

Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabe politik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie (KoKoP)

Schädler, Johannes; Wittchen, Jan-Frederik; Reichstein, Martin F.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Forschungsbericht / research report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schädler, J., Wittchen, J.-F., & Reichstein, M. F. (2019). *Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie (KoKoP)*. (FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik, 17). Düsseldorf: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (FGW). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67145-7>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



FGW-Studie

Vorbeugende Sozialpolitik 17

Ute Klammer, Katja Jepkens, Ralitsa Petrova-Stoyanov (Hrsg.)



Johannes Schädler, Jan-Frederik Wittchen, Martin F. Reichstein¹

Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie



Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (e.V.)
Kronenstraße 62
40217 Düsseldorf

Telefon: 0211 99450080
E-Mail: info@fgw-nrw.de
www.fgw-nrw.de

Geschäftsführender Vorstand

Prof. Dr. Dirk Messner, Prof. Dr. Ute Klammer (stellv.)

Themenbereich

Vorbeugende Sozialpolitik
Prof. Dr. Ute Klammer, Vorstandsmitglied
Katja Jepkens, wissenschaftliche Referentin
Ralitsa Petrova-Stoyanov, wissenschaftliche Referentin

Layout

Olivia Pahl, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit

Förderung

Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen

ISSN

2567-0050

Erscheinungsdatum

Düsseldorf, März 2019

Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabe politik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie

Auf einen Blick

- Im Zuge der inklusionsorientierten Weiterentwicklung Sozialer Dienste sind Kommunen vor neue sozialpolitische und planerische Aufgaben gestellt. Es bestehen erhöhte Koordinationsanforderungen in traditionell voneinander abgegrenzt arbeitenden sozialen Dienstleistungsbereichen.
- Am Beispiel der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie werden Sektoralisierungsphänomene beschrieben. Die Studie zeigt, dass Formen feldübergreifender Zusammenarbeit selten sind. Die Gründe hierfür werden in feldbezogenen Routinen und Skripts gesehen, die auf verfestigten Annahmen über Problemlösungsstrategien beruhen.
- Es besteht die Notwendigkeit integrierter Koordination und Planung. Die Kreisebene sollte dabei die Rolle des ‚koordinierenden Partners‘ übernehmen und die sozialräumliche Orientierung stärken.
- Nutzer_innen Sozialer Dienste benötigen eine umfassende leistungsbereichsübergreifende Beratung, die nahräumlich verfügbar ist. Vorgeschlagen wird die Schaffung von ‚örtlichen Teilhabezentren‘.

¹ An den Projektarbeiten mitgewirkt haben Antje Fischle, Carolin Herrmann, Andreas Hohmann, Janna Litzenberger, Tanja Serapinas, Stephanie Weiß, Lars Wissenbach.

Abstracts

Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie

Ziel des Forschungsprojekts war es, Möglichkeiten für Kommunen zu erforschen, im Zusammenspiel mit lokal relevanten Akteur_innen die örtliche Ausgestaltung von Teilhabeleistungen in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie zu optimieren. Am Beispiel des Kreises Siegen-Wittgenstein untersucht das Forschungsprojekt zu diesem Zweck mögliche Sektoralisierungsphänomene, Kooperationsbedarfe und Koordinationspotentiale in diesen Feldern.

Die Ergebnisse zeigen Sektoralisierungsprobleme, die sich vor allem aus leistungsrechtlichen Zuordnungen, fachlichen Annahmen, Berufsgruppen sowie aus in den Feldern praktizierten Routinen ergeben, die in den jeweiligen Organisationen fest institutionalisiert sind.

Neben integrierten Koordinations- und Planungsanstrengungen, die die verschiedenen regionalen Handlungsebenen und Felder miteinander verknüpfen, wird im Sinne einer Entspezialisierung und Sozialraumorientierung die Schaffung mehrerer sogenannter ‚Teilhabezentren‘ im Kreisgebiet vorgeschlagen.

Potentials of Coordination for Local Politics of Care, Disability and Mental Health Service

The aim of the research project was to explore possibilities for municipalities to optimize the local design of participatory services in nursing, assistance for the disabled and mental health in interaction with relevant local actors. Using the example of the district of Siegen-Wittgenstein, the research project investigates possible sectoralisation phenomena, cooperation needs and coordination potentials in these fields.

The results support assumed sectoralisation problems, arising mainly from the legal allocation of services to legal funding systems, professional assumptions, occupational groups and routines practiced in the fields, which are firmly institutionalized in the respective organizations.

Recommendations include integrated coordination and planning efforts that link the various regional levels of action and fields, and the creation of several so-called 'local participation centers' in the district in order to foster despecialisation and strengthen socio-spatial orientation.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis	v
Abkürzungsverzeichnis	vi
1 Einleitung	1
1.1 Kontext und Problemstellung.....	1
1.2 Theorien des organisationalen Feldes und der Pfadabhängigkeit als Forschungsorientierung	4
1.3 Zielsetzung und Forschungsfragen	7
1.4 Forschungsdesign	8
2 Zur Entwicklung der Felder Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen- Wittgenstein	10
2.1 Der Kreis Siegen als typischer Flächenkreis in NRW.....	10
2.2 Methodisches Vorgehen.....	13
2.3 Feldporträt: Pflege im Kreis Siegen-Wittgenstein	14
2.3.1 Neuere Entwicklungen der rechtlichen Grundlagen in der Pflege und Altenhilfe	14
2.3.2 Entwicklung der Pflege im Kreis Siegen-Wittgenstein seit 1945	17
2.3.3 Entwicklung kommunaler Planungs- und Gremienstrukturen	20
2.4 Feldporträt: Behindertenhilfe im Kreis Siegen-Wittgenstein	22
2.4.1 Neuere Entwicklungen der rechtlichen Grundlagen	23
2.4.2 Entwicklung der Behindertenhilfe im Kreis Siegen-Wittgenstein	24
2.4.3 Planungs- und Gremienstruktur	29
2.5 Feldporträt: Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein	30
2.5.1 Rechtliche Grundlagen	31
2.5.2 Entwicklung der Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein.....	32
2.5.3 Planungs- und Gremienstrukturen	37
2.6 Thesen zu Feldentwicklungen in Siegen-Wittgenstein.....	38
3 Feldzugänge und Inanspruchnahme	42
3.1 Methodik und Rücklaufquoten.....	43
3.2 Ergebnisse der Untersuchung	45
3.2.1 Erfahrungen mit Sozialen Diensten	45
3.2.2 Zugang zu sozialen Diensten	48
3.2.3 Merkmale Sozialer Dienste in A.....	54
3.2.4 Relevanz des Internets für den Zugang zu Sozialen Diensten	57
3.2.5 Zusammenfassende Betrachtung ausgewählter Ergebnisse.....	58
3.3 Thesen zu den theoretischen Annahmen des Gesamtprojektes	61

