich räumlich, also drei-
158 dimensional gedacht, wie müssen die denn gestaltet sein damit Menschen mit psychischen Erkrankungen
159 da überhaupt hinkommen? Also, damit müssen sie eine bestimmte Größe haben, Räumlichkeiten, Rück-
160 zugsmöglichkeiten in einem Gebäude müssen vorhanden sein, verkehrsgünstig ist total wichtig, weil, Men-
161 schen mit psychischen Erkrankungen haben aufgrund ihrer vielfältigen sozialen Störungen immer Schwie-
162 rigkeiten lange Wege zu gehen, sie tun's einfach nicht, sie sind ... Ich sag nur so, die Normalbevölkerung
163 ist mindestens so bequem wie die, also keiner, wenn man da nicht im Auto hin kann, ist ja ganz furchtbar,
164 aber das ist ja... Also, die Menschen mit psychischen Erkrankungen machen das genauso wenig. Und
165 jetzt kommt die für mich entscheidende Frage, eigentlich macht das doch nur Sinn an sowieso bestehen-
166 den sozialen Treffpunkten, da auch ganz vorsichtig, ganz dezent ein bisschen psychiatrisches Know-how
167 hinzu tragen, ansonsten alle Gruppen Menschen, die sich da irgendwie dran beteiligen, einfach das ma-
168 chen zu lassen was sie wollen und dann über dieses „wir bringen dort ein bisschen psychiatrisches Know-

169 how hin“, ein bisschen was dafür tun kann, dass auch Menschen, die irgendwie auffällig, bunter oder
 170 sonst was sind, da hingehen können und daran teilhaben. Das erscheint mir doch die einzig sinnige Idee,
 171 wenn wir über so etwas wie Inklusion und Sozialraum reden, nicht? Und dabei wird folgendes passieren,
 172 aber, ich sag mal so, das ist mein Blick auf die Wirklichkeit da: ich nehme mal das Barmbek Basch,
 173 kennen Sie das?

174 #00:16:49-4# D. Schönefeld: Ja.

175 #00:16:50-1# W. Bayer: (unverständlich) also, da betreiben wir seit eineinhalb Jahren das Restaurant,
 176 also wir, Rauhes Haus, wir haben ein Arbeitsprojekt eingerichtet.

177 #00:16:59-2# D. Schönefeld: Sie betreiben auch irgendwas am Hafen ...

178 #00:17:00-6# W. Bayer: Am Hafen machen wir auch sowas: Flussschifferkirche.

179 #00:17:02-5# D. Schönefeld: Ja, genau.

180 #00:17:04-0# W. Bayer: Sowas, wie das Barmbek Basch im Sinne als Stadtteiltreff, hier vorne in Horn ist
 181 auch sowas geplant, das ist doch eher das, wo Bürger, Gruppen in einem – und dass ist sehr kleinräumig,
 182 ich glaube das Barmbek Basch erreicht Menschen die, sage ich mal, 500 Meter im Umkreis wohnen, viel-
 183 mehr kann das nicht sein, nicht? Wer eineinhalb Kilometer weg wohnt, hat möglicherweise schon etwas
 184 anderes vor der Haustür, wo er viel lieber hinget. Also, solcher Art Treffpunkte erscheinen mir wesentlich
 185 sinniger zu seinen, als dass jetzt alle Träger in Hamburg – und das wird ... ist eine der katastrophalen
 186 Wirkungen dieser ambulanten Sozialpsychiatrie –, alle sind wie der Teufel darauf aus, wir müssen ja einen
 187 Treffpunkt haben. Ich frage mich, was soll die Stadt mit diesen ganzen psychiatrischen Treffpunkten, also
 188 davon haben wir echt genug, glaube ich, nicht? Ob wir genügend psychiatrische Hilfen an der richtigen
 189 Stelle haben, das ist eine andere Frage.

190 #00:18:02-8# D. Schönefeld: Herr Georg-Wiese spricht ja auch davon, dass Träger kooperieren sollen.
 191 Man könnte auch in niedrigschwelligem Sektor sagen, okay, wir machen einen gemeinsamen Treffpunkt,
 192 fünf Träger tun sich zusammen, machen vielleicht einen großen Treffpunkt, aber wie Sie schon sagen wird
 193 dieser Treffpunkt... Das ist ja ein immobilier Treffpunkt, der wird ja nur an einem Ort sein, wo wahr-
 194 scheinlich viele Klienten, wenn Sie selbst sagen, wenn die weiter als 500 Meter entfernt wohnen, oder
 195 1500 Meter, dann werden sie sich schon nicht mehr dorthin bewegen.

196 #00:18:33-2# W. Bayer: Na ja, es befindet sich alles innerhalb des Zirkels der psychiatrischen Träger.
 197 Also natürlich kooperieren wir überall wo wir sind, auch mit Trägern die auch in dem Quartier unterwegs
 198 sind. Aber ... Und die schicken dann, wenn Sie keinen eigenen Treffpunkt haben, schicken die ihre Klien-
 199 ten zu uns. Ja super und was ist das für eine Inklusion, das ist doch Käse, also nur mal so ganz platt. Es
 200 wäre doch tatsächlich... Das ist das was ich meine, was grundsätzlich an dieser ambulanten Sozial-
 201 psychiatrie, aus meiner Sicht, in die völlig falsche Richtung geht. Das hat mit Inklusion überhaupt nichts zu
 202 tun; ob es Sozialraumorientierung erfasst, auch da habe ich meine Fragen, weil, man hätte ja sich vorher
 203 mal darüber verständigen müssen, was ist das eigentlich, der Sozialraum, über den wir da reden, also in
 204 welchem, jetzt sage ich mal so ... in welcher räumlichen Entfernung soll das eigentlich welche Wirkung
 205 haben? Die Herren von der Behörde haben gesagt, sie wollen keinen akademischen Streit über die Be-
 206 griffe und es gibt in den Ursprungsfassungen dieser Texte Sätze in denen die Begriffe Quartier, Sozial-
 207 raum, Gemeinde, Stadtviertel, Bezirk synonym gebraucht werden, obwohl sie alle etwas hochunterschied-
 208 liches meinen. Und so kann man sagen, die Treffpunkte die wir da haben, die befinden sich zufällig an
 209 irgendwelchen Orten und sind eher davon gesteuert, wo man günstig Räumlichkeiten kriegt, um sowas zu
 210 machen. Die Sozialbehörde verlangt das jetzt auch noch obendrein, sagt „ihr MÜSST es machen“ und
 211 sofort stellt sich die Frage, wenn ich das nicht mache, verliere ich meine Einnahmen? Also, da sind richtig
 212 merkwürdige Steuerungseffekte drin, finde ich.

213 #00:20:18-3# D. Schönefeld: Ja, das passt ja dann... die nächste Frage: in welcher Form sind denn die
 214 Träger bzw. wurden die Träger und deren Klientenvertreter beispielsweise, in die Weiterentwicklungs-
 215 prozesse der Eingliederungshilfe in Hamburg eingebunden?

216 #00:20:34-8# W. Bayer: Also, ich fange mal bei dem letzten Teil an, weil mir der mittlerweile
 217 ausgesprochen peinlich ist. Die Klienten wurden überhaupt nicht einbezogen, gar nicht. Und diese Feigen-
 218 blattveranstaltung, die dann irgendwann mal stattgefunden hat, als alles schon in trockenen Tüchern war
 219 ... ich kann mir vorstellen, dass Georg-Wiese sagt „ja, wir haben das dann mit denen beraten“, ehrlich
 220 gesagt ist das unter Beteiligungsgesichtspunkten peinlich wie sonst 'was, was hier abgelaufen ist. Und mir
 221 ist das ... also, meine ich, habe ich immer erzählt, ich mache seit 25 Jahren Psychiatrie; eine derartige
 222 Ignoranz gegenüber den Interessen von Nutzern, wie sie hier praktiziert worden ist, habe ich lange nicht
 223 erlebt. Das ist der eine Aspekt, der zweite ist, ich glaube dass die Träger, und mir selber ist das auch als

224 Vertreter dieses Trägers viel zu spät aufgegangen eigentlich, (dass) wir alle miteinander einen strategi-
225 schen Fehler gemacht haben, einen richtig elementaren Fehler bei der Entwicklung, dass wir uns nämlich
226 auf das Gespräch mit der Behörde eingelassen haben die gesagt hat, „ja, wir reden ja nur hier über eine
227 andere Finanzierung und... Strukturen, das hat ja mit dem, wie die Hilfeleistung... daran ändert sich ja
228 alles nichts“. Ich sag mal, dass wir uns als Träger darauf eingelassen haben, nicht unisono hingegangen
229 sind und der Behörde gesagt haben „okay., wir machen eine Änderung in der Sozialpsychiatrie, aber nur
230 dialogisch, nur wenn wir die Nutzer mit einem Tisch kriegen, weil, wir reden über eine andere Form der
231 Hilfeleistung, das wäre richtig gewesen und das wäre... dann wären viele Dinge die, glaube ich, heute in
232 diesem Modell so schräg laufen, schlicht und ergreifend nicht passiert, weil die Nutzer sehr deutlich ge-
233 sagt hätten, was sie davon halten. Also von daher finde ich diesen Teil richtig schlecht, keine Nutzerbetei-
234 ligung, also ganz im Gegenteil, nicht? Jetzt zu den ersten Teil Ihrer Frage noch mal ...?

235 #00:22:16-4# D. Schönefeld: Das war der, wie die Träger mit eingebunden wurden?

236 #00:22:19-4# W. Bayer: Gut, die Träger, auch da: das ist eine der Hamburgensien für mich. Jetzt muss
237 ich mal eben sagen, in Nordrhein-Westfalen ist das so: es gibt Träger die allesamt den Spitzenverbänden,
238 die landesweit zuständig sind auch angeschlossen sind. Also, da gibt es eine starke Landesdiakonie und
239 einen starken Paritätischen, der landesweit auch unterwegs ist und der auch für die an ihn angeschlos-
240 senen Träger natürlich Positionen entwickelt, so. Und dann gibt es da noch die Landesbehörde und jetzt
241 ist an der Stelle wichtig zu sehen, dass... (nebenher Kontrolle der Aufnahmegeräte durch den Interviewer)
242 geht's noch?

243 #00:23:03-9# D. Schönefeld: Ne, ich kontrolliere nur, ob aufgenommen wird ...

244 #00:23:05-3# W. Bayer: Ja, ja, genau ... (Lachen)

245 #00:23:05-3# D. Schönefeld: Ich hab' so 'ne Zwangsneurose!

246 #00:23:09-0# W. Bayer: Nein, das ist kein ... ich finde das völlig verständlich (Lachen). Also, in Bielefeld
247 lebend und arbeitend hat man mit der Stadt Bielefeld bestimmte Themen zu verhackstückt, wenn es
248 darum geht, Entwicklungen, die meinerwegen die ambulante Eingliederungshilfe angeht, dann muss man
249 das mit den Landschaftsverbänden in Nordrhein-Westfalen machen, das ist sozusagen an die Landes-
250 ebene gegangen und das heißt, der Landschaftsverband Westfalen sitzt in Münster und die machen
251 Überlegungen, die für – ich weiß gar nicht – sieben kreisfreie Städte und zwölf Landkreise gelten und
252 dementsprechend müssen die die Interessenslagen abwägen. In Hamburg gab es ... ich erzähle Ihnen
253 mal die ersten Runden in denen wir das diskutiert haben mit der Behörde: Also die Behörde, Herr Georg-
254 Wiese saß dort und noch alle möglichen anderen Leute. Auf Trägerseite saßen die Fachreferenten der
255 Spitzenverbände, also Diakonie, Paritätischer, Vertreter der AWO und DRK usw.; dann saß da der Ge-
256 schäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrt, der sozusagen die Interessen dieser aller
257 bündeln würde. Gibt es in Hamburg eine Situation, dass die psychiatrischen Träger sich vor Jahren mal
258 zur AG Reha zusammengeschlossen haben; der Vertreter der AG Reha kriegt auch einen Sitz. Wir,
259 Rauhes Haus sind Mitglied bei der Diakonie, wir sind Mitglied bei der AG Reha; zwei Leute vertreten, die
260 diese Institution – mich – vertreten, sitzen da und deren gemeinsamer Vertreter sitzt da noch am Tisch.
261 Dann gibt es eine weitere Hamburgensie: die vier großen Träger, Stiftung Alsterdorf, BHH Sozialkontor
262 und... wie heißt der... Leben mit Behinderung und Rauhes Haus haben, weil es die vier großen sind, auch
263 noch einen Sitz. Und dann, also meine Chefin, Vorstand Rauhes Haus sitzt da ...

264 #00:25:06-1# D. Schönefeld: Also, jetzt sind sie schon dreimal vertreten...

265 #00:25:07-2# W. Bayer: Dreimal vertreten! Und dann werde ich, aus welchen Gründen auch immer noch,
266 auch noch eingeladen. Einfach nur, weil ich fachmännisch bin und vielleicht einen guten Ruf habe, oder
267 weil ich immer überall meine Meinung habe ...

268 #00:25:19-7# D. Schönefeld: Vielleicht wegen des DGSP auch ...?