4	Organisationen und Feldzugehörigkeit.....	63
4.1	Zielsetzung und methodisches Vorgehen	63
4.2	Darstellung der Untersuchungsergebnisse	64
4.3	Thesen zu Sektoralisierungsproblemen und Kooperation der untersuchten organisationalen Felder.....	80
5	Organisationale Handlungspraxis	83
5.1	Methodisches Vorgehen.....	83
5.2	Darstellung der Ergebnisse	88
5.2.1	Pflege	88
5.2.2	Behindertenhilfe.....	100
5.2.3	Sozialpsychiatrie	111
5.3	Vergleichende Analyse organisationaler Praxis.....	123
6	Fazit	132
6.1	Zusammenfassung der Gesamtergebnisse.....	132
6.2	Handlungsempfehlungen für kommunale Teilhabepolitik.....	136
6.3	Reflexion des Forschungsdesigns und Forschungshorizont	140
	Literatur.....	143
	Anhang A: Fragebogen zur Bevölkerungsbefragung in A.	153
	Anhang B: Fallvignetten zur qualitativen Untersuchung.....	161
	Fallvignette 1 – Frau Rusche (B/P)	162
	Fallvignette 2 – Herr Bauschen (SP/P).....	163
	Fallvignette 3 – Herr Kerger (B/P)	164
	Fallvignette 4 – Frau Lietz (B/SP).....	165
	Über die Autoren	166

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kontaktaufnahmen zu Sozialen Diensten	45
Abbildung 2: Primäre Unterstützungsquellen bei Eintreten eines Hilfebedarfs.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersgruppen der Befragungsteilnehmer_innen, Verhältnisse in Grundgesamtheit und Stichprobe.....	44
Tabelle 2: Relevanz von Informationsquellen für den Zugang zu Hilfesystemen	47
Tabelle 3: Einschätzung zu genutzten Sozialen Diensten.....	48
Tabelle 4: Präferierte Anlaufstellen bei pflegerischem Hilfebedarf, persönliche Betroffenheit (PB) anhand eigener Behinderung (B) oder Pflegebedürftigkeit (P).....	50
Tabelle 5: Präferierte Anlaufstellen bei Hilfebedarf aufgrund einer Behinderung, persönliche Betroffenheit (PB) anhand eigener Behinderung (B) oder Pflegebedürftigkeit (P).....	52
Tabelle 6: Präferierte Anlaufstellen bei Hilfebedarf aufgrund psychischer Probleme, persönliche Betroffenheit (PB) anhand eigener Behinderung (B) oder Pflegebedürftigkeit (P).....	53
Tabelle 7: Einschätzungen zu angemessener Unterstützung.....	54
Tabelle 8: Relevanz der Internetnutzung für den Zugang zu Angeboten Sozialer Dienste.....	57
Tabelle 9: Rücklaufquoten und Grundgesamtheit nach untersuchten Feldern.....	64
Tabelle 10: Art des Angebots der an der Befragung Beteiligten (codiert)	65
Tabelle 11: Trägerschaft der Einrichtungen und Dienst.....	65
Tabelle 12: Rechtliche Grundlagen der Angebote nach Feldzugehörigkeit	66
Tabelle 13: Zielgruppen der Angebote.....	67
Tabelle 14: Unvollständige Bedarfsdeckung bei eigenen Klient_innen nach Feldzugehörigkeit.....	69
Tabelle 15: Leistungsbereichsübergreifende Kooperationen nach Feldzugehörigkeit.....	71
Tabelle 16: Einschätzungen hinsichtlich der Konkurrenzsituation im eigenen Feld nach Feldzugehörigkeit	72
Tabelle 17: Kooperation mit dem Sachgebiet Sozialplanung des Kreises nach Feldzugehörigkeit	75
Tabelle 18: Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises nach Feldzugehörigkeit ..	76
Tabelle 19: Einschätzung hinsichtlich der Notwendigkeit zusätzlicher Kooperationen zwischen dem eigenen Angebot und Angeboten der Pflege nach Feldzugehörigkeit	78
Tabelle 20: Einschätzung hinsichtlich der Notwendigkeit zusätzlicher Kooperationen zwischen dem eigenen Angebot und der Kreisverwaltung nach Feldzugehörigkeit.....	78

Abkürzungsverzeichnis

APG NRW	Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BTHG	Bundesteilhabegesetz
FuD	Familienunterstützende Dienste
FGW	Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e. V.
KoKoP	Forschungsprojekt <i>Koordinationspotentiale kommunaler Teilhabepolitik in der Pflege Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie</i>
IH-NRW	Forschungsprojekt <i>Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand</i>
ÖDGD NRW	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
PsychKG NRW	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
GEPA NRW	Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen
IGG NRW	Inklusionsgrundsatzgesetz NRW
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
LWA	Zukunftsinitiative 2020 Siegen-Wittgenstein – Leben und Wohnen im Alter

1 Einleitung²

1.1 Kontext und Problemstellung

Im Zuge des Ausbaus Sozialer Dienste wurden seit Anfang der 1980er-Jahre bundesweit zunehmend differenzierter werdende Hilfesysteme für ältere und pflegebedürftige Menschen (Pflege), für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen (Behindertenhilfe) sowie für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Sozialpsychiatrie) geschaffen. Diese Angebote sind Teile einer örtlichen Infrastruktur Sozialer Dienste geworden, deren Vorhandensein und Verfügbarkeit von der Bevölkerung mehr oder weniger selbstverständlich erwartet wird. Ihr Stellenwert für die Kommunen, d. h. die politischen Ebene im Staatsaufbau, die den Bürger_innen am nächsten ist, ergibt sich sowohl aus versorgungspolitischen Gründen als auch im Hinblick auf die erheblichen Ausgabenanteile der Bereiche am (kommunalen) Sozialbudget. Gleichwohl ist es keineswegs selbstverständlich, dass Kommunen in Deutschland das örtliche Geschehen in der Behindertenhilfe, der Pflege oder der Sozialpsychiatrie als Politikbereich begreifen, der durch sie aktiv auszugestaltet ist. Das erklärt sich u. a. aus sozialpolitischen Entwicklungspfaden, die traditionell die Versorgung behinderter und/oder pflegebedürftiger Personen in zentralisierten Einrichtungen vorsahen, deren Regulierung und Finanzierung in die Zuständigkeit überregionaler Behörden gegeben wurde (vgl. Bradl 1991; Hummel 1998; Schädler 2003).

Seit einiger Zeit aber entwickeln Kommunen zunehmend Gestaltungsansprüche in der Behinderten-, Pflege- und Gesundheitspolitik, um in diesen Bereichen ihre Fähigkeit zu erhöhen, politische Ziele zu formulieren und durchzusetzen. Dabei sehen sie sich einerseits vor die Aufgabe gestellt, vielfältige Gesetzgebungen überörtlicher Ebenen im Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich oder in allgemeinen Infrastrukturbereichen (mit)umzusetzen. Zu nennen sind hier insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, Bundesrepublik Deutschland 2008), davon abgeleitet z. B. auch die Gleichstellungs- und Gleichbehandlungsgesetzgebung von Europäischer Union, Bund und Ländern, aus der sich erhebliche Anforderungen an die barrierefreie Gestaltung der öffentlichen Infrastruktur vor Ort ergeben (§4 BGG NRW), die Verpflichtung zur Pflegeplanung nach §7 APG NRW sowie PSG III, die Koordination der Altenhilfe nach § 71, Abs. 5 SGB XII, die Koordination psychiatrischer Versorgung nach § 6 PsychKG NRW und der Gesundheitsdienste (insbes. § 23 ÖGD NRW), die ‚Ko- Koordination‘ der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (§ 5 AG BTHG NRW) zusammen mit den Landschaftsverbänden, örtlichen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und Selbsthilfe oder auch die Koordination von Betreuung Angelegenheiten nach § 4 LBtg.

Andererseits ergibt sich die Notwendigkeit kommunaler Teilhabepolitik dadurch, dass sich die professionellen Hilfefkonzepte für Menschen mit Pflegebedarf und Behinderungen immer weiter

² Die Autoren danken dem Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e. V. (FGW) des Landes Nordrhein-Westfalen für die Förderung des zweijährigen Forschungsprojekts Koordinationspotenziale kommunaler Teilhabepolitik (KoKoP), für wichtige Anregungen und für die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Forschungsprozess.

vom zentralisierten Heimmodell des 19. Jahrhunderts entfernen und sich auf örtliche Gemeinwesen hin ausrichten. Dies steht im Zusammenhang mit einem erweiterten Verständnis von „Behinderung“, das sich im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) auf Menschen bezieht,

„die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Art. 1 der UN-BRK).

Behinderung wird somit als erschwerte oder nicht mögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Alltag verstanden, die sich aus einer Wechselwirkung zwischen funktionalen Beeinträchtigungen eines Menschen und Barrieren in seiner Umgebung bzw. fehlenden Kompensationsmöglichkeiten ergibt. In den Blick geraten so vorhandene Barrieren in gesellschaftlichen Institutionen, Systemen und Organisationen. Es geht somit darum, Umweltbedingungen inklusiv und Infrastruktur barrierefrei, d. h. für alle Menschen auffindbar, zugänglich und nutzbar zu machen. Menschen mit Beeinträchtigungen soll durch Soziale Dienste und andere Formen gesellschaftlicher Unterstützung eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglicht werden.

Das Leitprinzip der Inklusion, das die UN-Behindertenrechtskonvention durchzieht, adressiert grundsätzlich alle politischen Ebenen des Staates. Auf Bundes- und Landesebene sind die verantwortlichen Akteure insbesondere gefordert, eine Politik der Nichtdiskriminierung voranzutreiben und die einschlägigen sozialpolitischen Instrumente (Geld, Recht und Verfahren) für eine inklusionsorientierte Gestaltung der Systeme sozialer Sicherung und bedarfsgerechter Hilfe einzusetzen. Aufgrund der Bedeutung unmittelbarer sozialer und räumlicher Umwelten für die Entstehung von Behinderungen rückt aber die kommunale Ebene in den Vordergrund. Nach Art. 28 Grundgesetz sind die Kommunen verantwortlich für die sogenannte allgemeine Daseinsvorsorge in ihrer Gebietskörperschaft. Die sich daraus ergebenden Aufgaben der Kommunen folgen einer örtlichen Querschnittslogik. Zum Teil explizit, zum Teil eher schwach geregelt erstreckt sich die kommunale Gesamtverantwortlichkeit von der Energie und Wasserversorgung, Gesundheitsversorgung, öffentlichen Verkehrsmitteln, Bildung, Kultur- und Sport- und Freizeitangeboten usw. bis hin zum Vorhalten einer sozialen Infrastruktur für die Versorgung der Bevölkerung mit sozialen Einrichtungen und Diensten verschiedenster Art. In vielen dieser Bereiche werden die z. T. abstrakten Forderungen der UN-BRK nach Inklusion und gleichberechtigter Teilhabe auf der Ebene des kommunalen Gemeinwesens konkret. Beobachtbar ist eine Tendenz, dass dies verstärkt zu sozialplanerischem Handeln der Kommunen führt, um örtliche Zielvorstellungen zu entwickeln, auch in Bereichen, in denen den Kommunen keine explizite gesetzliche Zuständigkeit gegeben ist (vgl. Brettschneider/Klammer 2017; Deutscher Verein 2017).

Sektoralisierungsprobleme als Modernisierungshindernisse

Wenn Akteure kommunaler Teilhabepolitik die Leitvorstellung eines inklusiven Gemeinwesens (vgl. Rohrmann/Schädler et al. 2014) umsetzen möchten, so die These, dann stoßen sie auf professionelle Systeme, die offensichtlich in hohem Maße zur Selbstreferentialität und ‚Versäulung‘ neigen. Je sozialräumlicher die Unterstützungsaktivitäten für Menschen mit Beeinträchtigungen

ausgerichtet werden sollen, desto mehr werden verfestigte Abgrenzungen zwischen den einzelnen Bereichen sichtbar, die dann für lebensweltlich orientierte Hilfearrangements zum Problem werden. Neuere Untersuchungsergebnisse identifizieren nicht nur immer mehr Schnittstellen und ungenutzte Kooperationspotentiale zwischen den Bereichen der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie. Sie deuten auch auf Abstimmungsschwierigkeiten hin, hinter denen u. a. die Problematik von Parallelstrukturen durch Etablierung ähnlicher Angebote in denselben Sozialräumen vermutet wird (vgl. Dieckmann et al. 2016, S. 17; Engelmann/Gohde/Künzel 2015, S. 158). So finden sich mittlerweile in allen Kommunen Beratungsangebote freier Träger und Pflegestützpunkte zur Pflegeberatung (§ 7a SGB XI). Insbesondere für Nordrhein-Westfalen besteht die Vermutung, dass Pflegestützpunkte „nicht ausreichend mit der kommunalen Sozialarbeit verzahnt und [...] zu sehr auf den Leistungsbereich der Pflegeversicherung verengt“ (Hoberg & Klie 2015, S. 29) sind.

Gleiches gilt für Beratungsangebote der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie, die z. T. in der Kritik stehen, trägerbezogen und eher unkoordiniert zu arbeiten. Trotz zahlreicher bestehender Beratungsangebote vor Ort beklagen Betroffene häufig die mangelnde Verfügbarkeit von geeigneter Beratung und Information (vgl. ZPE 2017, Teilhabeplanung im Kreis Olpe³). Im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) werden derzeit über ein Bundesprogramm in allen Kreisen und kreisfreien Städten weitere Beratungsstellen geschaffen, die als Ergänzende Unabhängige Teilhabe-Beratungsstellen (EUTB) für Verbesserung sorgen sollen. Offen ist, ob dieses neue Netz zu mehr Koordinierung führt oder die vorhandene Zersplitterung noch größer und unübersichtlicher macht.

Nicht zuletzt aber lässt auch der sich zuspitzende Fachkräftemangel im Bereich der psychosozialen Betreuung und Pflege eine verbesserte Kooperation zwischen den Sektoren z. B. im Bereich von Angeboten und Personaleinsatz erforderlich erscheinen. Es gilt, Situationen zu vermeiden, in denen vor Ort im einen Bereich auf bestimmte Probleme von Ratsuchenden keine, unbefriedigende oder nur sehr teure Antworten gefunden werden können, obwohl in anderen Leistungsbereichen prinzipiell passende Ressourcen verfügbar wären, die über Kooperation erschlossen werden könnten. Auslöser für solche Situationen können ganz unterschiedlich sein, etwa wenn Rehabilitations- und Förderangebote zentralistisch organisiert und die sonstigen örtlichen Strukturen wenig bekannt sind, wenn besonders intensive Betreuung oder Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu organisieren sind oder auch, wenn es um eigentlich eher geringe Hilfebedarfe geht, die durch informelle Unterstützung im Quartier oder Dorf abgedeckt werden könnten. Insbesondere zeigen sich die Probleme von Parallelstrukturen bei Sozialen Diensten bei der Versorgung des ländlichen Raums mit Sozialen Diensten (vgl. Schädler 2011).