269 #00:25:18-3# W. Bayer: Ja, vielleicht ja auch das und weil ich mich in den drei Jahren in Hamburg ... ich
270 sag mal so, das ist so meine Eigenart: ich mische mich überall, wenn mich einer fragt, ein und wenn mich
271 keiner fragt, mische ich mich manchmal auch ein und ich habe zu vielen Dingen eine Meinung und sage
272 die auch... das auch dazu beigetragen haben, nicht? Also, 'sitze da in einer Runde, wo sozusagen die
273 Träger mehrfach doppelt hin und her vertreten werden, was Pluralität signalisiert und Handlungsunfähig-
274 keit produziert, weil, das ist aus meiner Sicht, die Träger waren von Anfang an massiv daran beteiligt, was
275 aber nicht dazu geführt hat dass diese Vielfalt zu einer Stärkung der Trägerseite geführt hat, sondern die
276 hohe Uneinigkeit zwischen den Trägern hat zu einer extremen Schwächung geführt. Will sagen, die gan-
277 zen Gespräche sind eher so gelaufen von Trägerseite, dass man immer die Herren von der BASFI gefragt
278 hat „was sagen Sie denn zu dem ... wir haben da ein Problem, was sagen Sie denn dazu?“. Und nach der

279 dritten Runde war eigentlich klar, da haben die keine Antwort darauf, die wissen es schlicht und ergreifend
280 nicht, sie wissen bis heute nicht wie das Ding funktionieren soll, praktisch. Mein Lieblingsthema ist immer,
281 das Konkretionsniveau, wie die Behörde dieses Modell ambulante Sozialpsychiatrie geschildert hat: Herr
282 Georg-Wiese hat das gemacht, mit einer Untertasse, „das ist die Begegnungsstätte“ und einem Zucker-
283 streuer, „das sind die individuellen Leistungen“ (tut, als ob er eine Untertasse in der flachen Hand hält und
284 mit einem Streuer Zucker darauf kippt); das ist das Modell, so schlicht – und konkreter ist es nie gewor-
285 den. Das hätte man als Träger nutzen können, wenn man ... weil eben sehr schnell klar war, dass die
286 Behörde an vielen Stellen keine ..., ich sag mal so, auch nicht viel weiß, wie das konkret geht, nicht? Oder
287 eher im Nebel stochert. Das hätte man nutzen können, hätte sagen können, „o.k., wir entwickeln jetzt ein
288 Modell und machen das so und so und so“; man kann es sehen, dass das Thema ‚Prävention‘ überhaupt
289 reingekommen ist, das war eine der Initiativen der Träger. Da waren sich mal alle einig und sagten
290 „Prävention muss irgendwie stattfinden“, aber auch wieder am Ende halbherzig eingebaut in das Modell,
291 so dass man sagen kann ‚viel Text, wenig Ergebnis‘. Ich fand das ... die Gespräche mit der Behörde
292 haben eineinhalb Jahre gedauert, glaube ich, inervierend, dass die Behörde am Schluss gesagt hat, das
293 macht nur noch [Sinn] mit den Verbandsvertretern zu sprechen, das kann nicht ... da habe ich volles
294 Verständnis für, dass sie am Ende auch keine Bereitschaft mehr hatten die Träger, ich sag mal so, weiter-
295 gehend einzubinden, auch das kann ich verstehen. Dann haben Sie etwas gemacht, das ist ein schlauer
296 Schachzug: sie haben sich den Umstand zu Nutze gemacht, das hier Hamburg ist in diesem Sinne wie ein
297 Dorf, alle kennen sich, alles ist überschaubar ... Die Interessenslage der Träger sind im Grunde genom-
298 men alle gleich, das wäre in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel niemals zu erreichen gewesen, dass
299 man... Dass das Land hingehet und mit einzelnen Trägern sozusagen separat Verhandlungen macht und
300 damit parallel laufende Kollektivgespräche torpediert, das geht in einem Flächenland schlicht und
301 ergreifend nicht – völlig undenkbar. Weil, ich sag mal so, da gibt es einen Träger der in Bielefeld sitzt und
302 einer sitzt in Münster und einer sitzt in Dortmund, wie auch immer und die verhandeln mit ihren Städten
303 und wenn der Landschaftsverband hingehen würde und parallel zu diesen Verhandlungen zwischen Kom-
304 mune und Trägern, oder zwischen Land und Kommune – auch das muss verhandelt werden –, da mit
305 einem Träger irgendetwas abkaspert und die Interessen einer Stadt mit Füßen tritt, da ist ein Krach los im
306 Land, das würde der Landschaftsverband niemals machen. Das ist das, was hier passiert ist: die Behörde
307 kann, weil es eine Landesbehörde ist und weil die Bezirke nichts zu melden haben und weil es für einen
308 großen Träger wie uns völlig egal ist, was die Bezirke sagen – wir sind in der Stadt unterwegs, also
309 verhandeln wir auch mit der Stadt. Und die ESA [Anm. d. Verf.: Evangelische Stiftung Alsterdorf] macht
310 das so und alle machen das so; das hat die Stadt sich zu Nutze gemacht, also die Sozialbehörde in dem
311 Fall und hat die Position der Verbände geschwächt, indem sie ganz gezielt mit den einzelnen Trägern
312 verhandelt haben, so dass die Verbände am Ende die Flügel gestreckt haben und gesagt haben „o.k.,
313 jeder muss sehen wo er bleibt!“. Das hat, ich finde, sozialpolitischen Flurschaden, nun muss man mal
314 sehen in welchem Ausmaß... aber die Verbände sind schwach wie nie, das kann man ... ja, es gibt Leute
315 die heißen das gut und sagen „genau, die Verbände, die Diakonie, die wollen sowieso nur ...“. Ich finde,
316 was dabei übersehen wird, ist, dass die starke Position der Verbände in Deutschland, also der Fachver-
317 bände, Diakonie und so, eine historisch gewollte war, nämlich nach der Erfahrung des Faschismus in
318 Deutschland zu sagen, es soll nie wieder so sein, dass ein Zentralstaat in alle Lebensverhältnisse ‚rein-
319 fuhrwerk. Darum hat man die Verbände gestärkt. Das war die Verfassungsidee; darum auch der ganze
320 Föderalismus, der uns alle immer so nervt, nicht? Und jetzt wird heute gesagt und da merke ich, da werde
321 ich auch auf die Herren von der Behörde richtig grantig, wenn gesagt wird „die Träger (unverständlich), die
322 wollen nur ihre Einnahmen sichern“, oder irgendwie so einen Schrott, der politisch richtig schlimm ist, finde
323 ich, weil historische Tatsachen geleugnet werden; der sozialpolitisch auch noch falsch ist und – ich sag
324 mal so –, wo die... und das nervt mich hier in Hamburg richtig, da kriege ich richtig so einen Hals, wenn
325 ich sowas höre, weil, da sagen die Herren von der Behörde „das machen die Träger alles nur“, nicht? Und
326 dann muss man sich mal dran erinnern, dass KEINE EINZIGE Leistungsvereinbarung, seitdem es sowas
327 gibt, nach BSHG oder SGB XII, keine einzige Leistungsvereinbarung gibt es in dieser Stadt, wo nicht ein
328 Behördenvertreter seinen ‚Friedrich Wilhelm‘ drunter gesetzt hat, alles ist mit der Stadt abgesprochen, bis
329 zum letzten KOMMA, nicht? Und: zweiter Aspekt; kein einziger Klient der Hilfe kriegt und den die Stadt
330 finanziert, hat diese Hilfe jemals gekriegt, ohne dass die Freie und Hansestadt einen Bewilligungs-
331 bescheid ausgesprochen hat. Und: dritter Aspekt ist, das gleiche was jetzt diskutiert wird, die Träger wol-
332 len nur Einnahmen haben; da sag ich jetzt: natürlich will ich Einnahmen haben und zwar deshalb weil wir
333 1000 Beschäftigte haben und wenn ich nicht dafür Sorge, dass Geld in der Kasse ist, dann habe ich
334 nächstes Jahr was? Ein Riesenproblem mit den Beschäftigten und kann sie nicht mehr bezahlen? Ehrlich
335 gesagt, sollen wir denen noch (unverständlich) geben.

336 #00:32:17-2# D. Schönefeld: Na ja, ich sag’ mal, in der BASFI hätten sie auch gern am Monatsende was
337 auf dem Konto.

- 338 #00:32:23-1# W. Bayer: Auch das. Die leben auch davon.
- 339 #00:32:25-9# D. Schönefeld: Genau, die leben ja auch davon und da könnte man als Steuerzahler wieder
340 hingehen und sagen „müssen da so viele Leute arbeiten?“.
- 341 #00:32:35-8# W. Bayer: Da kann man sich alles links- und rechtsrum angucken. Aber, das was da im
342 Moment passiert und das finde ich richtig schlimm an der Entwicklung, der Senator Scheele ist ja über die
343 Arbeits- und Sozialministerkonferenz ... bundesweit geht er ja hausieren damit, nicht? Die verkaufen die-
344 ses Hamburger Modell als den Königsweg für alles; ehrlich gesagt halte ich das für einen gangbaren Weg,
345 das ist schon in Ordnung, aber ein Königsweg ist es niemals, dafür ist es viel zu brüchig. Das zweite ist,
346 die verbreiten ein Klima in Deutschland gegen Verbände, das finde ich unerträglich, da krieg' ich ... echt
347 manchmal ... Gab vor einiger Zeit, weiß nicht ob Sie das ... wir haben ja hier die Tagung gemacht und
348 dann war ja kurz darauf an der Uni so eine Veranstaltung der Juristen und da habe ich ...
- 349 #00:33:25-5# D. Schönefeld: War das die Veranstaltung im Gästehaus der Uni, auf der auch der Herr
350 Daszkowski gesprochen hat?
- 351 #00:33:29-4# W. Bayer: Ja, genau.
- 352 #00:33:30-9# D. Schönefeld: Da fehlt mir nämlich noch das Datum dazu, vielleicht könnten wir danach
353 noch mal ... Ich habe Herrn Daszkowski angesprochen, weil er hat mir eine Kopie seines Manuskripts ge-
354 geben und das ist leider undatiert. Aber da sind einige schöne Sachen drin, was ich halt auch überneh-
355 men könnte.
- 356 #00:33:46-8# W. Bayer: Also, von meinem Beitrag gibt es kein Skript, weil, vor mir hat Herr Dr. Gitsch-
357 mann gesprochen ich hatte eigentlich gedacht, ach ich erzähle das, was ich hier auch erzählt habe dazu.
358 Und dann hat der mich so geärgert, dass ich frei Haus was anderes erzählt habe, weil nämlich auch da
359 war ‚Trägerschelte‘ und ‚Einnahmen‘, nicht? Und das habe ich ihnen gleich gesagt, so in dem Sinne,
360 natürlich sind wir Unternehmer, wir sichern Arbeitsplätze und zwar nicht zu wenige in Deutschland. Und
361 natürlich kann man alles mögliche daran fragen, aber jetzt ... Ich sag mal so, uns vorzuwerfen als Träger,
362 wir würden Inklusion verhindern ... ehrlich gesagt, da frage ich mich, ob die noch alle Tassen im Schrank
363 haben, das ist ... da kriege ich echt 'nen Impulsdurchbruch (beide Lachen).
- 364 #00:34:35-8# D. Schönefeld: Ja, um nochmals auf die Modelle PPM und BeWo, die ja ... (Lachen). Ich
365 kann mich gar nicht mehr auf meine Fragen konzentrieren ... Um nochmals auf die Modelle PPM und
366 BeWo einzugehen, die sich ja ändern sollen zur ASP hin: Wäre die Änderung auch sinnvoll oder notwen-
367 dig gewesen, wenn es keine ökonomischen Einflüsse geben würde?
- 368 #00:34:55-5# W. Bayer: Unbedingt! Also, dieses Modell, BeWo und PPM, das hat es nur in Hamburg
369 gegeben, nirgendwo sonst in Deutschland, gibt's einfach nicht. Und jetzt hab' ich, als ich herkam vor ein
370 paar Jahren, ich habe das gesehen und habe mich gefragt, was ist das? Wieso gibt es für aufsuchende
371 Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zwei unterschiedliche Organisationsformen? So, da
372 habe ich die Leute hier gefragt und dann haben sie mir alle wilde Geschichten erzählt aus dem Böhmer-
373 wald und am Ende sag' ich, meine Schlussfolgerung ist, das kann man nur historisch erklären: dieses
374 BeWo, auch das geht nur – so wie sie es in Hamburg gemacht haben –, geht nur in einem Stadtstaat,
375 weil, das waren vorher teilstationäre Einrichtungen, dann haben sie das gemacht, was man in einer Stadt
376 machen kann, den Mietanteil getrennt von der Betreuung, die Gesamtsumme gelassen und haben gesagt
377 „o.k., die Miete zahlt jetzt der Bezirk, den Rest zahlt die Sozialbehörde“. Die Träger haben gesagt „oh
378 klasse, dann ist das jetzt alles ambulant, denn wir trennen ja Mietwohnen und Betreuung, trennen wir ja
379 jetzt“ und das war die Ambulantisierung. Das geht in einem Flächenland nicht. Und zwar deshalb, wenn
380 der Landschaftsverband ... also, nehmen wir mal wieder Nordrhein-Westfalen ... der zahlt die Eingliede-
381 rungshilfe für stationär; wenn der jetzt sagt „o.k., wir machen dieses“, dann muss die Stadt Bielefeld bereit
382 sein, die Mietkosten zu übernehmen. Die Stadt Bielefeld wird sagen „sag mal, tickt ihr noch ganz richtig da
383 in Münster? Wir machen das nicht, das geht nicht“, also lässt der Landschaftsverband das. Darum gibt es
384 das, was es hier als ambulante Wohngemeinschaften gibt, in Nordrhein-Westfalen als stationäre Wohnge-
385 meinschaften – die sind inhaltlich völlig identisch, es ist überhaupt kein Unterschied zu erkennen zwischen
386 dem BeWo hier und den stationären, dezentralen Wohngemeinschaften in Nordrhein-Westfalen, es ist
387 exakt das gleiche, nur ist es in Nordrhein-Westfalen schlecht, weil es stationär ist? Also bitte, nicht? Also,
388 das ist teuer für eine Stadt und dann hat die Stadt – Georg-Wiese sagt ja, er hat's erfunden –, dieses PPM
389 erfunden, Fachleistungsstunden. Jetzt ist ‚Fachleistungsstunden‘ echt auch kein neuer Hut, ganz Nord-
390 rhein-Westfalen organisiert ja ambulante Eingliederungshilfe nach Fachleistungsstunden. Und die Behör-
391 de hat, um Druck auf das BeWo-System zu üben, einen Dumping-Preis durchdiktiert und haben gedacht
392 „ah, das machen wir so billig, dann wächst es nicht“. Jetzt ist aber in Hamburg wie in allen ... es gibt kein
393 Land in Deutschland, kein Bundesland, wo nicht die Fallzahlen gestiegen sind und woran das ist, (pff ...)

394 da kann man lange drüber philosophieren warum das so ist, nicht? Auf jeden Fall ist es nicht so, dass ...
395 ich sag mal, man eindeutig sagen kann, die Träger produzieren da irgendwie Klienten, die haben ihren
396 Teil daran, das ist ganz sicher, weil jede Hilfe wird nachgefragt, nicht? Und... Na gut, völlig anderes
397 Thema ... auf jeden Fall kann man sagen, wenn man hier hinkommt und sagt, es gibt Fachleistungs-
398 stunden und es gibt tagessatzfinanzierte; ich verstehe schon, warum Träger lieber BeWo machen wollen,
399 weil es bessere Entgelte [gibt], klar. Aber die Fallzahlen in diesem PPM-Bereich sind auch ... das waren
400 zum Schluss 5000 Menschen, glaube ich, die da drin saßen und ich habe gesagt, das muss man zusam-
401 menbringen, fachlich, das ist dummes Zeug, das macht überhaupt keinen Sinn und dass PPM ein Spar-
402 modell ist, kann man am Stundenpreis sehen, man kann es daran sehen, dass – fachlich unsinnig –
403 monatlich spitz abgerechnet wird, nur das, was der Klient abzeichnet kriegt man auch bezahlt. Fachlich ja
404 wohl Unsinn, bei der Zielgruppe?! Da muss man schwanken können, wie wild ... also alles nur sozusagen,
405 um die Ausgaben zu kanalisieren, nicht? So. Und nun hab' ich das hier diskutiert, auch mit Kollegen
406 und irgendwann ist mir dann der Kragen geplatzt, als mir ein Mitarbeiter erzählte, nein, das sei alles noch
407 richtig, weil es sich um unterschiedliche Menschen handelt, die da betreut werden. Und habe ich ihm ge-
408 sagt „also wissen Sie was, da müssen Sie mir was erklären, wenn das richtig ist, dann ist Hamburg, 1,7
409 Mio. Einwohner, offensichtlich der einzige Ort in Deutschland, an dem es zwei Sorten Menschen gibt, weil,
410 die anderen 82 Mio. lassen sich nicht so trennen, geht nicht!“. Nirgendwo gibt es zwei ambulante Modelle,
411 nur hier. Und darum hab' ich gesagt „Aufheben. Völliger Blödsinn. Weg damit.“. Also das ist, sag ich mal,
412 einer der Effekte, wo ich sage „ja klar, wunderbar“. Das hätte man auch ohne die Ambulante Sozial-
413 psychiatrie einfacher hinkriegen können, hätte man sich viel Arbeit mit gespart.