Von Interesse ist die Frage, ob bzw. wie und an welchem Zeitpunkt ihrer ‚Hilfekarriere‘ Menschen mit Problemen zu Klient_innen Sozialer Dienste werden und wie ihre Zuordnung zu einem Hilfesektor vonstattengeht. Hier werden in der Literatur sowohl aktive Strategien Sozialer Dienste zur Auswahl von Klient_innen (vgl. Wirth 1982) als auch Suchstrategien aufseiten der

³ Für nähere Informationen siehe: www.teilhabeberatung.de, Abruf am 28.12.2018

rat- und hilfesusuchenden Menschen mit Nutzerinteressen (vgl. Herzog et al. 2018) beschrieben. Während in vielen Situationen ein Klientifizierungsweg eindeutig vorgezeichnet erscheint (z. B. bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit oder einer ausgeprägten geistigen Beeinträchtigung), ist dies in anderen Fällen, in denen komplexe Problemlagen gegeben sind (z. B. junge chronisch kranke Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf), wesentlich weniger klar. Hier kommen örtliche Gegebenheiten, Ratschläge von Schlüsselpersonen, vielleicht auch Zufälle ins Spiel, genauso wie Ärzt_innen verschiedener Fachrichtungen, die in vielen Phasen des Lebenslaufs meist die ersten Ansprechpersonen sind, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen oder persönlichen Krisen verschiedenster Art auftreten. Zu vermuten ist, dass die Ratschläge und die ärztlichen Antworten auf die Probleme von Patient_innen nicht nur Behandlungsmaßnahmen beinhalten. Sie werden auch Orientierung dahingehend bieten, wie die rat- und hilfesusuchenden Personen ihr Problem bzw. ihre Krankheit deuten und verstehen sollen. Es liegen bisher kaum Erklärungen dafür vor, wie diese Wissensbestände zu Lösungsstrategien für ratsuchende Menschen, die informell weitergegeben werden, zustande kommen und wie sie darauf Einfluss nehmen, welche Stellen des örtlichen psychosozialen Versorgungssystems im konkreten Fall angegangen werden.

1.2 Theorien des organisationalen Feldes und der Pfadabhängigkeit als Forschungsorientierung

In der vorliegenden Untersuchung wird davon ausgegangen, dass neoinstitutionalistische Organisationstheorien einen hohen Erklärungsgehalt haben, wenn es um das Verständnis von Beharrungstendenzen und Möglichkeiten des geplanten Wandels in hoch strukturierten gesellschaftlichen Bereichen geht. Hierzu zählen die sozialen Hilfesysteme für behinderte, chronisch psychisch kranke und pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Demzufolge können örtliche Ausprägungen der Behindertenhilfe, (Sozial-)Psychiatrie und Pflege jeweils als ‚organisationale Felder‘ (vgl. DiMaggio/Powell 1991; Schädler 2003, S. 27) verstanden werden: „By organizational field we mean those organizations that, in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products“ (DiMaggio/Powell 1991, S. 64). Daran anknüpfend können örtliche Ausprägungen der Behindertenhilfe, (Sozial-)Psychiatrie und Pflege jeweils als ‚organisationale Felder‘ verstanden werden, die aus verschiedenen Diensten, Einrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Sozialverwaltungen etc. bestehen und meist schon über lange Jahre gemeinsam agieren (vgl. Schädler 2003, S. 27).

In dem methodischen Konstrukt wird davon ausgegangen, dass die Organisationen eines Feldes in den Anfangsphasen seiner Entwicklung inhaltlich und formal eine beachtliche Unterschiedlichkeit aufweisen, die sich aber mit zunehmender Etablierung verringert, sodass Homogenität entsteht. „In the initial stages of their life-cycle, organizational fields display considerable diversity in approach and form. Once a field becomes well established however there is an inexorable push toward homogenization“ (DiMaggio/Powell 1991, S. 64). Die Organisationen eines Feldes

stehen – so DiMaggio/Powell – in einem wechselseitigen Legitimationsverhältnis, das Angleichungsprozesse zwischen den Organisationen zur Folge hat. Die Organisationen werden sich in ihren Formen, Strukturen und Institutionen zunehmend ähnlich und bestärken sich darin gegenseitig. Die Entwicklung eines organisationalen Feldes findet in der Weise statt, dass sich zunehmend dichtere Regelwerke (Institutionen) bilden, die die organisationsinternen Aktivitäten, aber auch das interorganisatorische Zusammenwirken definieren. Nach DiMaggio/Powell führt dieser Prozess der Institutionalisierung eines Feldes

- zu zunehmender Interaktionshäufigkeit zwischen Organisationen eines Feldes;
- zum Entstehen interorganisatorischer Dominanzstrukturen und Koalitionsbildungen;
- zu zunehmenden Informationsmengen, über die Organisationen eines Feldes verfügen müssen;
- zur Entwicklung eines gemeinsamen Bewusstseins bei einer bestimmten Anzahl von Organisationen, an einer gemeinsamen ‚Unternehmung‘ (*enterprise*) beteiligt zu sein (vgl. DiMaggio/Powell 1991, S. 65).

Die zunehmende Strukturierung eines Feldes führt dazu, dass sich die Organisationen eines Feldes, die denselben Umweltbedingungen ausgesetzt sind, zunehmend ähnlicher werden. Unterschieden werden dabei drei Mechanismen, die solche Prozesse zur „institutionellen Isomorphie“ (vgl. DiMaggio/Powell 1991, S. 66) begründen: Angleichung durch Zwang, z. B. in Form von gesetzlichen Vorgaben (*coercive isomorphism*), Angleichung durch Imitation, z. B. durch Orientierung an erfolgreichen Anderen (*mimetic isomorphism*), und Angleichung durch normativen Druck, z. B. durch Orientierung an fachlichen Standards (*normative pressures*) (vgl. DiMaggio/Powell 1991, S. 67ff.).

Die Akteure in einer Region haben demzufolge im Laufe ihrer Geschichte für ihr Feld bestimmte Vorstellungen der Zugehörigkeit, Machtstrukturen, Kooperationsroutinen, Kommunikationsformen und fachliche Annahmen über professionelles Handeln ausgebildet. Dieser Referenzrahmen beinhaltet bestimmte Handlungserwartungen an einzelne Organisationen, die diese an ihre Mitarbeiter_innen weitergeben. Die Einhaltung dieser institutionalisierten Handlungsregeln wiederum ist für die Stabilität der einzelnen Organisation von erheblicher Bedeutung und ihre Nichteinhaltung wird sanktioniert. Entsprechende institutionelle Vorgaben konkretisieren sich in organisationalen Routinen: „Routinisierung ist das beherrschende Merkmal der Handlungspraxis in sozialen Organisationen“ (Klatetzki 2003, S. 101).