414 #00:39:27-4# D. Schönefeld: Genau, für mich ging es bei der Frage darum, wie sehen das Träger, wie
415 sehen das die Klienten, die Behörde sieht es sowieso so, nicht? Ob man das alte System auch unter
416 nicht-ökonomischen Gesichtspunkten hätte ändern müssen, aber das haben Sie ja gut dar ...

417 #00:39:43-3# W. Bayer: Ja, das musste man ändern und wenn es nicht, ich sag mal so, jetzt ... wenn es
418 nicht von vornherein verknüpft worden wäre, seitens der Behörde, mit dem klaren Ziel aber ‚Ausgaben
419 senken‘, das ist alles viel zu viel, ohne wahrzunehmen, das die Behörde es mit zu verantworten hat, das
420 es so ist, nicht? Sondern jetzt hingeht und sagt „oh, die Träger ... böb, böb, böb, böb, böb ...“, nicht? Das
421 ist so ein bisschen dieser Stil 17. Jahrhundert, sich plötzlich hinzustellen und zu sagen „also wir, Sozial-
422 behörde, sind da völlig unschuldig daran, die Träger machen das halt, die haben das durchgesetzt“. Hier
423 setzt überhaupt keiner was durch, das ist quatsch. Also, von daher wäre die ... Eine fachliche Änderung
424 war dringend notwendig, dass sehe ich so. Und man hätte auch da wieder, ich sag mal, mit anderen
425 Modellen sicher was vernünftiges draus machen können, oder was besseres auch also.

426 #00:40:42-4# D. Schönefeld: Vielleicht, wenn man auch erst mal die ökonomische Entwicklung gar nicht
427 mit reingenommen hätte, sondern das zuvor geändert hätte, unabhängig davon, dass man gleich mit, sag
428 ich mal ... die Behörde spricht ja nicht von Kostensenkung, sondern von Kostendeckelung ...

429 #00:40:59-0# W. Bayer: Was praktisch dann eine Absenkung ist ...

430 #00:41:02-7# D. Schönefeld: Genau, wenn wir aber über steigende Klientenzahlen sprechen, dann ist es
431 faktisch eine Kostenerhöhung ... Kostenreduzierung – so 'rum.

432 #00:41:12-1# W. Bayer: Ganz genau. Man kann es auch als Arbeitsverdichtung bei den Mitarbeitern nach-
433 her wieder finden, nicht? Weil, irgendwie muss ja mehr passieren.

434 #00:41:17-4# D. Schönefeld: Da gehe ich auch noch darauf ein ... Wie schätzen Sie denn – jetzt
435 kommt's, was sie eigentlich teilweise schon beantwortet haben –, wie schätzen Sie die Innovations-
436 bereitschaft der behördlichen Strukturen ein?

437 #00:41:30-3# W. Bayer: Gleich null. Denen geht es nicht um Innovation, das sehe ich nicht. Die Verhand-
438 lungsseite der Behörde hat von Anfang an und zwar in den aller ersten Gesprächen deutlich gemacht,
439 dass die Haushaltsbremse – und da kommt ein Prozentsatz her, 0,88 Prozent Steigerung, dass irgend-
440 wann mal ausgerechnet, so viel geht in Haushalten, wenn man angesichts von Steuereinnahmen, Steuer-
441 entwicklung usw. bis zum Jahre 2019 einen ausgeglichenen Haushalt haben will, so. Und dass was die
442 Behörde im Bereich Ambulante Sozialpsychiatrie, aber in allen anderen Fällen, wo wir verhandeln auch
443 gemacht hat, sie haben gesagt „0,88 Prozent – mehr gibt's nicht, Ende, aus“. Der Hinweis darauf, dass wir
444 Tarifverträge haben und schön für die Mitarbeiter die Gehälter leider, oder wie auch immer, schön letztes
445 Jahr und dieses Jahr zusammen um 5 Prozent gestiegen sind, da sagt die Behörde „pff, interessiert uns
446 das? Nein, das interessiert uns nicht“. Und bei der Frage der Entwicklung der Sozialpsychiatrie mit den
447 Fallzahlen, Fallzahlsteigerungen, die in den Großstädten in Deutschland übrigens überall stärker anstei-
448 gen, als den Flächen – das ist in Berlin auch so. Die Behörde machte daraus „na ja, das liegt an den
449 Trägern, oder so“; ich glaube, es hat etwas mit Ballungsräumen zu tun: Ballungsräume haben eine Sog-

450 wirkung, auch auf Klienten möglicherweise, nicht? Und es ist einfach attraktiver in Hamburg eine gut
 451 ausgebautes sozialpsychiatrisches Netz zu nutzen, als irgendwo in der niedersächsischen Tiefebene zu
 452 sitzen, als das kann schon sein. Aber die Behörde hat von Anfang an klargemacht, dass mehr als die 0,88
 453 nicht geht und dass darum eben die Fallzahlensteigerung auch nicht funktioniert, wie es sein darf ... Und
 454 dann habe ich folgende ... ein bisschen so den Eindruck gekriegt, Georg-Wiese und Gitschmann, die
 455 beiden wohl vor allem haben sich gegenüber dem Senat tierisch weit aus dem Fenster gehängt, dass
 456 dieses Modell mit der Untertasse und dem Zuckerstreuer jetzt genau DAS bringt – ohne Qualitätsverlust,
 457 ohne jedwede Einbuße. Und das galt es durchzusetzen, von Anfang an. Und welche ... ich habe das sel-
 458 ber mitgekriegt in Gesprächen, da gab es Verabredungen zu Themen und im nächsten Gespräch wurde
 459 seitens der Behördenvertreter gesagt „ne, das haben Sie falsch verstanden, das war nicht so, das haben
 460 wir anders gemeint“; ein Diskussionsstil, wenn fachlich berechnete Einwände formuliert worden sind von
 461 Seiten der Träger zu bestimmten Themen, dann hieß es „die wollen ja sowieso nur ...“. Also, fachliche
 462 Einwände galten nicht, weil die Herren in der Behörde der Überzeugung sind, oder diese zumindest so
 463 vertreten, dass dieses neue Modell nun, sozusagen die Innovationskraft des Jahrtausends darstellt oder
 464 irgendwie, nicht? Jetzt sind Budgets alles andere als neu und das nun flächendeckend ein System von
 465 Begegnungsstätten ... auch das ist nicht neu, das gibt's im Rheinland, da heißen die KoKoBes, Kommu-
 466 nikation Kontakt und Beratungsstellen. Der Landschaftsverband Rheinland hat schon vor, ich weiß gar
 467 nicht, 15 Jahren ein Modell ... dass Sie gesagt haben, pro 100.000 Einwohner muss es so eine Stelle
 468 geben, das scheint ungefähr ein sinniger Schlüssel zu sein und deshalb finanzieren sie jetzt lang, fertig,
 469 ab. Also, will sagen, (pff) wo ist das innovativ? Begegnungsstätten gibt's, Treffpunkte gibt's allerorten und
 470 es gibt deutlich bessere Modelle als jetzt diese psychiatrischen Dinge die wir gerade hier machen. Also,
 471 innovativ ... hm?! Das ist nicht mit ... dass das nur für ambulant gilt und stationär nicht einbezieht, muss
 472 man kritisch fragen, macht das eigentlich Sinn, die... ich sag mal so, dann haben Sie parallel angefangen
 473 mit den großen Trägern über Trägerbudgets insgesamt zu reden, also sozusagen die gesamte Einglie-
 474 derungshilfe zusammenzufassen, als Trägerglobalbudget. Auch dem kann man was abgewinnen, aber
 475 innovativ wäre wenn es gelingen würde, ein Trägerbudget – also solche Budgets, Sozialraum-, Träger-
 476 oder sonst was Budgets unter Einschluss von Renten- und Krankenversicherung zum Beispiel machen,
 477 oder Pflegeversicherung... alle schmeißen ihr Geld zusammen und so, DAS wäre mal innovativ. Aber ein
 478 Sozialhilfebudget, was ist daran innovativ? Kann ich nicht sehen. So, kann man machen, aber ist so gut
 479 wie alles andere.

480 #00:46:27-2# D. Schönefeld: Sie haben gerade das Thema Qualität kurz angesprochen, das gehört jetzt
 481 nicht zu meinen Fragen, aber es fällt mir gerade so dabei ein: Sie sagen „ohne Qualitätsverlust, das
 482 ganze“, aber künftig ist es ja beispielsweise so ... in der PPM war es ja so – Sie haben es vorhin auch
 483 schon angesprochen –, dass die Klienten immer abgezeichnet haben, wenn sie besucht worden sind. Das
 484 fällt ja in Zukunft weg! Also diese Dokumentation fällt ja weg, dass also ja auch ein Kontrollinstrument
 485 damit wegfällt für Qualität, zumindest erst mal für die quantitative Qualität, wenn man so will. Was in
 486 diesen Gesprächen gemacht wird, zwischen Mitarbeiter und Nutzer, das ist ja noch eine andere Schiene,
 487 aber da kann ja keiner daneben sitzen, sag ich mal.

488 #00:47:08-5# W. Bayer: Ja. Da gibt's ja die Frage ... ich meine, das ist ... da wird ... (Lachen) Damit
 489 machen sie ein richtiges Fass auf, nicht? Ich bin überhaupt kein Freund von dieser Abzeichnung dieser
 490 Stunden. Ich sag auch, das sichert überhaupt keine Qualität, das sichert eine Quantität, aber was darin
 491 passiert, weiß keine Socke, weil ... was tatsächlich da passiert ...

492 #00:47:33-5# D. Schönefeld: Gibt's denn für Sie ein Mittel, wenn wir mal weggehen von den Listen, wie
 493 überhaupt Qualität zu sichern wäre in dem Bereich, in der Sozialpsychiatrie?

494 #00:47:45-7# W. Bayer: Es ist echt schwierig. Also, ich sag mal, das ist ... es gibt ja dieses Projekt von
 495 Petra Gromann, Wie misst man Teilhabe, weil ... ich gehe erst mal einen Schritt zurück: all das was im
 496 SGB XII steht, in dem Kapitel Eingliederungshilfe, ist begrifflich so unklar, WAS ist Teilhabe? WAS ist
 497 Unterstützung? WAS ist ... alles völlig unklar, nicht? Darauf setzt sich ein Hilfesystem auf, was im Ur-
 498 sprung ja, zunächst mal ... also das ganze System der Behindertenhilfe und Psychiatrie, wenn man so ins
 499 19. Jahrhundert zurückgeht, diente dazu, alle Sorten von Menschen, die nicht in den Produktionsbereich
 500 passen, irgendwie am Leben zu erhalten und halbwegs menschenfreundlich irgendwie mit Essen und
 501 Dach zu versorgen. Ende, aus. Das war das einzige, was interessant war, weil die nicht in den Produk-
 502 tionsprozess passten, nicht? So. Und nun kann man das sozusagen ... kommt die Geschichte mit dem
 503 Faschismus rein und der tragischen Wirkung, die das dann wiederum hatte, darum war danach zunächst
 504 mal exakt der gleiche Auftrag, also da hat sich nach '45 ja überhaupt nichts dran geändert. Es ging darum,
 505 Menschen, packt sie irgendwo hin und lasst die Gesellschaft damit in Ruhe, Entsorgung von Problemen,
 506 nicht? So. Und jetzt hat sich über gesellschaftlichen Wandel das irgendwie verändert und jetzt stellt sich ja
 507 die Frage, wie misst man ... also was heißt das eigentlich, wenn es darum geht ‚Eingliederung in Gesell-

508 schafft, wenn man die Menschen mit Psych... oder Klienten selber fragt, worum es denn nun geht, was
509 sind deren entscheidende Kriterien, ob sie teilhaben oder nicht? Dann geht's um Arbeit, vernünftiges Ein-
510 kommen, vernünftige Wohnung und dann geht's los mit solchen komischen Themen wie ‚soziales Netz-
511 werk‘, ‚Beziehungen‘, nicht? Das ist das, was die wollen. Und, will sagen, darin unterscheiden die sich von
512 dem wahrscheinlich was wir beide wollen überhaupt nicht in den Qualitäten, nicht? Und jetzt ist ja die
513 Frage und das ist, glaube ich, sehr schwierig zu beantworten, was am Ende von der wohlmeinenden
514 Tätigkeit von Erziehern, Sozialarbeitern und wie auch immer, alle in dieser Branche, am Ende ... (unver-
515 ständlich – laute Sirene im Hintergrund)

516 #00:50:06-7# D. Schönefeld: Das ist irgendwie eine Alarmanlage, die da läuft.

517 #00:50:06-7# W. Bayer: Was? Das ist der Müllwagen.

518 #00:50:13-5# D. Schönefeld: Ach so, alles klar.

519 #00:50:16-7# W. Bayer: Also, was daran wirklich fördernd, stärkend oder wie auch immer ist, es gibt darü-
520 ber keine vernünftige Forschung, das muss man mal einfach so zur Kenntnis nehmen, so niemandes
521 Seite, nicht? Also keiner kann wirklich sagen, ob denn, wenn man mal diese Kernqualitäten, wie Woh-
522 nung, Arbeit, Beziehung und so mal wegnimmt, was machen wir denn eigentlich? Wir begleiten Menschen
523 in ihrem Leben, nicht? Und ich habe in Bielefeld zehn Jahre lang in der dortigen Hilfeplankonferenz ge-
524 sessen und ich weiß nicht, wie viel hunderte von IWRPs gelesen und Hilfe, Klienten kennengelernt und
525 Bewilligungen mit entwickelt usw.; ehrlich gesagt, da ist mir zu viel dummes Zeug unter die Finger gekom-
526 men, wo ich so denke, also ob jemand für einen Klienten drei Stunden haben will oder beantragt, oder vier
527 Stunden, das kann man fachlich nicht begründen, das ist ‚gefühl‘ oder irgendwie so, nicht? Und ob der
528 Klient zwei nur braucht, oder am liebsten manchmal sechs, auch das ist sehr schwankend. Ich kenne das
529 aus meiner eigenen praktischen Arbeit mit Klienten, dass manchmal Klienten da sind, die kommen... was
530 weiß ich denn, die kommen einmal und brauchen einen ganzen Tag und dann kommen sie drei Monate
531 lang nicht und... also so eher. Und eine Hilfestellung von Regelmäßigkeit abhängig zu machen und so
532 ist PPM zum Beispiel konstruiert gewesen, das erscheint mir für Menschen mit psychischen Erkrankungen
533 völlig dysfunktional, bei Menschen mit Minderbegabung wahrscheinlich eher brauchbar, weil aufgrund der,
534 ich sag mal so, dieser dauernden ... das Niveau auf dem die sich bewegen, mal abgesehen von dem
535 ganzen emotionalen Schwankungen, die so sind wie bei allen Menschen, bewegt sich das Unterstüt-
536 zungsniveau schon relativ gleichmäßig. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, da habe ich das so
537 gut wie nie erlebt, dass sie sozusagen, dass das Unterstützungsniveau gleich ist, nicht? Sondern da geht
538 das dauernd... mal gar nichts und dann kriegt mal jemand einen Aufräumkoller ...