Routiniertes Handeln beruht auf einem ebensolchen Denken, welches sich mit dem Begriff der *kognitiven Skripts* fassen lässt. Kognitive Skripts werden hier verstanden als feststehende Schemata für Handlungssequenzen, gleichsam als ‚innere Drehbücher‘, auf die Mitglieder in Organisationen bei ihrem Handeln in vielen Situationen zurückgreifen. Sie bilden „eine Art Rezeptwissen, über typische Verläufe von Ereignissen“ (Klatetzki 2003, S. 98). Mitarbeiter_innen in einer

Organisation entwickeln demnach zu typischen, häufiger auftretenden Problemen typische Lösungen in Form von „Was, wenn - Routinen“ (Klatetzki 2003, S. 100). Diese Skripts werden von den Mitgliedern einer Organisation in ihrem Alltag erlernt. In allen Organisationen des jeweiligen Feldes, zu dem auch die Mitarbeiter_innen in Verwaltungsstellen und die politisch Verantwortlichen gehören, finden somit organisationsspezifische und feldspezifische Skriptbildungen statt, die zu verinnerlichten Annahmen (*taken-for-granted-assumptions*) führen, die mit den relevanten anderen Akteur_innen des Feldes geteilt werden.

Im vorliegenden Zusammenhang wird vermutet, dass sich unhinterfragte Handlungsskripts in den ausgewählten Feldern auch auf Kooperationsroutinen beziehen, die bei bestimmten Problemen von (potentiellen) Klient_innen eher auf andere Angebote im eigenen Trägerbereich bzw. eigenen Feld als auf Professionelle anderer Felder oder auf Personen oder andere Anlaufstellen im Sozialraum oder Quartier verweisen. Neoinstitutionalistische Organisationstheorien gehen davon aus, dass solche institutionalisierten Skripts sich durch die routinisierte Praxis im jeweiligen Feld wechselseitig stabilisieren. Umgekehrt können neue Anforderungen, die von unterschiedlichen Seiten an die einzelnen Felder herangetragen werden, unter bestimmten Voraussetzungen aber dazu führen, dass Akteur_innen in ihren Routinen ‚irritiert‘ werden – etwa dann, wenn neue Praktiken bekannt werden und die sie verwendenden Akteur_innen damit nicht nur bessere Ergebnisse erzielen, sondern auch Legitimationsgewinne.

In diesem Zusammenhang kann auch an die Theorie der Pfadabhängigkeit und Pfadkreation angeknüpft werden, die im deutschsprachigen Raum u. a. von Schreyögg et al. aufgegriffen und entfaltet wurde (vgl. Schreyögg et al. 2003, 2013). Demnach können Pfadentwicklungen zu sogenannten *Lock-in*-Situationen führen, in denen Handlungsalternativen kaum mehr wahrgenommen werden können. Über Lernprozesse können aber auch absichtsvoll neue Entwicklungspfade gebildet werden, die allmählich zur Institutionalisierung neuer Routinen führen. Vor diesem Hintergrund besteht für das hier gewählte Forschungsdesign die Herausforderung darin, zunächst im Sinne des Prinzips „history matters“ (Schreyögg et al. 2003, S. 261) zu einem tiefergehenden Verständnis der Geschichte der ausgewählten Felder (Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein) zu kommen. Es kann angenommen werden, dass sich über die Zeit zwischen den Feldern der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie auf verschiedenen Ebenen sowohl Schnittstellen- als auch Grenzproblematiken entwickelt haben, die möglicherweise Potenziale zur Nutzung von Synergien und zur Optimierung der Versorgungspraxis tragen. So wird etwa im Hinblick auf die pflegerische Versorgung älterer Menschen darauf hingewiesen, dass „die Versäulung des Sozialversicherungssystems“ eine „bedarfsgerechte“, „über die Pflege hinausgehende [...] ganzheitliche [...]“ Unterstützung beeinträchtigt (Engelmann et al. 2015, S. 157). Im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention bestehen Diskussionen der ‚Entspezialisierung‘ und der bereichsübergreifenden Erbringung und Kombination von Unterstützungsleistungen (vgl. Schädler 2017; Hellwig 2018).

1.3 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel des Projektes war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Möglichkeiten für Kommunen im Zusammenspiel mit den lokal relevanten Akteuren im Sinne vorbeugender Sozialpolitik bestehen, durch stärker sozialräumliche Planung und Koordination die Wirkungen von Teilhabeleistungen in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie zu optimieren. In diesem Zusammenhang sollten mögliche Sektoralisierungsphänomene, Kooperationsbedarfe und Koordinationspotentiale in den genannten Feldern untersucht werden. Zudem war von Interesse, wie professionelle Hilfen stärker mit informellen Ressourcen im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens verknüpft werden können.

Aus diesen Zielsetzungen leiteten sich folgende Forschungsfragen ab:

- a) Wie haben sich die Felder der Pflege/Altenhilfe, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in einem ausgewählten Flächenkreis Nordrhein-Westfalens entwickelt (Rekonstruktion der Entwicklungspfade, Akteurskonstellationen, Interaktionsformen, Machtstrukturen, rechtliche und normative Vorgaben)?
- b) Welche handlungsleitenden Annahmen und ‚Skripts‘ bestehen bei relevanten Akteuren in den drei Feldern der Gebietskörperschaft hinsichtlich der eigenen Zielgruppe sowie der anderen Zielgruppen
 - über die Besonderheit des Hilfebedarfs,
 - über die erforderlichen Angebote und Formen der Hilfen und
 - über Verfahrensweisen und Kooperationen?
- c) Welche Informationen, Annahmen und ‚Skripts‘ bestehen bei relevanten Akteuren über informelle Vor- und Umfeldressourcen in Sozialräumen?
- d) Welche Effekte ergeben sich daraus für die partizipations- und inklusionsorientierte Unterstützung von Klient_innen bzw. Ratsuchenden der betreffenden Felder?
- e) Welche Abgrenzungen bzw. Kooperationshandlungen nehmen relevante Akteure in Bezug auf die anderen Felder der Untersuchung vor?
- f) Wie bilden sich die Aktivitäten in den kreisbezogenen Feldern der Pflege/Altenhilfe, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in einer ausgewählten kreisangehörigen Kommune sozialräumlich ab?
- g) Wie lassen sich kommunale Koordinationsprozesse vonseiten der Kreisebene mit kreisangehörigen Städten und Gemeinden sowie umgekehrt aus Sicht einer kreisangehörigen Kommune mit der Kreisebene ausgestalten, um einzelne Fachplanungen stärker aufeinander beziehen und sozialräumlich strukturieren zu können?

1.4 Forschungsdesign

Aus diesem komplexen Set an Forschungsfragen ergab sich die Notwendigkeit eines differenzierten Forschungsdesigns bestehend aus verschiedenen Methoden, mit dem sich die skizzierten Problematiken in örtlichen Feldern der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie untersuchen lassen. Sowohl ausschließlich strukturorientierte quantitative Verfahren als auch ausschließlich rekonstruierende qualitative Methoden würden zur Behandlung der Forschungsfragen des Projekts KoKoP zu kurz greifen. Klatetzki schlägt vor, sich bei der „qualitativ inspirierten Untersuchung sozialer Einrichtungen und Dienste“ (Klatetzki 2003, S. 95) auf die Analyse der Praktiken zwischen den beteiligten Akteuren zu fokussieren. In diesem Sinne wurde ein Forschungsdesign entwickelt, das sowohl individuelle als auch feldbezogene Merkmale organisationaler Praktiken erfassbar macht.