539 #00:52:23-9# D. Schönefeld: Also, es führte ja auch dazu – das System, das Betreuer, wenn sie wirklich
540 mal Dinge mit ihren Klienten machen wollten, wozu die mal richtig Lust hatten, die sagten „ich hätte mal
541 gern einen Tagesausflug außerhalb von Hamburg“, irgendwohin. Dann führt das ja dazu, dass die Mitar-
542 beiter, sag ich mal, schon gezwungen waren zu betrügen, dass sie schon sagen „o.k., wir sparen Stunden
543 an, indem du mir hier die Stunden abzeichnest, wir sie aber nicht wahrnehmen und in zwei Monaten bei-
544 spielsweise oder in drei Monaten können wir dann deinen Tagesausflug machen“, weil anders die Zeit
545 nicht reicht, nicht?

546 #00:53:04-3# W. Bayer: Also, soviel zum Thema mit dem ... ob das Qual... ich glaube schlicht und
547 ergreifend nicht, dass das System Qualität sichert. Es sichert eine Verteilung und irgendwie Arbeitszeit,
548 mal abgesehen davon, dass ja, ich sag mal so, auch hier ist das so bei PPM, wenn dann vier Stunden
549 bewilligt waren, kriegt der Träger aber 4,8 Stunden bezahlt, da kommen noch 20 Prozent obendrauf für
550 sonstwas, nicht? In Nordrhein-Westfalen haben sie es andersherum gemacht, da haben sie fünf Stunden
551 bewilligt und davon kamen nur 3,5 beim Klienten an. Aber alles deutet darauf hin, dass diese Kenngröße
552 einer Stunde, mal abgesehen dann die Frage, reden wir über Arbeitsstunde, reden wir über Zeitstunden,
553 reden wir über Nettostunden, über Durchschnittsstunden, oder so, was schon deutlich macht, das ist ein
554 völlig irres bürokratisches System eigentlich, so. Und je länger ich darüber nachdenke, glaube ich – und
555 da gehe ich mit diesem Modell durchaus konform –, dass ich sage, die Finanzierung von Trägern und
556 Arbeitsplätzen ... da muss man sich drüber verständigen, wie viele Träger, wie viele Arbeitsplätze braucht
557 man eigentlich und dann wäre mir am liebsten, das wird pauschal finanziert, das wird einfach gesichert,
558 als eine Art notwendiger sozialer Dienstleistung für so ein Gemeinwesen wie Hamburg, Ende, aus. Und
559 dann kann man von mir aus darüber reden, dass das nicht mehr bis unbekannt wächst, nicht? Also, das
560 Modell ‚die eine Hälfte der Stadt betreut die andere‘ vertrete ich nicht wirklich, so. Und jetzt kann man...
561 muss man da sozusagen kurz mal draufgucken, also wie entstehen, wo kommen die Klienten her, nicht?
562 Dann greift man immer auf die AU-Statistiken zurück, der Krankenkassen, die aber eigentlich sagen, im
563 Kernbereich psychiatrischer Diagnosen tut sich doch überhaupt nichts. Also die Anzahl der Erkrankungen
564 wegen schwerer Depressionen, schwerer Persönlichkeitsstörungen, schwerer Psychosen, die sind gleich

565 – über Jahrzehnte, passiert kaum was. Also, will sagen, die Morbiditätsrate in Deutschland ist konstant,
566 was passiert ist: dauernd werden da neue Krankheiten erfunden. Der ICD-11 wird wieder ein paar mehr
567 haben und der ... hier der US-Ding da, wie heißt der doch noch?

568 #00:55:14-7# D. Schönefeld: DSM V?

569 #00:55:16-0# W. Bayer: DSM V, nicht?! Der sagt dann, wenn Sie länger als zwei Wochen trauern, haben
570 Sie auch eine Krankheit, nicht? Und schon haben wir neue Gruppen von psychischen Kranken, also ich
571 sag immer, das ist doch ein irrwitziges System und natürlich führt das dazu ...

572 #00:55:29-2# D. Schönefeld: Aber das ist ja ein System, was die Träger letztlich nicht ... die es ausführen
573 oder die es später tragen müssen nicht ...

574 #00:55:35-1# W. Bayer: Ja! Und ich glaube ... es wird ja immer diskutiert darüber, dass sozusagen, damit
575 psychische Erkrankungen gesellschaftsfähig werden, ja, ein bisschen was ist da dran ... es ist heute
576 möglich, weil nun alle auch sagen „ja, mach' die Krankschreibung, machen alle ... psychisch Krank“, das
577 geht. Aber, bezogen auf Kerngruppe, also die Menschen, die richtig rausgekegelt werden aus dem Sys-
578 tem, das hat für deren Integration oder soziale Akzeptanz überhaupt nichts gebracht. Also der stinkende
579 Psychotiker, der rumläuft und vor sich hin fabuliert, der ist doch nicht einen Deut besser integriert, als vor
580 zehn Jahren. Der läuft nur heute rum, das ist so. Von daher ... wie war Ihre Frage noch mal, ich habe
581 schon wieder den Faden verloren.

582 #00:56:21-2# D. Schönefeld: Wir sind über die Qualität dahin gekommen.

583 #00:56:24-3# W. Bayer: Ach, die Qualität, genau, wie kann man die messen, nicht? So. Und das heißt ...
584 was ich sinnvoll finde ist wirklich zur Verfügung zu stellen, eine soziale Dienstleistung, von der man sagt
585 „die brauchen wir im Gemeinwesen“, weil eben immer wieder Menschen rausfallen. Und dann wäre gut,
586 da ist ein Sozialgesetzbuch blöd konstruiert, weil es zwingt alle auf den Einzelfall, das halte ich für einen
587 Fehler und wenn man Inklusion will, dann ist es grundfalsch, weil Inklusion geht nicht über den Einzelfall –
588 jetzt kommen die Vertreter der Fachleistungsstunden und sagen „ja, das kann man ja alles in Minuten
589 umrechnen, wie viel der Klient dann kriegt“, nicht?

590 #00:57:01-5# D. Schönefeld: Wie bei der Pflege, genau, drei Minuten fürs Kämmen, nicht?

591 #00:57:04-2# W. Bayer: Genau. Kann man machen, jeder kriegt 3,5 Minuten Inklusionsanteil, oder irgend-
592 wie sowas. Das ist Bürokratie und was mir vorschwebt ist dann eher sozusagen ein System, was den
593 sozialen Aspekt von Gemeinwesen wieder in den Blick nimmt und sagt o.k., wenn wir einen Stadtbezirk,
594 einen Stadtteil, ein Quartier oder was auch immer haben, dann müssen wir doch überlegen, was braucht
595 dieses Quartier, um sich sozial intakt zu entwickeln, will sagen, möglichst wenig Ausgrenzung, eine mög-
596 lichst heterogene Bevölkerungsgruppe, das wird auch ... ich sag mal, wenn man sich Hamburg anguckt,
597 der reiche Westen und der arme Osten, das ist ja nicht ... das hat ja nicht irgendeiner gewollt, sondern
598 das ist eine Entwicklung einer Stadt über, was weiß ich wie viel, hunderte von Jahren. Im Ruhrgebiet ist
599 das auch so, die Reichen wohnen immer im Westen und die Armen wohnen im Osten der Innenstädte und
600 das hat ganz einfache Gründe: es gibt überwiegend Westwinde und der Industriequalm zieht nach Osten,
601 also wohnt man besser im Westen, so einfach ist das, nicht? Und so haben sich Arbeiterquartiere und
602 Villenquartiere entwickelt und wie ... Grund und Boden muss man bezahlen können, da ist doch schon
603 klar, dass nicht alle überall wohnen werden können. Und das will ich auch gar nicht, nicht? Ich will gar
604 nicht mit den Leuten aus Blankenese und denen aus hier, da ... Steilshoop, ich will nicht mit allen zusam-
605 menwohnen, ehrlich nicht, 'bin froh, dass das nicht so ist. Also so, also eher sich so quartiersbezogen sich
606 überlegen, was braucht man da und dann das Geld zur Verfügung stellen und dann okay, wir sagen mal,
607 wir brauchen dafür, weiß ich, fünf Sozialarbeiter, drei Krankenschwestern und wie auch immer, die sich
608 um die Probleme kümmern und das muss man in der Fläche sichern, anstatt über diese Einzelfallhilfe zu
609 kommen, ah, ich halte da nicht so richtig was von. Da gibt es zu viele Irritationen. Jetzt muss man auf der
610 anderen Seite sagen, na ja, ich komme ja aus einer Großinstitution, Stiftung Bethel, mit den pauschalen
611 Pflegesätzen wurde auch immer gesagt „na ja, ihr steckt euch das ein“ und so, nicht? Und es ist natürlich
612 auch dann da schwierig, dann zu steuern, wer braucht denn eigentlich wie viel? Man muss da den Risiken
613 vorbeugen und darum finde ich, eigentlich kann man nicht die Träger finanzieren, sondern man kann
614 Arbeit finanzieren, oder Arbeitsplätze, nicht? Aber, würde sagen, o.k., wir machen mal so ein Quartiers-
615 konzept für Hamburg und sagen mal, alle 50000 Einwohner, dann hätten wir in Hamburg 17... 34 ... 35
616 Quartiere noch mal, die so eine Größe haben und überlegt sich, was braucht denn jedes davon, damit es
617 sich sozial intakt entwickelt – das fände ich eine interessante Idee, so. So ist es so, jetzt werden eben die
618 irgendwie zufällig vorhandenen Begegnungsstätten werden finanziert und man kann sich, guckt man sich
619 das auf dem Stadtplan an, stellt man fest, sie sind eben NICHT gleich in der Fläche verteilt. Sie sind es
620 einfach nicht. Und auch wir, wir gehen nicht dahin wo die Infrastruktur schlecht ist. Und die Klienten

621 übrigens, die gehen da auch nicht hin, die da nicht wohnen. Da muss man ... da finde ich ein vernünftiges
622 Straßen ... also öffentlicher Nahverkehr ist ein echt wichtigeres Thema, als ob wir noch eine weitere
623 Begegnungsstätte haben. Also, wenn wir eine Straßenbahn hätten, die nach Bramfeld führt, dann wäre
624 auch interessant, was zu machen, weil die Menschen da auch hin- und wegkommen, aber wenn man da
625 nicht hinkommt, dann gehen da weder Träger hin, noch Klienten gehen dahin. Und die, die dann da
626 wohnen, haben ein Problem. Also und nun ist die Frage, was sichert denn dieses System an Qualität und
627 ... ach, ich weiß es nicht, ehrlich gesagt. Ich glaube da liegt ... da wird viel behauptet, was nicht bewiesen
628 wird – auch nicht bewiesen werden kann, glaube ich: wenn's immer heißt „ambulant geht alles“ oder
629 „ambulant ist immer besser als stationär“, dann ... ich hab' das in Bielefeld gesagt, ich sag das hier auch,
630 also ich kenne da so ein paar Gestalten aus den stationären Einrichtungen die wir betreiben ... wenn
631 jemand die haben will, nehmt sie mit, macht es ambulant, sucht denen eine Wohnung – mal gucken, ob
632 ihr eine findet ... von mir aus. Warten wir mal zwei, drei, vier, fünf Jahre ab, was denn da passiert und ob
633 es den Menschen dann besser geht, weil, das ist ja die entscheidende Frage. Und darum ist dieser
634 ideologische Streit, ambulante Hilfe sei qualitativ besser als stationäre, weil es die freien Bürgerrechte
635 oder sonst was besser berücksichtigt ... ehrlich gesagt, erstens gibt's eine Menge Menschen ... eine
636 Menge stimmt nicht ... es gibt eine Reihe von Menschen mit psychischen Erkrankungen, da geht es mehr
637 um Existenz und Überlebenssicherung, als um das hochelaborierte freie Bürgerrecht auf eigenen Mietver-
638 trag haben. Da kenne ich Menschen, die so durch den Wind sind, dass die das mit dem Mietvertrag auch
639 nicht interessiert, die brauchen eher ein Milieu, wo man sie aushält so wie sie sind. Und: Und da sag ich,
640 wenn man diese Milieufolge sich anguckt, ehrlich gesagt glaube ich, dass der Normalbürger oder normal-
641 bürgerliche Miethausmilieus das nicht aushalten. Sie halten das nicht aus und ich halte das nicht aus und
642 meine Nachbarn nicht, nicht?

643 #01:02:31-5# D. Schönefeld: Ich halte schon meinen Nachbarn nicht aus.

644 #01:02:32-5# W. Bayer: Ja, genau, schon die Normalverrückten halten wir alle nur begrenzt aus und jetzt
645 sollen wir da Menschen aushalten, die irgendwie dauernd verrückt sind, Krach machen möglicherweise,
646 unangenehm sind im Kontakt, schwierig ... ach.

647 #01:02:49-1# D. Schönefeld: ... passt alles auf meinen Nachbarn. Das stimmt, ja.

648 #01:02:49-1# W. Bayer: Also da sag ich, da finde ich wird ein ... das ist Ideologie, die da produziert wird,
649 nicht? Wenn denn ... natürlich gibt es nach wie vor Großeinrichtungen, wo ich sag „ja, das ist auch
650 schlecht für die Menschen“. Ich war selber an der Auflösung von Großinstitutionen beteiligt und kann
651 sagen „ja, das ist auch gut, dass wir das gemacht haben“. Jetzt kommt das Aber: Und ich sag, man muss
652 die Abwicklung dieser Einrichtungen ... das dauert. So lange wie wir gebraucht haben, sie aufzubauen,
653 brauchen wir auch wieder, um sie abzubauen, ich bin dafür auch, sowas zukünftig nicht wieder zu ma-
654 chen. Jetzt gibt es in den richtig ländlichen Gegenden ein handfestes Problem und löst man nicht da-
655 durch, dass man sagt „stationär ist schlecht und ambulant ist besser“. Also, wenn Sie in den Hoch-
656 schwärzwald gehen, das ist eine extrem dünn besiedelte Gegend und da gibt es in einem Kaff, in irgend
657 so einem Dorf, einen total verrückten Menschen. Ehrlich gesagt, kenne ich keinen ambulanten Dienst, der
658 da jemals hinfahren würde und diesen Menschen irgendwie versorgt – das würde keine Sau machen,
659 niemals. Und dann stellt sich die Frage, was macht man dann mit dem Menschen? Der braucht Hilfe, der
660 ist psychisch Krank, der ist durch den Wind, der kommt nicht allein im Leben klar, der wird ausgegrenzt in
661 seinem Dorf. Also, so entstehen natürlich dann größere Wohneinrichtungen, irgendwo im Schwarzwald
662 und die werden dann angefeindet „ja, alles ...“, aber das kann man gar nicht ambulantisieren, das ist
663 blödsinnig. Man kann dann sagen „o.k., wir ambulantisieren das und die ziehen alle hin nach Freiburg“,
664 die Stadt Freiburg wird sich bedanken, nicht? Also, da sag ich, da muss man richtig sehr sorgfältig hin-
665 gucken – natürlich wünsche ich mir das auch anders, aber ich bin mittlerweile doch davon weg zu sagen
666 „ach, das machen wir alles ambulant und dann geht das“. Das kann man für ... nicht mal für Stadtstaaten
667 wie Hamburg und Berlin sagen, nicht mal da stimmt's.