Das Untersuchungsdesign umfasste unterschiedliche methodische Zugänge zu empirischem Datenmaterial. Im Sinne einer Methodentriangulation, die „in der Sozialforschung [...] die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes von (mindestens) zwei Punkten aus bezeichnet“ (Flick 2013, S. 309), wurden hierbei sowohl quantitative als auch qualitative Vorgehen im Sinne eines *Mixed-Methods*-Verfahrens (vgl. Burzan 2016, S. 21) kombiniert. Als „nicht-sequentielles“ (Burzan 2016, S. 56) Design wurden die Untersuchungsschritte hierbei nicht in Folge, sondern aus forschungsökonomischen Gründen überlappend durchgeführt. Die Ergebnisse der verschiedenen Datenerhebungsverfahren wurden hauptsächlich als „Interpretation von Teilbefunden“ (Burzan 2016, S. 56) verknüpft.

Im Verlauf des Projekts wurden unterschiedliche Untersuchungseinheiten auf mehreren Analyseebenen erschlossen. Dies sind 1. *Organisationale Felder*, 2. *Organisationen* (Einrichtungen, Dienste und Stellen), 3. *Praktiker_innen* sowie 4. (potenzielle) *Nutzer_innen* sozialer Dienste. Hierfür waren jeweils spezifische Datenerhebungsverfahren notwendig. Die Annäherung und Exploration der betrachteten organisationalen Felder im Untersuchungsgebiet erfolgte durch Internetrecherchen, Dokumentenanalysen und explorative Interviews mit Zeitzeug_innen der feldbezogenen lokalhistorischen Entwicklungen. Eine Kontextualisierung und feldbezogene Verortung von Organisationen wurde anhand einer onlinegestützten Befragung von Führungskräften vorgenommen und durch die Untersuchung organisationaler Praktiken von Mitarbeiter_innen der Organisationen mithilfe von leitfadengestützten Interviews ergänzt. Weiterhin erfolgte eine Untersuchung der Perspektiven von (potenziellen) Nutzer_innen sozialer Dienstleistungen in Form einer repräsentativen schriftlichen Befragung in einer ausgewählten kreisangehörigen Kommune sowie eine Einordnung der Erkenntnisse in den kommunalpolitischen Kontext.

Der vorliegende Bericht folgt in seinen Hauptkapiteln den einzelnen Untersuchungsschritten des Projekts. Zunächst wird daher die Entwicklung der drei untersuchten Felder in Siegen-Wittgenstein nachgezeichnet (Kapitel 2). Daran anschließend werden die Ergebnisse der drei empirischen Untersuchungen vorgestellt. Im Fokus stehen dabei die Feldzugänge potenzieller Klient_innen (Kapitel 3), Organisationen und ihre Feldzugehörigkeit (Kapitel 4) sowie die professionelle Handlungspraxis in diesen Organisationen (Kapitel 5). Das abschließende sechste Kapitel

reflektiert das Forschungsdesign des Projekts sowie den weiteren Forschungsbedarf. Weiterhin werden Handlungsempfehlungen für die kommunale Teilhabepolitik formuliert.

2 Zur Entwicklung der Felder Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein

Der erste Untersuchungsschritt des Projekts zielte auf die Frage, wie sich die Felder der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in einer ausgewählten deutschen Gebietskörperschaft, hier dem Kreis Siegen-Wittgenstein, entwickelt haben⁴. Dabei wurde davon ausgegangen, dass es sich bei diesem Kreis um einen typischen Flächenkreis in Nordrhein-Westfalen handelt, d. h. bestimmte Befunde zumindest in Teilen auch von überregionalem Erklärungsgehalt sind.

Im Rahmen des Untersuchungsschritts sollten Entwicklungspfade, Akteurskonstellationen, rechtliche und normative Vorgaben sowie deren regionalen Umsetzungsweisen in den betreffenden Feldern rekonstruiert werden. Die Analyse sollte erste Einschätzungen zur Sektoralisierung und ihrer Wirkung auf handlungsleitende Akteure der betreffenden Felder sowie auf rat- bzw. hilfeschuchende Personen ermöglichen. Die Feldanalysen sollten eine Thesengrundlage zur Operationalisierung der theoretischen Annahmen im weiteren Forschungsprozess schaffen.

Von Interesse war auch, ob bzw. in welchem Maße in der ausgewählten Kommune spezifische Entwicklungspfade vorliegen, die zu spezifischen Ausgestaltungen organisationaler Felder geführt haben, welche wiederum bei der Entwicklung geeigneter örtlicher Politikstrategien zu berücksichtigen wären. Damit verband sich die Annahme, dass sich diese Entwicklungen von Entwicklungen in anderen deutschen bzw. nordrhein-westfälischen Gebietskörperschaften unterscheiden. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass feldspezifische Parallelentwicklungen auch in anderen Regionen stattgefunden haben. Die örtliche Feldentwicklung würde demnach zumindest in Teilen örtlichen Besonderheiten folgen, die allerdings wiederum in einen größeren regionalen bzw. nationalen Pfadzusammenhang eingebettet sind. Im Folgenden wird zunächst der Kreis Siegen-Wittgenstein charakterisiert.

2.1 Der Kreis Siegen als typischer Flächenkreis in NRW

Auf Grundlage des Siebten Altenberichtes der Bundesregierung (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 107-109) ist es möglich, den Kreis Siegen-Wittgenstein bezogen auf wirtschaftliche, infrastrukturelle und soziale Merkmale einem bestimmten regionalen Typ zuzuordnen. Um regionale Disparitäten und Gemeinsamkeiten einschätzen zu können, greift der Altenbericht dabei auf eine Systematik des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zurück, die auf dem Vergleich der Merkmale Strukturstärke, Innovation, Bevölkerungspotenzial, Industriepotenzial sowie touristisches Potenzial beruht. Im Ergebnis von Clusteranalysen verschiedener Datenban-

⁴ Im Rahmen einer kleineren explorativen Studie wurde zudem der Frage nachgegangen, inwiefern sich die feldbezogenen Sektoralisierungsprozesse auch in großstädtischen Räumen zeigen und wie diese ggf. administrativ bearbeitet werden können. Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit Carolin Herrmann (Schnittpunkt/Alter, Köln) durchgeführt und findet sich als Download auf der Internetseite des KoKoP-Projekts unter https://www.uni-siegen.de/zpe/arbeitsbereiche/teilhabe_inklusion/kommunale_teilha_bep_lanung/projekte/kokop/ (Zugriff: 18.03.2019).

ken werden sechs Kreisregionstypen gebildet, um die Kreise in der Bundesrepublik zu vergleichen und einzuordnen. Siegen-Wittgenstein wird vor diesem Hintergrund als „Standort mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen“ (Deutscher Bundestag 2016, S. 109) sowie als „Kreisregion mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen“ (Deutscher Bundestag 2016, S. 146) eingestuft. Dem Siebten Altenbericht zufolge dominiert dieser Kreisregionstyp mit großem Abstand vor anderen Typen der Systematik. Im Jahr 2012 lebten in Gebieten dieses Typs ca. 40 % der Gesamtbevölkerung Deutschlands. Damit kann der Kreis Siegen-Wittgenstein als vergleichsweise typischer Flächenkreis sowohl bundesweit als auch in Nordrhein-Westfalen betrachtet werden. Weitere für die vorliegende Untersuchung wichtige Kreismerkmale werden im Folgenden näher beschrieben.