668 #01:04:46-0# D. Schönefeld: Ja, da kommen wir noch zu einem Punkt: Ich hatte nach... vorhin nach der
669 Innovationsbereitschaft der behördlichen Strukturen gefragt ... Wie schätzen Sie denn die Innovations-
670 bereitschaft der Klienten ein, sich auf so ein neues System einzustellen?

671 #01:05:00-6# W. Bayer: Also, um ehrlich zu sagen, fragen Sie da den falschen, das kann ich gar nicht
672 richtig sehen. Ich glaube, dass seitens der Klienten diesem Modell keine große innovative Wirkung zu-
673 geschrieben wird, ich glaube nicht, dass die das so sehen können, weil, wie sollen sie von einem Modell,
674 bei dessen Entwicklung sie nicht beteiligt sind überhaupt annehmen, dass es innovativ für sie sein soll?
675 So, das zweite ist, wieder noch mal zurück: was sagen Psychiatrie-Erfahrene eigentlich, was sie brau-
676 chen? Da wird überall deutlich, die brauchen keine Ambulante Sozialpsychiatrie, das braucht einfach
677 keiner von denen, nicht? Da geht es um berufliche Qualifizierung, da geht's um bezahlbaren Wohnraum,

678 um ein Leben oberhalb von Hartz-IV. Da geht's um Ex'In oder sowas, als Qualifizierung, als Mensch mit
 679 Psychiatrie-Erfahrung an der Entwicklung der Hilfen beteiligt zu sein, das sind die Fragen, die die Psy-
 680 chiatrie-Erfahrenen stellen und von daher sag ich, ich glaube, dass die Psychiatrie-Erfahrenen diesem
 681 Modell überhaupt keine Innovationskraft zusprechen. Weil sie nicht beteiligt sind, so. Und da ... ich kann
 682 deren Kritik an der Stelle auch teilen, ich finde das ist ... so wie ich das eingangs gesagt habe, ich glaube,
 683 das war ein richtiger kapitaler Fehler seitens der Träger, dass wir uns darauf eingelassen haben, das SO
 684 zu machen. Es zu verändern war völlig notwendig und richtig, aber man hätte von Anfang an andere
 685 Pflöcke einschlagen müssen.

686 #01:06:37-0# D. Schönefeld: Sollte es seitens der Behörde für kleinere PPM-Träger – sie sind ja jetzt ein
 687 großer, sag ich mal, oder ein großer Träger der ASP –, Unterstützung geben, um die Vorgaben des
 688 niedrigschwiligen Angebots bzgl. Raumangebot und Ausstattung tragen zu können.

689 #01:06:57-4# W. Bayer: Also, jetzt ... ich finde die Zwangslage, in die man diese kleinen Träger bringt
 690 damit, finde ich Banane. Und es ist ja schon deutlich geworden, ich glaube, es ist der falsche Weg ... weil
 691 jetzt, wenn Sie mich fragen „finde ich das richtig“, ist eine Frage, von wo aus ich gucke: Wenn ich das als
 692 Vertreter von Trägern sage, nicht? Und sage, Moment mal, bisher haben die Träger eine Berechtigung
 693 gehabt, ihre Hilfen anzubieten und jetzt soll, weil die großen – vor allem die großen – was anderes wollen,
 694 können doch die kleinen nicht vor die Wand fahren. Das finde ich nicht fair, das finde ich nicht richtig. Und
 695 das heißt, natürlich muss man diesen kleinen Trägern eine Existenzmöglichkeit einräumen, so schwer das
 696 auch ist. Das kostet zusätzlich Geld und jetzt wird deutlich, die Behörde will kein zusätzliches Geld, dann
 697 kommt sie mit dieser komischen Kooperationsnummer an, nicht? Und ich sag mal so, es gibt einen PPM-
 698 Träger, die arbeiten mit psychisch kranken Blinden – ich vergesse immer, wie der heißt ... die gehören
 699 zum Theodor-Wenzel-Haus, genau. Deren Klientel, das ist eine kleine Zielgruppe, die wohnen kreuz und
 700 quer. Was sollen die für ihre Klienten mit so einer Begegnungsstätte? Da ... NIX. Die können ... das die
 701 Frau von Anfang an gefragt, die Vertreterin, „was sollen wir damit?“. Da kann man nur sagen „ja, Sie ha-
 702 ben völlig recht, was sollen Sie damit, das brauchen Sie nicht, 'brauchen Sie ganz anderes“, nicht?

703 #01:08:39-9# D. Schönefeld: Zumal die dann auch gleich 50 Quadratmeter – Minimum – groß sein muss,
 704 eigene Küche, eigene sanitäre Anlagen ...

705 #01:08:49-6# W. Bayer: So und jetzt wird gleich ... auch da wieder merke ich, spielt hier die Stadt, finde
 706 ich, ein Spiel mit doppeltem Boden, weil sie nämlich sagt, oder gesagt hat, „also wir haben hier in Ham-
 707 burg schon 35 Begegnungsstätten, die erfüllen alle diese Standards“. Ehrlich gesagt, erfüllen unsere die
 708 auch nicht. Also, wir haben auch eine mindestens, wo der Raum nicht so groß ist, wir haben nicht überall
 709 einen 50 Quadratmeter großen Raum, ist doch Blödsinn, also (unverständlich), wer soll das auch bezah-
 710 len?! Und jetzt hat die Behörde das glaube ich deshalb gemacht, um zu verhindern, dass kleine Träger
 711 sich mal eben sowas leisten und haben gleichzeitig den anderen Trägern gewissermaßen einen Be-
 712 standsschutz gesichert, nicht? Also alles, was da ist gilt und bleibt behalten und wer was neues haben
 713 will, muss eben so viel und dann eben aus dem Bestehenden bezahlen, wie soll DAS denn gehen? Das
 714 ist doch quatsch. Also, darum würde ich immer sagen, für ... aus Trägersicht, wenn die Stadt was fordert,
 715 muss sie's auch bezahlen, kostet eben Geld. Fachlich würde ich immer sagen „ah, das geht nach hinten
 716 los, das ist die falsche Idee“ – nochmal: ich finde... und auch wir machen da ... wir betreiben auch vier
 717 von den Dingen, weil wir langfristige Mietverträge haben, ich kann das auch nicht einfach von heute auf
 718 morgen schließen, nicht? Aber wenn wir jetzt da rangehen, sozusagen, uns anzugucken, was machen wir
 719 da inhaltlich, dann sag ich schon den Kollegen auch „bevor wir irgendetwas machen an Angeboten, prüft
 720 ihr bitte sehr sorgfältig, was es rundherum alles so gibt“. Wir machen jetzt nicht hier die fünfte
 721 psychiatrische Kochgruppe auf, oder sonst was und ich erteile den Auftrag auch, guckt doch mal nach, ob
 722 es irgendwo ein Gemeindehaus, Stadtteilhaus oder sonst was gibt, wo sowas stattfindet und nimmt mit
 723 denen Kontakt auf, ob ihr da hingehen könnt und das macht. Also, wie gesagt, das ist ... aus Trägersicht
 724 kann man nur sagen „ja klar müssen die das finanziert kriegen – wenn die Stadt was will, muss es bezahlt
 725 sein, auch das“.

726 #01:10:51-8# D. Schönefeld: Dann habe ich eine Frage zum 2008 eingerichteten Persönlichen Budget:
 727 Künftig wird ja eine pauschale Vergütung der Träger erfolgen. Welche Rolle wird nun das persönliche
 728 Budget Ihrer Meinung nach spielen dabei oder in Zukunft?

729 #01:11:12-6# W. Bayer: Ich glaube, dass das wenig miteinander zu tun hat, also das ist in Hamburg oder
 730 auch in ... auch sonst wo in Deutschland ... das Persönliche Budget nicht wirklich gibt, nicht? Das ist eine
 731 absolute Kann-Entscheidung.

732 #01:11:23-8# D. Schönefeld: Ich war im letzten Jahr [Anmerkung: im vorletztem Jahr!] bei einer Veran-
 733 staltung der Berufsbetreuer – meine Frau ist Berufsbetreuerin – beim BdB und dort wurde halt gesagt ...
 734 ich glaube es gibt in Deutschland 14.800 Menschen, Stand 2013, die unter Betreuung stehen und von

735 denen haben wohl nicht einmal zwei Prozent das persönliche Budget genutzt. Aber könnte es für einen
 736 Aufschwung sorgen? Weil, ich sag mal, wenn ich ... ich komme jetzt mit eigenem Geld bzw. einem
 737 Persönlichen Budget, was ja erst mal eigenes Geld ist, zum Rauhen Haus und sage „ich hätte gerne hier
 738 ein sozialpsychiatrisches Angebot, oder dieses ASP-Angebot“. Jetzt möchte ich aber eine Kostenkontrolle
 739 haben, also müssen wir ja jetzt anfangen hier ... „ich möchte jetzt besucht werden, weil ich möchte zum
 740 Beispiel nicht in so einer Begegnungsstätte mit anderen Verrückten zu tun haben, ich sitz' lieber zu
 741 Hause, möchte jemanden haben, der vorbeikommt und das dann auch über mein Persönliches Budget
 742 bezahlen!“. Wie wird das denn dann nach wie vor berechnet?

743 #01:12:30-8# W. Bayer: Also, die Aussage der Behörde ist an der Stelle erst mal so: Persönliche Budgets
 744 passieren außerhalb der Trägerbudgets.

745 #01:12:38-1# D. Schönefeld: Das ist auch das, was ich gehört habe.

746 #01:12:39-6# W. Bayer: Genau. So. Jetzt sag ich als Träger „da leg' ich auch Wert drauf!“, weil „du Be-
 747 hörde knebelst mich ja mit dem Budget“ und es ist ein Knebelvertrag, zumindest in manchen Teilen. Wenn
 748 du jetzt auch noch sagst, „ja, aber wenn wir jetzt irgend jemandem anderes ein Persönliches Budget
 749 bewilligen, dann ziehen wir dir das ab“, dann sage ich „das kann nicht so sein, weil ich hab' Verpflich-
 750 tungen, ich bin der Arbeitgeber“, also das muss raus. Das führt jetzt dazu, dass die Stadt – wie bisher auch
 751 –, kein Interesse an Persönlichen Budgets hat und es ist nach wie vor so, ein Persönliches Budget ist
 752 kein... man hat kein Rechtsanspruch darauf. Man hat einen Rechtsanspruch, dass das geprüft wird, aber
 753 (auf) die Bewilligung nicht, das ist so. Sonst wäre das ja auch ganz anders, nicht? Und man hat das, als
 754 man das konstruiert hat, das mit dem Persönlichen Budget und eben in dieser Variante auch, das hat man
 755 ja nicht aus Doofheit gemacht, sondern weil klar ist, bei der komplizierten Konstruktion unserer sozialen
 756 Dienstleistungen geht das auch nicht anders. Das kann man ja blöd finden und man kann sagen „ja, alle
 757 sollen das Geld kriegen!“, können wir ja gern drüber reden, hab' ich auch nichts gegen. Dann sag ich
 758 aber, okay, dann musst du mir ... du Staat, wenn du sagst, du willst das so ... und das wird ja im Rahmen
 759 des Bundesteilhabegesetzes auch wieder diskutiert, jeder kriegt 600 Ocken auf die Finger, mal
 760 abgesehen von der Sozialneiddiskussion ...

761 #01:14:04-7# D. Schönefeld: Ist das ... aber das gibt's doch jetzt noch gar nicht?!

762 #01:14:04-9# W. Bayer: Ne, das gibt's noch nicht. Ne, ist ja im Gespräch.

763 #01:14:07-3# D. Schönefeld: Genau, das ist im Gespräch, ja.

764 #01:14:09-1# W. Bayer: Und da ist ja eine der Ideen sozusagen – sehr stark gefordert übrigens von den
 765 Lobbygruppen der Menschen mit Körperbehinderungen und Sinnesbehinderungen, dass jeder Mensch
 766 sozusagen, um den behinderungsbedingten Nachteil ausgeglichen zu kriegen, kriegt 600 Euro im Monat,
 767 unabhängig vom Einkommen. Das ist deren Forderung, dass ist auch so im Koalitionsvertrag drin, dass
 768 das geprüft wird. Jetzt stellt sich die Frage, da in der Sozialneiddiskussion, was ist denn mit den anderen
 769 Menschen, die irgendwie Probleme haben, die kriegen jetzt mit „oh, Scheiße, wenn ich körperbehindert
 770 bin, dann kriege ich 600 Euro mehr im Monat!“, warum eigentlich? Weil ... erklären Sie das mal einem
 771 Hartz-IV-Empfänger, nicht? Möchte ich nicht erklären müssen, warum das so ist; warum kriegt der reiche
 772 Behinderte in Blankenese auch noch 600 Euro obendrauf, also ich meine ... also egal, nicht? So, das ist
 773 das ... und die Frage ist doch, wenn wir das wollen, dass die Menschen das Geld selber in die Hand
 774 kriegen, dann wollen wir damit, dass die Menschen mit Behinderung – also erstens mal folgt es der
 775 Ideologie des freien Bürgers, da kann man mal Fragen daran haben, finde ich, ob das nämlich wirklich so
 776 ist; zweitens wird gesagt „ja, das ist viel besser, wenn die Menschen das Geld in die Hand kriegen und
 777 nicht über den Umweg vom Träger“, weil der Träger macht ja wieder ... da kann man seine Fragen daran
 778 haben, nicht? Wenn man das diskutiert mit Menschen aus dem Bereich der Suchthilfen, die sehen das
 779 sehr kritisch, weil sie sagen „ey, Moment mal, wir reden hier doch hier darüber, dass die auch noch 600
 780 Euro auf die Hand kriegen, wenn sie einen Behindertenausweis haben? Hm, wollen wir das wirklich?“.
 781 Also, das ist eine komplizierte Diskussion und das persönliche Budget ist doch an der Stelle, folgt es eben
 782 auch der Idee, dass der Mensch mit Behinderung alleine in die Lage versetzt wird, sich die Hilfen, die er
 783 braucht, auch sozusagen zu organisieren. Und jetzt muss man folgendes noch überlegen, auch das, finde
 784 ich, wird immer vernachlässigt: da wird unterstellt, dass ein Marktgeschehen, was man damit einläutet –
 785 der Klient hat nämlich Geld und sucht sich auf dem Markt der Anbieter plötzlich einen aus.

786 #01:16:31-8# D. Schönefeld: Also das sozialpsychiatrische [Versprecher, gemeint war das ‚sozialwirt-
 787 schaftliche‘ – wurde vom Interviewten jedoch richtig interpretiert] wird eigentlich plötzlich umgedreht, also
 788 der Geldfluss.