Geografie und politische Gliederung

Der Kreis Siegen-Wittgenstein wurde 1975 im Zuge der dritten kommunalen Neugliederung in Nordrhein-Westfalen aus den beiden Altkreisen Siegen und Wittgenstein gebildet und erhielt 1984 seinen heutigen Namen. Er erstreckt sich über eine Gesamtfläche von 1132,9 km² und grenzt südwestlich an das Bundesland Rheinland-Pfalz und östlich an das Bundesland Hessen (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016c). Der zuständige Regierungsbezirk ist Arnsberg. Im Jahr 2015 entfielen auf die Katasterfläche des Kreises nach Art der tatsächlichen Nutzung 8,1 % (ca. 91,77 km²) auf Gebäude und Freiflächen, 6,8 % (ca. 77,04 km²) auf Verkehrsfläche und 18,7 % (ca. 211,85 km²) auf Landwirtschaftsfläche. Mit einem Waldanteil von 64,6 % (ca. 731,85 km²) an der Gesamtfläche ist Siegen-Wittgenstein der walddreichste Kreis Deutschlands (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016b). Von seiner Größe her fügt sich der Kreis in eine Reihe vergleichbarer Flächenkreise Nordrhein-Westfalens ein.

Im Zuge des Forschungsprojekts *Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand* (IH-NRW) wurde im Jahr 2003 konstatiert, dass beide Altkreise zumindest soziokulturell eigene Einheiten geblieben seien. Während der Altkreis Wittgenstein eine überwiegend ländliche Struktur aufweist, ist der Altkreis Siegen zusätzlich durch das Oberzentrum Siegen geprägt (vgl. IH-NRW 2005). Dieses weist eine eher urbane Struktur auf.

Der Kreis Siegen-Wittgenstein ist in elf kreisangehörige Kommunen untergliedert. Dies sind zum einen die Städte Bad Berleburg und Bad Laasphe sowie die Gemeinde A. im Altkreis Wittgenstein. Auf dem Gebiet des Altkreises Siegen liegen die Gemeinden Burbach, Neunkirchen und Wilnsdorf sowie die Städte Freudenberg, Hilchenbach, Kreuztal und Netphen. Sitz der Kreisverwaltung ist die kreisangehörige Großstadt Siegen (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016c).

Demografie

Die Demografie im Kreis Siegen-Wittgenstein ist geprägt vom allgemeinen Geburtenrückgang, dem Trend der Abwanderung aus ländlichen Gebieten in urbane Zentren sowie der steigenden Lebenserwartung der Menschen. Nach einem Bevölkerungsanstieg zwischen den Jahren 1985 und 1995 von 278.499 auf 299.336 reduziert sich die Anzahl der Bevölkerung im Kreis seitdem kontinuierlich. Ende des Jahres 2017 lebten im Kreis Siegen-Wittgenstein 277.977 Menschen.

40.157 Einwohner_innen entfielen auf den Altkreis Wittgenstein und 237.820 Personen auf den Altkreis Siegen⁵. Davon lebten wiederum 102.337 Personen in der Kreisstadt Siegen. Die Bevölkerungsdichte in Wittgenstein betrug zum gleichen Stichtag 83,2 Einwohner_innen je km². Zum Vergleich lag sie im Gebiet des Altkreises Siegen bei 365,1 Einwohner_innen je km² und kreisweit bei 245,4 Einwohner_innen je km². Der Bevölkerungsdichte in Nordrhein-Westfalen betrug zum Stichtag 31.12.2017 525,1 Einwohner_innen je km². Die Bevölkerungsdichte des Kreises Siegen-Wittgenstein liegt somit unter der des Bundeslandes, entspricht jedoch ungefähr jener von anderen vergleichbaren Flächenkreisen. Der demografische Wandel drückt sich einerseits in einem Rückgang der Geburtenrate und andererseits in einem negativen Wanderungssaldo (bei Berücksichtigung der letzten 10 Jahre) aus. Eine Ausnahme bildet hier die Stadt Siegen. Andererseits führt neben der geringen Geburtenrate auch die steigende Lebenserwartung der Menschen zu einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016a, S. 11). Prognosen auf Basis des Zensus 2011 gehen von einem Rückgang der Gesamtbevölkerung des Kreises von 2014 bis 2040 um ca. 19.600 Personen (7,1 %) aus (vgl. IT.NRW 2015, S. 17). Im Vergleich dazu werde die Gesamtbevölkerung des Landes NRW nur geringfügig (0,5 %) schrumpfen.

Für die Sozialplanung im Kreisgebiet ist besonders der starke Anstieg der Zahl älterer Personen relevant. Laut Pflegestatistik liegt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung für die Personengruppe der über 65-Jährigen vor (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 7). Nach Schätzungen des Kreises wird der Anteil der Senior_innen im Jahr 2030 bei knapp 27 % der Gesamtbevölkerung liegen. Zwischen 2015 und 2030 erhöht sich der gleichen Schätzung zufolge der Anteil von Menschen im Alter von 65 Jahren und älter von 57.938 (20,6 %) auf 71.283 (25,3 %) Personen (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2017a). Laut dem Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) gab es im Jahr 2015 im Kreis Siegen-Wittgenstein 10.399 pflegebedürftige Personen. Dies entspricht im Schnitt 38 Pflegebedürftigen pro 1.000 Einwohner_innen. Der nordrhein-westfälische Durchschnittswert lag im gleichen Jahr bei ca. 36 Pflegebedürftigen pro 1.000 Einwohner_innen (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2017a, S. 36).

Die Datenlage bezüglich Menschen mit Beeinträchtigungen wird im Inklusionsbericht des Kreises 2014 als ‚unzureichend‘ beschrieben (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2014, S. 15). Laut IT.NRW hatten zum Stichtag 31.12.2015 im Kreis Siegen-Wittgenstein 27.134 Menschen eine ausgewiesene Schwerbehinderung, die einem Grad der Behinderung von 50 oder höher entspricht (vgl. IT.NRW 2017). Sind im Kreis somit 96,6 Personen je 1.000 Einwohner_innen von einer Schwerbehinderung betroffen, trifft dies landesweit auf 100,5 Personen je 1.000 Einwohner_innen zu. Die Anzahl der Personen mit einer anerkannten Schwerbehinderung entspricht folglich in Siegen-Wittgenstein in etwa dem Landes- und Bundesdurchschnitt.

⁵ Die Angaben in diesem Abschnitt sind, sofern nicht anders angegeben, der Landesdatenbank NRW des Statistischen Landesamtes NRW (IT.NRW) mit Stand vom 17. Dezember 2018 entnommen. Bei den Angaben zu den beiden Altkreisen handelt es sich um eigene Berechnungen auf der o. g. Datengrundlage.