789 #01:16:36-8# W. Bayer: Genau, wir machen freie Marktwirtschaft! So. Und jetzt soll darüber eine bessere
 790 Qualität gesichert sein, weil wir plötzlich wie bei Media Markt sind und der Klient ... wir machen jetzt „Geiz

791 ist geil“, auch für soziale Hilfen? Weil, darauf läuft das hinaus, nicht? Weil Klienten auch und gar nicht mal
 792 aus bösem Willen oder weil sie zu blöd sind, sondern nein, weil sie einfach verstehen: das sollen sie
 793 nämlich tun! Wenn man Geld in die Hand kriegt, dann soll man sich ja ausdrücklich an einem Markt das
 794 beste Angebot für den billigsten Preis aussuchen, also „Geiz ist geil“, nicht? Und jetzt frage ich mich, will
 795 ich das wirklich? Finde ich das wirklich richtig, als Modell für einen Sozialstaat, Marktwirtschaft in diesem
 796 Segment? Und was ist mit den Leuten, die das am Monatsanfang verballern und was machen die am
 797 zweiten Tag und was ist mit all diesen Problemen, die daraus erwachsen usw.? Wer ist dafür eigentlich
 798 zuständig? Und da merke ich dann, weil sozusagen dieses Modell immer gesetzt wird als ‚das ist der
 799 Gegenentwurf, um die Macht der Professionellen und der Träger zu brechen‘, da liegt, glaube ich, ein
 800 Denkfehler drin, darum komme ich ja eher auf so ein Modell zu sagen „oh, wir finanzieren Sozialräume
 801 und finanzieren eine bestimmte Betreuung da drin, eine Unterstützung“; und dann kann von mir aus auch
 802 noch jeder Behinderte für irgendetwas auch mal Geld kriegen, auch so ... gibt ja so Sozialleistungen rauf
 803 und runter, wenn’s eine Mütterrente gibt, gibt’s von mir aus auch ein Teilhabegeld, ist doch alles in
 804 Ordnung, kann man doch machen, ist ja ein reicher Staat, aber ... Dass das nicht gleichzeitig passiert,
 805 sondern nur auf diese Individualisierung gesetzt wird, sag ich, da habe ich ein echtes Problem mit. Ich
 806 glaube ja, dass Individualisierung ja richtig ist an manchen Stellen, aber sie wird da gnadenlos ideologisch
 807 überfrachtet – das wird nicht funktionieren, das will keiner, glaube ich, am Ende. Und man kann das da
 808 sehen, wo persönliche Budgets ja bewilligt werden, also in Nordrhein-Westfalen habe ich das halt viel
 809 beobachten können auch, wie argwöhnisch geguckt wird, dass das Geld auch richtig eingesetzt wird, da
 810 wird ein Riesen-Kontrollapparat noch aufgebaut, weil man ja genau diese Effekte, freier Markt und
 811 Billigangebote verhindern will ... aber man öffnet damit einen Markt, das wird so passieren. Dann kann
 812 man sich überlegen, ob man die ukrainischen Hilfsdienste für psychische Erkrankungen, wenn die hier auf
 813 den Markt kommen, ob man die hier haben will – kann man ja drüber nachdenken, nicht? Also, können
 814 auch englische sein, oder US-amerikanische oder ... Weil, es ist ja ein freier Markt – na, US ist schwierig
 815 –, aber englische, dänische, schwedische, spanische, europäischer Markt (unverständlich) – alle bieten
 816 mit. Ich bin da nicht so überzeugt, das entspricht nicht meinem Sozialstaatsmodell.

817 #01:19:40-0# D. Schönefeld: Genau, das wird eher kommen wahrscheinlich, als die Liberalisierung des
 818 Strommarktes.

819 #01:19:45-6# W. Bayer: Wahrscheinlich. Genau. (Lachen)

820 #01:19:52-5# D. Schönefeld: Ja, jetzt habe ich bei Herrn Georg-Wiese im Gespräch schon erfahren, weil,
 821 das war mir vorher nicht so ganz klar, dass die PSK werden ja schon in dieses Modell integriert. Nur eine
 822 Frage an Sie, ob Sie es wissen, es heißt, das die PSK aber weiterhin nur das niedrigschwellige Angebot
 823 anbieten und über die Kooperation mit anderen Trägern dann das Intensivangebot bzw. das bewilligungs-
 824 pflichtige Angebot?

825 #01:20:23-5# W. Bayer: Also da ist natürlich, da merkt man dann, dass das Modell nicht durchdacht ist an
 826 der Stelle. Was heißt das denn? Also, weil auch die PSK kriegt jetzt eine Leistungsvereinbarung, in der
 827 was anderes drinsteht, wenn man das nicht wollte, nicht ... und dann steht da drin, ja, sie können ko-
 828 operieren, aber was heißt DAS denn nun wieder? Wenn man es nicht hat, ist ja schwierig ... was heißt
 829 das denn, muss dann Geld fließen zwischen denen oder werden die ... Wenn wir jetzt so ein sozial-
 830 raumbezogenes Modell hätten, könnte man sagen „ja okay, in dem Quartier gibt es diese PSK oder so
 831 eine Beratungsstelle und da gibt es BeWo und was weiß ich, aber ambulante aufsuchende Hilfen und ein
 832 bisschen stationär“, und dann guckt man das alles zusammen an und sagt „das ist jetzt das Budget“. Das
 833 wird aber nicht passieren, es sind keine Sozialraumbudgets, also das wird in der Öffentlichkeit, in der
 834 Fachöffentlichkeit immer wieder auch falsch gesagt: „Es handelt sich um sozialraumbezogene Modelle“.
 835 Es stimmt vorn und hinten nicht, diese ganzen Modelle haben mit Sozialraum überhaupt nichts zu tun, wir
 836 finanzieren Träger hier! Und der Träger XY, der kriegt sein Trägerbudget. Wo der in Hamburg unterwegs
 837 ist und wo die Menschen, die er unterstützt, wo die wohnen, ist völlig egal. Und ob der jetzt noch irgendwo
 838 ein Treffpunkt aufmacht, weil er das Geld irgendwo noch herkriegt oder so, auch das ist uninteressant.
 839 Und jetzt ist ja die Frage, wie soll denn da eine Kooperation eigentlich funktionieren? Also wir sind ange-
 840 sprochen worden von einer der solitären PSKs, ob wir mit denen nicht kooperieren.

841 #01:21:58-5# D. Schönefeld: Das heißt, das Sie die Grundleistungen und die Intensivleistungen sozu...
 842 also das bewilligungspflichtige Angebot dann anbieten?!

843 #01:22:04-6# W. Bayer: Ja. Aber was heißt das denn konkret?

844 #01:22:06-5# D. Schönefeld: Ja, genau, wie funktioniert das denn? Dann würden die PSK Sie bezahlen oder?

845 #01:22:15-3# W. Bayer: Wie sollen die denn aus ihrem Geld ...? Die PSK haben diese knapp 3,2 Stellen
 846 oder so und die braucht eine Kraft, damit so eine PSK läuft, ich glaube, dass das mit weniger Personal

847 nicht geht.

848 #01:22:22-9# D. Schönefeld: Die können sie eigentlich nur an Sie weiter verweisen?!

849 #01:22:25-9# W. Bayer: Ja, die schicken die dann zu uns, ja und dann? Das ist das, was wir jetzt auch
850 machen. Also so, nicht?

851 #01:22:31-8# D. Schönefeld: Das ist also keine richtige Kooperation, das ist einfach eine Durchleitung?

852 #01:22:37-5# W. Bayer: Genau, eine Durchleitungsstelle oder die schicken die zu uns, also wenn Geld
853 fließt ... ich glaube, aus einer PSK kann kein Geld fließen. Genauso kann von uns kein Geld fließen ...

854 #01:22:48-1# D. Schönefeld: Die werden ja jetzt schon nach einer Pauschale ...

855 #01:22:47-9# W. Bayer: Ja eben! Da finde ich, ist das Modell an der Stelle nicht durchdacht und da wie-
856 der: dieses Modell folgt einer ideologischen Behauptung, nämlich, dass in einer PSK werden, was weiß
857 ich wie viel hundert Menschen im Jahr davon erreicht und davon seien angeblich 10 Prozent Menschen,
858 die dahingehen, obwohl sie, wenn sie in einem anderen System wären, betreutes Wohnen kriegten oder
859 irgendwie sowas, nicht?

860 #01:23:21-9# D. Schönefeld: Diese Aussage ist im übrigen, das bemängelt auch der Bundes..., ne der
861 Hamburger Rechnungshof, ist nie empirisch überprüft worden.

862 #01:23:31-7# W. Bayer: Genau!

863 #01:23:32-9# D. Schönefeld: Das scheint mal so eine Behauptung gewesen zu sein.

864 #01:23:34-2# W. Bayer: Genau, das ist eine der Behauptungen, die wird immer gern weitererzählt. Ich
865 glaube die nicht, ich habe die nie geglaubt, weil ich immer sag, (pff) dann sind bei uns im stationären sind
866 auch wahrscheinlich 10 Prozent Leute drin, die, wenn ich was anderes hätte, auch was anderes machen
867 würden. Oder andersherum gesagt ... ehrlich gesagt glaube ich an vielen Stellen, warum Menschen in be-
868 stimmten Hilfesystemen hängen, hat eher was damit zu tun, wie das Hilfesystem insgesamt konstruiert ist,
869 als mit dem wirklichen Nachweis, Lieschen Müller braucht exakt DAS. Und das kann man am Beispiel BeWo
870 und PPM sehen, ehrlich gesagt ist das ein reines Lotteriespiel gewesen, ob einer PPM oder BeWo kriegt
871 und hat vielmehr Zusammenhänge damit, wenn die Fallzahlen steigen, dann haben die in der Stadt ein-
872 fach gesagt „ne, BeWo machen wir gar nicht, ist uns viel zu teuer“, also schießen die Fallzahlen in die Höhe.

873 #01:24:21-7# D. Schönefeld: Heißt das, wenn Sie sagen ‚Lotteriespiel‘, das evt. weil, – machen wir uns
874 mal nichts vor – die Klienten sollten ihre Leistungen zwar immer selbst beantragen, aber es ist doch der
875 Weg ... der reguläre Weg war doch bisher, dass die sich an einen Träger gewandt haben, weil sie gar
876 nicht wussten, wie sie sie beantragen sollen ... der Träger hat gesagt „komm, ich helfe Dir beim Aufsetzen
877 des Schreibens, das unterschreibst Du und dann schicken wir das an die Behörde, die diesen Antrag ...“.
878 Ist das ‚Lotteriespiel‘ davon abhängig, ob er sich an einen PPM- oder einen BeWo-Träger gewandt hatte?

879 #01:24:53-8# W. Bayer: Ja natürlich, klar. Weil der PPM-Träger wird sofort sagen „ja, komm mal zu uns,
880 PPM ist genau das richtige“ und der BeWo-Träger würde sagen „ja, wir haben hier auch BeWo, wir ma-
881 chen das und so und wir haben einen Platz frei, wir haben hier eine Wohngemeinschaft, komm mal her“.
882 Und auch da wieder, jetzt wird ja behauptet, ja, wenn der Klient die Beantragung alleine macht, dann sei
883 das qualitativ besser, weil die Trägerinteressen – die wir durchaus haben, ich muss meine Wohnplätze
884 auch belegen, da muss ich nämlich Miete zahlen, da muss also jemand rein, nicht? Das ist ein Träger-
885 interesse, ich muss auch meine Mitarbeiter bezahlen, das ist auch ein Trägerinteresse, so. Wenn ich das
886 jetzt ausschalte angeblich, dass dann qualitativ eine bessere Hilfe rauskommt ...? Also erstens stellt sich
887 mir die Frage, wenn man sich anguckt, was die Behörden ... also die Kollegen die da im Bezirksamt ...
888 ne, im Fachamt in Wandsbek sitzen, was die manchmal für Rückfragen haben oder was die gerne für Be-
889 scheinigungen hätten, da ist schon ein Mensch ohne Behinderung ziemlich schwer angefordert, das alles
890 zu erfüllen. Und wenn sie jetzt noch ein Mensch mit Antriebsstörungen sind, das kann schon mal ein Drei-
891 vierteljahr dauern, bis die irgendwie eine Bescheinigung aus dem Wust zuhause ‚rausgepuselt‘ haben,
892 nicht? Und wenn denn gewollt ist, dass Träger nicht helfen, dann sagt man eben „okay, gehen Sie nach
893 Wandsbek, stellen Sie einen Antrag und wenn Sie das alles fertig haben, dann kommen Sie wieder zu
894 uns“. Und dann lässt man die Leute laufen, weil, wir sollen ja nicht, weil, wenn wir helfen ... Wenn wir un-
895 terstützen, wird uns ja nachgesagt, dass wir sozusagen nur unsere Interessen verfolgen und ich glaube,
896 dass das Dilemma eben einfach folgendes ist: Menschen mit Behinderung sind nicht alle in der Lage das
897 hinzukriegen, so wie ich mir auch übrigens einen Steuerberater leiste, weil mir die Möglichkeiten, was man
898 bei der Jahreserklärung alles so angeben kann, sich mir völlig entzieht. Wenn ich mir diesen Steuerbera-
899 ter hole, der das für mich macht, der kriegt dann auch Geld dafür, nicht? Da komme ich auf bestimmte
900 Ideen nicht. Und es doch bei den Sozialhilfeanträgen nicht anders, das blickt doch keiner so ganz und

901 also von daher ...

902 #01:27:11-4# D. Schönefeld: Vor allem, alleine zu erfassen, was ist alles Einkommen, nicht? Also die ...
903 wenn ich zwanzig Euro wöchentlich von meiner Tante noch dazu bekomme, ist das jetzt Einkommen, ist
904 das ein nettes Geschenk oder?

905 #01:27:22-8# W. Bayer: Genau, darf ich es behalten oder nicht. Also, so. Und von daher ist eben an der
906 Stelle nochmals die Frage mit dem Zusammenwirken mit den PSKn, das ist mir und auch den Kollegen in
907 den PSKn selber ein Buch mit sieben Siegeln, was das eigentlich heißen soll, weil, das ist ja ... die haben
908 von ihrem Grundauftrag etwas völlig anderes im Kopf und dann kann man auch ... Ja, das macht Sinn,
909 sowas auch flächendeckend anders zu machen, das ist auch richtig und Prävention und Nachsorge auch
910 flächendeckend irgendwie anders zu organisieren, da, finde ich, kann man auch drüber nachdenken. Aber
911 jetzt hinzugehen und zu sagen „ja, die PSKn müssen auch irgendwas machen“ und dann macht man
912 irgendwelche komischen ... also Geldflüsse können nicht sein – können die nämlich nicht, weil die Aus-
913 stattung der PSK schlicht und ergreifend nur für den Betrieb einer solchen niedrigschwelligen Beratungs-
914 stelle reicht, für was anderes reicht das halt gar nicht. Und das ... keine Ahnung. Hab' ich nicht verstan-
915 den und verstehe ich bis heute nicht. Als wir uns mit den Kollegen dieser PSK getroffen haben, ist uns
916 zusammen auch nichts eingefallen, wie das gehen kann. Also mal abgesehen von der Frage, das wäre
917 auch obendrein eine PSK, wo wir jetzt noch mal gar nicht so unbedingt so sehr aktiv sind, aber wir können
918 uns gerne mal im Vorgarten von anderen Leuten da betätigen, das ist ja auch eine Einladung „geht mal
919 noch ... weitet mal aus“, habe ich dann gesagt, ach, ich weiß nicht, 'glaub, das lassen wir dann lieber mal.
920 Das muss jetzt nicht sein.

921 #01:28:57-5# D. Schönefeld: Ja, welche Vorteile und welche Nachteile könnte es denn im neuen Modell
922 der ASP für die Klienten geben?

923 #01:29:04-8# W. Bayer: Also der Vorteil, das finde ich, ist wirklich der, dass wir gemeinsam mit den
924 Klienten in die Lage kommen, ich sag mal so, entsprechend schwankendem Bedarf auch unterschiedliche
925 Sachen machen zu können. Das finde ich einen richtigen Vorteil. Und diese bürokratische Nummer, jede
926 Woche drei Stunden oder irgendwie sowas, dass das weg ist. Weil das auch... das wird zwar gerne
927 gehandhabt, als besonders qualitätssichernd und besonders Klientenzentriert, das halte ich aber für
928 blödsinnig, Klientenzentriert würde ich anders definieren. Also da sehe ich mit Sicherheit den Vorteil darin,
929 ich finde auch für Klienten einen Riesenvorteil darin, dass ja damit die Tür geöffnet ist, aus allgemeinen
930 Sozialhilfemitteln auch sowas wie Prävention zu machen, also Öffentlichkeitsarbeit, in Schulen gehen
931 usw. Da bin ich mal gespannt, was der Landesrechnungshof dazu noch sagt, ob der das nicht vom Tisch
932 zieht und sagt „sag mal, ihr könnt doch nicht Personen... – also das SGB XII ist ein Personenorientiertes
933 Gesetz und nichts anderes – ihr könnt doch keine SGB-XII-Leistungen in die Fläche gießen! Das geht
934 doch gar nicht“. Da bin ich mal gespannt, was da noch passiert. Aber so vom Grundsatz her finde ich das
935 gut und auch, das Nachsorge sozusagen stärker akzentuiert wird und gesagt wird „ja, also wenn Men-
936 schen rausgehen aus dem Hilfesystem, dann ist doch wichtig, denen zumindest für das bisschen Psychia-
937 trie, was die vielleicht noch brauchen, auch eine Anlaufstelle zu...“ und genau das finde ich gut. Also, es
938 wird ein bisschen geöffnet das System, da versprech' ich mir was von. Was das Thema Teilhabe, Integra-
939 tion und sowas angeht, da versprech' ich mir da herzlich wenig von, weil ich glaube, das geht am falschen
940 Ende los. Die Risiken, die da drin liegen, das ist schwierig zu beantworten, weil, ... Also, mal andershe-
941 rum sagen, eines der Risiken – und das hat was zu tun mit der Konstruktion... da ist ja diese komische
942 sieben Prozent Mehrleistung drin, von denen Georg-Wiese immer sagt „ach, das ist gar nicht Mehrleis-
943 tung, das ist Zeitgewinn für die Träger“. Ich sag mal ganz nüchtern, ne, wir müssen ja über Einzelfälle
944 plötzlich noch mehr Stunden nachweisen, also von daher... So und jetzt passiert etwas ganz kurioses, wir
945 kommen in die Zwangslage, dass wir Klienten gewinnen müssen. Wenn wir's nicht machen, sinkt min-
946 destens im Folgejahr das Budget. Da ich mir das aber nicht leisten kann, wegen Arbeitgeber und meiner
947 Beschäftigten ...

948 #01:31:41-5# D. Schönefeld: Das heißt ... Moment, wenn ich kurz nachfragen darf ... Es sinkt auch, wenn
949 Sie keinen Abgang haben von Klienten?

950 #01:31:50-9# W. Bayer: Ja, auch dann, weil ich muss sieben Prozent mehr haben.

951 #01:31:54-8# D. Schönefeld: Ach, Sie MÜSSEN jedes Jahr sieben Prozent mehr generieren ...

952 #01:31:56-0# W. Bayer: Ja, auf einmal oder nur im ersten Jahr, das werden wir mal sehen, das ist noch
953 nicht raus. Aber die Logik ist, verabredet für das erste Jahr: Leistungen aus dem Vorjahr plus sieben Pro-
954 zent und Prävention/Nachsorge, vier Prozent. Macht summa summarum, irgendwas um die 110 Prozent,
955 bei gleichem Personal.

956 #01:32:15-1# D. Schönefeld: Das kann aber letztlich auch dazu führen, dass Sie zum Beispiel sagen

957 „okay, am Jahresanfang, da können wir noch richtig Gas geben, da nehmen wir an Klienten an, was
958 kommt“ und zum Jahresende, wenn Sie sehen, es geht langsam über diese sieben Prozent rüber... weil,
959 die laufen ja auf Ihre Kosten auch dann.

960 #01:32:35-8# W. Bayer: Ganz genau.

961 #01:32:37-7# D. Schönefeld: Dass Sie dann sagen, also jetzt müssen wir langsam leider einen Deckel
962 drauflegen und den Klienten sagen „tut uns leid, kommt im nächsten Jahr wieder, dann sehen wir mal
963 weiter“ oder?

964 #01:32:50-6# W. Bayer: Könnte zum Beispiel einer der Effekte sein, nicht? Könnte auch heißen, das
965 Klienten, die sehr unzuverlässig sind – also Termine nicht einhalten usw. oder sich mal drei Monate ab-
966 melden und gar nicht erscheinen – plötzlich zu ungesunden Risiken erklärt werden. Klienten mit vielen
967 Krankenhausaufenthalten, also was zum Beispiel dann irgendwann, ganz im Nachhinein irgendwann erst
968 ‚reingeflöddert‘ worden ist, ist ... also vorher hieß es „nein, alles was bewilligt ist, ist das, was ihr leistet.
969 Wir prüfen nicht, was im Einzelfall passiert“. Jetzt kommen plötzlich solche Nachzügler „ja, aber wenn
970 einer zwei Monate im Krankenhaus ist, zur stationären Behandlung, müsst ihr den abmelden“.

971 #01:33:36-2# D. Schönefeld: Bisher war's ja so, dass ein PPM-Träger, glaube ich, immer nur noch eine
972 Stunde pro Woche bewilligt bekommen hat, aber immerhin...

973 #01:33:40-9# W. Bayer: Ja, jetzt ... wir reden ja über ein Budget, was sozusagen den Träger finanziert
974 und es geht darum, möglichst kontinuierlich möglichst viele Leute zu haben. Also eigentlich war meine
975 Hoffnung, damit zu sagen, okay, wir betreuen Herrn Müller und der ist zwei Monate im Krankenhaus, wir
976 betreuen den einfach weiter, wir gehen da einfach weiter hin. Jetzt stellt sich plötzlich heraus, ne, wenn
977 der im dritten Monat da ist, dann darf man den nicht mehr besuchen, weil wir nämlich keine Kapazitäten
978 mehr für den kriegen, also, da wird es plötzlich völlig irre, nicht? Und auch sehr, auch wieder ... sehr
979 fiskalisch gedacht: „ja, der ist ja eigentlich im anderen System und da wird die Krankenkasse und da
980 müsst ihr gar nicht und sollt auch gar nicht“, also, da wird überhaupt nicht mehr fachlich diskutiert, ob das
981 sinnig ist, das so zu machen.

982 #01:34:23-1# D. Schönefeld: Da wird nur noch über den Kostenträger ...

983 #01:34:25-1# W. Bayer: Genau! Darüber wird noch diskutiert, „ja, der ist doch Krankenkasse, dann ist die
984 Sozialhilfe nicht zuständig“ oder „der ist ja im Krankenhaus versorgt“. Ende. Das ist aber fiskalisches
985 Denken, das widerspricht Budgetüberlegungen völlig, ganz im ... das ist kontraproduktiv. Und solche Ef-
986 fekte gibt es ein paar da drin, die natürlich zur Folge haben können, das, ich sag mal so, Klienten, die sehr
987 ... da unzuverlässige, haben durchaus ein ernsthaftes Risiko, dass sie eben auch rausfliegen, dass die
988 keiner haben will, nicht? Genauso, wie ist das bei dieser Prävention und Niedrigschwelligkeit? Also, jetzt
989 müssen wir plötzlich ... jetzt muss man doch irgendwie erfassen, wie viele Personen es sind, also jetzt
990 müssen wir die Leute nicht nach ihrem Personalausweis fragen, aber wir sollen sozusagen erfassen, wer
991 ... wie viele Personen sind es eigentlich, so irgendwie. Da schreiben wir Lieschen Müller 1, Lieschen Mül-
992 ler 2 oder sowas ...

993 #01:35:22-8# D. Schönefeld: Aber nicht personalisiert?!

994 #01:35:25-3# W. Bayer: Nicht personalisiert ... Bisher nicht.

995 #01:35:30-7# D. Schönefeld: Ja, weil das sollte ja eigentlich Kern sein des präventiven Angebots, dass
996 man das auch anonym in Anspruch ...

997 #01:35:36-4# W. Bayer: Genau, jetzt wird es sozusagen ... jetzt ist es nur noch halbanonym. Weil, wir
998 müssen sozusagen irgendwie nachweisen, dass die, ich sag mal so ... in der Begegnungsstätte, wenn wir
999 sagen, da waren 30 Besucher, die nicht von uns betreut werden, die wir nicht kennen, dass das auch 30
1000 unterschiedliche Menschen waren. Jetzt ist das sozusagen schwierig, wenn sie Personalwechsel haben –
1001 morgens ist einer da und nachmittags ist einer da – ... also, man muss plötzlich doch sehr genau anfan-
1002 gen hinzugucken, wer ist das. Und ich glaube, dass sich das auf die Atmosphäre überträgt und schon
1003 stellt sich die Frage, Menschen, die da sehr misstrauisch sind, schmeissen wir die nicht aus versehen
1004 wieder heraus, weil die diese Art von subtiler Kontrolle merken und nicht haben wollen, das ist ein Risiko.
1005 Und schließlich sehe ich das so, dass die ...

1006 #01:36:19-4# D. Schönefeld: Ja, vor allem, es ist ja nicht wirklich eine Kontrolle, weil selbst wenn ... der
1007 Träger kann ja einfach sagen „bei uns waren 30 Menschen, ich denke mir jetzt ein paar Namen aus, auch
1008 wenn's anonym sein soll ...“. Also, das kann man ja quasi gezielt unterlaufen, dieses System.

1009 #01:36:34-2# W. Bayer: Klar, das auch noch. Und dann kommt wieder der Landesrechnungshof ins Spiel,
1010 ob der das akzeptiert als Nachweis ist mal sehr zweifelhaft, nicht? Und die ... da muss man mal abwarten,

1011 was daraus wird. Und natürlich ist es auch so meinetwegen, noch eine weitere Gruppe, wo ich das so
 1012 schwierig sehe ist, auch wieder Menschen, die sehr auffällig sind, sehr laut sind, die möglicherweise an-
 1013 dere Besucher von Begegnungsstätten nerven – für die man dann nicht mal Geld kriegt, also nicht mal
 1014 eigene Klienten –, ob man denen dann nicht sehr viel schneller sagt „und hier ist Schluss“. Ob denn die,
 1015 dann doch formalisierte bzw. formalisiert plötzlich drüber nachgerechnete Prävention und das andere von-
 1016 einander abgrenzt? Also, das sind viele so Nebeneffekte, wo ich denke, na, das muss man sehr sorgfältig
 1017 beobachten, was denn da passiert und es gibt aus der bisherigen Bewilligungspraxis – das sind Einzel-
 1018 fälle bisher nur –, aber wo Menschen, die mit Unterstützung irgendeines Professionellen sozusagen so
 1019 einen Antrag gestellt haben, wo man sagt „ja, das ist so richtig, der braucht intensive Einzel... (unver-
 1020 ständlich)“, plötzlich von der bewilligenden Stelle kriegt „ne, ach, gehen Sie mal in die Beratungsstelle, das
 1021 reicht“. Also, da wird ein offenes System, ich finde, missbräuchlich genutzt, weil, wenn jemand schon einen
 1022 Antrag stellt, dann hat er in der Prävention nichts zu suchen, da ist schon etwas anderes längst passiert,
 1023 also da funktioniert die Abstimmung nicht. Aber, das muss man mal abwarten, also ... Ich sag mal, meine
 1024 Quintessenz ist, bestenfalls bleibt alles so, wie es ist. Bestenfalls geht keiner richtig baden.

1025 #01:38:32-9# D. Schönefeld: Genau, zum Thema ‚Baden gehen‘ (beide Lachen), passt die nächste Frage:
 1026 Welche Vorteile und welche Nachteile könnte es im neuen Modell der ASP denn für die Mitarbeiter der
 1027 Träger geben?

1028 #01:38:33-1# W. Bayer: Also, ich sag mal, der Vorteil – das sehen viele nicht so, aber den sehe ich da
 1029 drin –, ist, dass wir durch das Wegnehmen dieses Bürokratischen, Kontingente dem Klienten zuweisen,
 1030 natürlich fachliche Einschätzungen sehr viel mehr brauchen, plötzlich müssen Mitarbeiter sehr stark ...
 1031 müssen in der Lage sein, zu entscheiden „okay, diese Woche besuche ich Klaus Meier nicht; Lieschen
 1032 Müller geht's schlecht, da fahre ich hin und rufe Klaus Meier an und sag ihm ‚ach wissen Sie was, ich
 1033 komme nächste Woche‘“. Das müssen jetzt Mitarbeiter plötzlich steuern. Das wird intern bei uns, aber
 1034 auch bei anderen Trägern, immer so diskutiert als ‚man lasse die Mitarbeiter allein und die Leitung würde
 1035 nicht mehr ihrer Verantwortung gerecht werden‘, ich diskutiere immer dagegen und sage, na, hier wird
 1036 Fachlichkeit gefordert, eine fachliche Einschätzung abzugeben und daraus Handlungen abzuleiten, wel-
 1037 cher Klient braucht denn was? Und ich habe heute nur acht Stunden zur Verfügung, ich darf darüber ent-
 1038 scheiden, was ich da mache ich muss es nur auch begründen können. Da finde ich, das ist mal richtig...
 1039 richtige Anforderungen an Fachlichkeit. Das halte ich für einen Riesenvorteil, auch weil damit zwischen
 1040 Klient und dem Mitarbeitenden sozusagen ein anderer Diskurs stattfinden muss, nämlich, genau dieser
 1041 Art: „Brauchen Sie das wirklich heute oder geht's auch morgen?“ oder „ich habe entschieden, dass ich
 1042 irgendwo anders hin MUSS, ich KANN zu Ihnen heute nicht, ich komme morgen“. Also, diese Art von
 1043 Dialog, den finde ich gut. Das finde ich richtig gut, dass das passieren soll. Das, was ein Problem darstellt,
 1044 ist, das die Ursprungsankündigung ‚wir machen ein weniger bürokratisches System‘, gerade mal anfängt,
 1045 ins Gegenteil umzukippen. Plötzlich wird noch mehr Bürokratie produziert, das ist kompliziert, aber das ist
 1046 jetzt kein Effekt dieser Umstellung, sondern ein genereller Effekt – alle Verwaltungen produzieren Büro-
 1047 kratie und natürlich auch diese –, das große Risiko ist, dass ... das ist dann das Gegenstück zu der Frage
 1048 von fachlicher Gestaltung von Arbeitszusammenhängen, dass ist das, dass die ... wir müssen ja eine be-
 1049 stimmte Menge mehr an Klienten unterbringen im System und was heißt das? Das heißt nichts anderes,
 1050 als Arbeitsverdichtung, nicht? Und auch da gilt wieder, ob das wirklich schlimm ist, das weiß ich noch
 1051 nicht so genau, also ich will jetzt nicht meine Anfänge in der Sozialen Arbeit darauf zurückgreifen, aber ich
 1052 erzähle es dann immer gern als Beispiel: Mein erster Job war, bevor ich auf der klinischen Station ange-
 1053 fangen habe, in einem Wohnheim für 50 Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkran-
 1054 kungen, so ein Gemischtwarenladen. 50 Männer mit eigenem Gartenbau und das Personal waren der
 1055 Hausvater, so ein Diakon mit Frau und Stellvertreter, Diakon mit Frau, zwei Hauswirtschafterinnen, ein
 1056 Gärtner, eine Hilfskraft und ich – das war's. Und jetzt will ich nicht sagen, dass das sozusagen ... dass
 1057 man das wiederholen soll oder dass das alles viel besser war, das glaube ich alles nicht, aber, will sagen,
 1058 da kann man ja durchaus drüber nachdenken ... ich hab' das ja nicht als ungeheuer verdichtete Arbeit
 1059 empfunden. Nicht, weil das ... weil ich alleine für 50 Leute da am Wochenende war, das war nicht mein
 1060 Problem, nicht? Sondern, da weiß man einfach, ja, ich hab' zwei Tage Schicht und 50 Menschen, das
 1061 muss man irgendwie organisiert kriegen, so. Heute, in dem gleichen Haus wohnen ... jetzt mittlerweile ist
 1062 es aufgegeben, aber sozusagen bis zum Schluss wohnten da noch 30 Menschen und es waren 25 Mitar-
 1063 beiter, die haben aber sehr wohl die hohe Dichte beklagt. Und jetzt ist das ja ein bisschen karikierend, das
 1064 gebe ich ja zu, aber natürlich stellt sich die Frage, was heißt das denn eigentlich, was ist denn die
 1065 Verdichtung eigentlich? Bürokratie ist mit Sicherheit einer der Effekte, vielmehr Berichte. Also damals, ich
 1066 alleine mit den 50 Männern, kein Mensch wollte von mir irgendwelche Berichte haben, auch keine Doku-
 1067 mentation, das war scheißegal, nicht? Also, wie das so war ...

1068 #01:43:07-2# D. Schönefeld: Es gibt nicht mehr diese Stundenlisten, aber wie schützt sich auch ein Mit-
 1069 arbeiter davor, wenn jetzt ein Klient – und wir wissen ja beide, es gibt da wirklich schwierige Klienten –

1070 dann beim Träger anruft, sich über seinen Bezugsbetreuer sozusagen beschwert und sagt „der hat mich
1071 seit zwei Monaten nicht mehr besucht“. Und der Betreuer könnte es jetzt nicht mal nachweisen anhand
1072 irgendwelcher Stundenlisten, weil, dass heißt ja doch, dass der Mitarbeiter wahrscheinlich wieder für sich
1073 so eine Art Buchführung machen muss?

1074 #01:43:47-9# W. Bayer: Ja, das ist genau das, was ich meine, mit der heimlichen Bürokratie, die da ent-
1075 steht. Und da muss ich zugeben, da fällt mir nicht viel zu ein, weil ... also auch, wenn ich in den Einrich-
1076 tungen bin und in den Teams, auch immer wieder sehr deutlich sage, ne, ich vertraue schon den Mitar-
1077 beitern, dass sie unter dem ... unter fachlichen Aspekten, dass was wir ja alles auch tun, 'habe gleichzei-
1078 tig aber das Problem und das sage ich denen auch, dass wenn von Außen eine Anfrage kommt, ich natür-
1079 lich nachfragen muss, ob was da ist und ob wir das nachweisen können. Und wenn wir das nicht nach-
1080 weisen können, auch alles irgendwie echt blöd ist, aber sage, wissen Sie was, lassen Sie uns mal so
1081 einen Mittelweg machen, wo wir irgendwie da durch eiern, weil ich kann von Mitarbeitern nicht erfordern,
1082 dass sie sozusagen jeden Atemzug dokumentieren und muss mit dem Risiko leben, dass wenn dann mal
1083 irgendwas richtig schief geht, das man mich fragt, wieso ich das nicht genau DAS gemacht habe. Das ist
1084 sozusagen ein Institutionsrisiko oder meines, als Bereichsleiter, wo ich sagen muss, das geht nicht an-
1085 ders, nicht? Und wie gesagt, ich mache Leitung seit über 20 Jahren; seit 20 Jahren mache ich das genau
1086 so, auf unterschiedlichen Niveaus – bisher ist das immer gut gegangen und es heißt, das verbuche ich
1087 nicht als ‚Glück gehabt‘, sondern als vernünftige Einschätzung, wieviel wir eigentlich brauchen. Und das
1088 muss man eben in so einem System jetzt wieder neu austarieren, wieviel Zeug brauchen wir den eigent-
1089 lich. Also, weil Mitarbeiter sind durchaus auch jetzt gerade verunsichert und fragen mich „ja, Herr Bayer,
1090 geben Sie hier eine Generalfreigabe?“, da sage ich ne, also so ganz so verrückt bin ich nicht, also, ich
1091 traue Ihnen schon ziemlich weit über'n Acker, aber einen Generalfreibrief, ich denke, alles was die ma-
1092 chen, das geht auch nicht. Das ist ... kompliziert, nicht?

1093 #01:45:47-1# D. Schönefeld: Ja, zum Abschluss eine allgemeine Frage, eine die ich noch habe – Sie
1094 haben sie schon teilweise etwas beantwortet, ich kann sie noch mal stellen und wenn Sie sagen „ne, das
1095 haben wir vorhin schon“... Haben Sie das Gefühl, dass die psychischen Erkrankungen zunehmen oder
1096 nimmt eher die Diagnostik einen größeren Raum ein?

1097 #01:46:08-7# W. Bayer: Also, ich glaube, dass in der gesamt ... ne, andersherum: Wenn man den Krank-
1098 schreibungen traut, dann muss man sagen ‚ja, das ist so, Ärzte, das sind ja die Leute, die davon ‚was
1099 verstehen, nicht?‘. Jetzt kann man über DSM V und ICD lernen, dass der Katalog der Diagnosen weitet
1100 sich aus. Und jetzt kann man bei den psychischen Erkrankungen, finde ich, mit fug und recht Fragen
1101 daran haben, ob das eigentlich noch sinnig ist. So, zehn Jahre zurückblickend, da hat es diese Entwick-
1102 lung ja schon mal gegeben oder 15, nicht? Also, will sagen, da bewegen wir uns in einer fortlaufenden
1103 Veränderung von Sichtweisen auf die Frage, was ist gesund? Und jetzt ist sozusagen meine Antwort eher
1104 eine etwas ambivalente, vielleicht auch ausweichend... Was gesund ist und was nicht gesund ist, das wird
1105 in ziemlich komplizierten gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen immer neu festgelegt und von daher
1106 kann man das so beantworten, die Gesellschaft scheint sich darauf zu verständigen, dass es mehr
1107 psychische Krankheiten, mehr psychische Phänomene gibt, die wir für pathologisch halten oder für
1108 behandlungsbedürftig oder wie auch immer. Und von daher muss man sagen, ja, das ist tatsächlich so,
1109 nicht? Ob wir jetzt im Vergleich zu – und dann kann man sich mit anderen Kulturen vergleichen oder mit
1110 der Situation von vor 30 Jahren oder wie war das denn, als ich 10 war, das ist dann 45 Jahre her ... Wie
1111 war das denn bei meinem Vater, der als Soldat aus dem Krieg kam, also der ist ja allein deshalb nicht
1112 psychiatrisch diagnostiziert worden, weil der ... weil es die Diagnose Posttraumatisches Belastungssyn-
1113 drom damals noch nicht gab. Und jetzt ist ja eine spannende Frage, war der dann trotzdem krank? Müsste
1114 man von heute aus betrachtet nicht die Krankenzahlen von 1945 oder '47 raufrechnen und sagen „ah, das
1115 haben wir alles nur einfach nicht erkannt“, statt jetzt hinzugehen und zu sagen „die Fallzahlen steigen an“.
1116 Also da merke ich so, also das ist einer der Effekte und den zweiten Effekt, den kann man in allen industri-
1117 ellen Staaten sehen, dass sich die ... also je höherindustrialisiert Staaten sind, nimmt die Zahl der soma-
1118 tischen schweren Erkrankungen – abgesehen von den konsumbedingten Klamotten –, nehmen die ja alle
1119 ab, also es stirbt hier ja keiner an Malaria und nicht an Pocken und nicht an Schwindsucht und Krebs ...

1120 #01:49:00-6# D. Schönefeld: Immer weniger.

1121 #01:49:02-3# W. Bayer: Auch da sogar ... Sogar da immer weniger, obwohl man da ja die Frage nach
1122 allen möglichen Ursachen stellen kann ... Und jetzt ist für mich die spannende Frage ja, weil wir sozu-
1123 sagen keine ... nicht mehr in einer Gesellschaft leben, die durch die Lebensverhältnisse Leute zum Tode.
1124 Aber jede Gesellschaft – ist so eine Idee, die mir manchmal kommt – braucht ein bestimmtes Quantum an
1125 Erkrankungen, um sich gesund zu fühlen. Wenn alle gesund sind ist irgendwas schief in der Gesellschaft,
1126 braucht man (Lachen) ... Jede Gesellschaft konstruiert sich sozusagen notwendig die Abgrenzung zwi-
1127 schen krank und gesund und ist das nicht das, was hoch entwickelte Gesellschaften machen, weil das

- 1128 andere gibt's nicht mehr, also und von daher ist das ... Auch wenn ich im DSM V die Geschichte mit die-
1129 ser dreiwöchigen Trauer völlig abstrus finde und gerade da ... das als Beispiel, finde ich, dafür taugt, wie
1130 normale Lebenszusammenhänge pathologisiert werden.
- 1131 #01:50:02-9# D. Schönefeld: Es wurde, glaube ich, auch fast jedem Krankheitsbild eine biologische Kom-
1132 ponente hinzugefügt ...
- 1133 #01:50:08-2# W. Bayer: Das kommt noch hinzu.
- 1134 #01:50:08-2# D. Schönefeld: Das ist ja wunderbar, weil ‚biologisch‘ kann ich mit Medikamenten beeinflus-
1135 sen...
- 1136 #01:50:13-4# W. Bayer: Hm, Pharma... na ja, und mit der Trauer vielleicht nochmal, also das kenne ich
1137 noch von meinen Großeltern, dass wenn der Partner starb, es ein Trauerjahr gab, da lief man ein Jahr in
1138 schwarz herum auf dem Dorf, nicht? Und jetzt, heute wird gesagt, also nach zwei Wochen Trauer ist aber
1139 mal eine psychiatrische Diagnose fällig, dann läuft doch irgendwas gesellschaftlich aus dem Ruder, finde ich.
- 1140 #01:50:40-8# D. Schönefeld: Ja, da wird den schnelllebigen Zeiten Rechnung getragen.
- 1141 #01:50:46-3# W. Bayer: Wahrscheinlich auch das. Also das, was ich nicht glaube, ist, dass unsere Gesell-
1142 schaft heute mehr... also, dass die gesellschaftlichen Verhältnisse so schlimm sind, dass wir alle verrückt
1143 werden, das halte ich zum Beispiel für völlig falsch, das teile ich gar nicht.
- 1144 #01:51:01-5# D. Schönefeld: Kann es sein, dass es uns ZU gut geht in der westlichen Welt, auch? Oder
1145 ist es vielleicht so, dass in Staaten in Afrika, die Menschen wie hier nach dem Krieg mit ganz anderen
1146 Lebenssorgen befasst sind, als dass sie sich um ihre Psyche, in dem Sinne, dem so einen Raum geben
1147 können?
- 1148 #01:51:19-5# W. Bayer: Ich sag mal so, wenn man ums Überleben kämpft, hat man für viele Späße keine
1149 Zeit – Späße ist jetzt blöd ... –, aber ich sag mal so, für viele Probleme keine Zeit. Auf der anderen Seite
1150 weiß man das aus den Nachkriegszeiten und vor allem aus den letzten beiden Kriegsjahren aus Deutsch-
1151 land, wieviel Pathologien da produziert worden sind und auch das ist nachvollziehbar, also ... ich weiß es
1152 nicht genau, keine Ahnung. Also auf jeden Fall ist, das erscheint mir sicher zu sein, dass die Frage der
1153 gesellschaftlichen und kulturellen Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und das, was
1154 man für psychisch gesund hält, das scheint mir evident. Und darum eben entwickeln sich... ist das ein
1155 sich immer weiter fortentwickelndes System, im Moment eben so gibt es einen Trend dazu in der Gesell-
1156 schaft, zu sagen, wir erklären immer mehr Dinge für pathologisch, für psychopathologisch, nicht? Und das
1157 finde ich ... gut, das kann man erst mal nur zur Kenntnis nehmen. Ich glaube, ich will das gar nicht be-
1158 werten, abgesehen von so einzelnen Idioten, die darin auftauchen, so. Also ich meine, mit den Parallelen
1159 ... in der Sowjetunion ist gerade Homosexualität auf dem besten Wege, für eine psychiatrische Krankheit
1160 wieder gehalten zu werden und das ist bei uns noch nicht so lange her. Wir sind noch nicht so lange weg
1161 davon, nicht? Und daran kann man das sozusagen ganz tagesaktuell sehen, da wird dann eben ein
1162 Phänomen im Bereich Sexualität plötzlich wieder pathologisiert und das ist ja ... da wird es dann hoch-
1163 dramatisch. Da kann man dann wiederum nur froh sein, dass wir in einem aufgeklärten, demokratischen
1164 Staat leben und sagen können, okay, das scheint hier im Moment nicht das Risiko zu sein. In solchen
1165 Ländern, wie in Putin-Land oder so, da finde ich ... aber da ist dann auch deutlich erkennbar, dass
1166 Psychopathologie auch einfach instrumentell eingesetzt wird.
- 1167 #01:53:38-3# D. Schönefeld: Ja, um von anderen Problemen abzulenken.
- 1168 #01:53:40-9# W. Bayer: Genau, so. Wie die Menschen das dort selber sehen, weiß ich gar nicht, müsste
1169 man die mal fragen.
- 1170 #01:53:47-1# D. Schönefeld: Ja, es wird (unverständlich). Er hat ja viele Unterstützer dort.
- 1171 #01:53:49-0# W. Bayer: Ja, ja, genau.
- 1172 #01:53:51-6# D. Schönefeld: Aber es gibt natürlich auch viele Kritiker ... Ja, also von meiner Seite war es
1173 das eigentlich, haben Sie noch irgendetwas, was Sie gern zum Thema beitragen möchten?
- 1174 #01:53:59-9# W. Bayer: Ne, war spannend.
- 1175 #01:54:02-9# D. Schönefeld: War spannend?
- 1176 #01:54:04-3# W. Bayer: Ich fand's spannend, also ... wie werden Sie das jetzt auswerten? Wollen Sie's
1177 alles verschriftlichen oder?
- 1178 #01:54:11-6# D. Schönefeld: Also ich werde das Interview komplett verschriftlichen. Dann werd' ich alle
1179 drei ... wollte ich zusammen auswerten.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich versichere, dass ich die vorstehende Arbeit selbständig angefertigt und mich fremder Hilfe nicht bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß veröffentlichtem oder nicht veröffentlichtem Schrifttum entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Dominik Schönefeld
Hamburg im November 2014