Ökonomie und Siedlungsstruktur

Der Kreis Siegen-Wittgenstein zeichnet sich durch „bedeutsame“ (BBSR 2014) bzw. „durchschnittliche“ (Maretzke 2014) Produktionspotentiale aus. Er ist wirtschaftlich stark vom produzierenden und verarbeitenden Gewerbe, maßgeblich der Herstellung von Metallerezeugnissen, dem Maschinenbau, der Metallherzeugung und -bearbeitung sowie der Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren geprägt (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016b). Zum Stichtag 30.06.2015 waren laut Angaben der Landesdatenbank NRW 110.121 Personen im Kreis Siegen-Wittgenstein sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Hiervon arbeiteten 42,6 % im produzierenden Gewerbe, 37,3 % in sonstigen Dienstleistungsberufen und 19,8 % im Handel, Verkehr und Gastgewerbe. Der industrielle Schwerpunkt des Flächenkreises wird im Vergleich mit dem Landesdurchschnitt deutlich. Von den insgesamt 6.407.112 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in NRW waren zum gleichen Stichtag 27,8 % im produzierenden Gewerbe, 49,4 % in sonstigen Dienstleistungsberufen und 22,3 % im Handel, Verkehr und Gastgewerbe tätig. Die Arbeitslosigkeit ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich zurückgegangen und lag Ende 2018 bei 4,0 % gegenüber 6,4 % im nordrhein-westfälischen Landesdurchschnitt⁶.

Charakteristisch für den Kreis sind die räumlichen und soziokulturellen Unterschiede zwischen dem ‚Siegerland‘ mit der Universitätsstadt Siegen, den umliegenden, infrastrukturell gut erschlossenen Kommunen und dem z. T. ländlich-peripher geprägten Altkreis Wittgenstein im Nordosten mit dörflichen und kleinstädtischen Strukturen. Diese Unterschiede sind im Hinblick auf die sozialräumliche Planung von Einrichtungen oder Diensten, der administrativen Versorgungsstruktur der Kommunen oder hinsichtlich der Festlegung von Entwicklungsprioritäten auf Kreisebene bedeutsam. Auch eine Analyse der drei Untersuchungsfelder Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie kann nicht ohne Berücksichtigung dieser lokalen Charakteristika durchgeführt werden.

2.2 Methodisches Vorgehen

Nach der sozialgeografischen und sozioökonomischen Charakterisierung des Kreises Siegen-Wittgenstein sollen im Folgenden die drei hier betrachteten Felder Sozialer Dienste mit ihren jeweiligen Entwicklungspfaden im Kreis betrachtet und auf die Fragestellungen des Projektes bezogen untersucht werden. Als Grundlage dienten öffentlich zugängliche Dokumente und Statistiken zur Struktur der Einrichtungen und Dienste, zu sozialrechtlichen Zuständigkeiten, Arbeitsweisen und relevanten Gremien sowie zu feldbezogenen Planungsstrukturen. Während die Pflege sich hierbei durch ein eigenes Leistungsrecht und eine in Teilen spezifische Professionsstruktur relativ gut von den beiden anderen Feldern abgrenzen lässt, liegen die Sozialpsychiatrie und die Behindertenhilfe etwas enger beieinander. Hintergrund ist, dass sich beide Felder mit ihren Angeboten jeweils an Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohte

⁶ Vgl. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Nordrhein-Westfalen/Siegen-Wittgenstein-Nav.html> (Zugriff: 28. Dez. 2018).

Menschen im Sinne des SGB IX richten. Zusätzlich wurden explorative Interviews mit Expert_innen und Zeitzeug_innen durchgeführt, die insbesondere zur Rekonstruktion der lokalen Feldentwicklungen herangezogen wurden.

2.3 Feldporträt: Pflege im Kreis Siegen-Wittgenstein

In Deutschland wurde 1995 die Soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems eingeführt und als Elftes Buch in Systematik der Sozialgesetzgebung (SGB XI) aufgenommen. Hierdurch hat der Gesetzgeber die Grundlage für weitreichende Veränderungen im Feld der Altenhilfe und Pflege geschaffen, mit denen das Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit zumindest in Teilen kollektiv abgesichert wurde. Bis dahin war organisiert geleistete Pflege eine eher karitative geprägte Aufgabe, im Bedarfsfall im Rahmen der in der Tradition der Armenhilfe stehenden Sozialhilfe durch die Kommunen finanziert. Die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung brachte eine neue Systematik in das bestehende Hilfesystem und stellte neue finanzielle Mittel in Form von Versicherungsleistungen bereit, die zu einer deutlichen Zunahme und strukturellen Ausdifferenzierung der professionellen Angebote führte. Gleichzeitig trat, zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung, eine Reduzierung von Altenhilfe auf Altenpflege ein, verbunden mit einer Fokussierung von Pflege auf pflegebedürftige alte Menschen.

Mit dem quantitativen Ausbau der professionellen Pflegeangebote und erweiterten Leistungsangeboten und Anspruchsberechtigungen ging gleichzeitig aber auch eine Zunahme administrativer Aufgaben aufseiten der Leistungsberechtigten, der Leistungserbringer_innen und der öffentlichen Leistungsträger (Pflegekassen, Sozialverwaltungen) einher. Die damit zusammenhängenden Prozesse der Institutionalisierung, Bürokratisierung und Professionalisierung können im Folgenden nur angedeutet werden. Seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre sind kontinuierlich gesetzgeberische Reformaktivitäten festzustellen, die einerseits den ursprünglichen Begriff der Pflegebedürftigkeit deutlich erweitert haben und andererseits darauf abzielen, häusliche Pflegearrangements zu stärken. Im Folgenden wird ein knapper Überblick über die jüngeren rechtlichen Veränderungen und ihre Auswirkungen im Pflegesektor gegeben. Im Anschluss wird die Entwicklung des Feldes in Siegen-Wittgenstein nachgezeichnet.

2.3.1 Neuere Entwicklungen der rechtlichen Grundlagen in der Pflege und Altenhilfe

Zwischen Januar 2015 und Januar 2017 wurden durch den Bundesgesetzgeber drei z. T. recht weitgehende Reformpakete zu den Sozialgesetzbüchern (SGB) XI und XII beschlossen⁷. Mit diesen sogenannten Pflegestärkungsgesetzen I bis III (PSG I bis III) wurden u. a. die Unterstützungsmaßnahmen für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte ausgeweitet (PSG I) sowie ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Entscheidende Neuerungen brachte das PSG I (2015) durch die deutliche Ausweitung der Leistungen für den ambulanten Bereich in Art und Höhe, etwa durch Erhöhung des Pflegegeldes und der Ansprüche auf Sachleistungen, Zuschüsse

⁷ Zusammenfassend vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2017): Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen zum Nachschlagen, www.wir-stärken-die-pflege.de (Zugriff: 28. Dez. 2018).

für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Ausbau der Tages- und Nacht- und Kurzzeitpflege, durch die Einführung des Entlastungsbetrages oder die Förderung ambulant betreuter Wohngruppen. Die Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung für die Pflegebedürftigen sollen familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung mehr als zuvor ergänzen. Die Vielfalt verschiedener Unterstützungsleistungen ist ausgeweitet, aber dadurch auch zugleich unübersichtlicher geworden.

Durch das PSG II (2016) wurde das sogenannte *Neue Begutachtungsassessment* (NBA) eingeführt und es kam zur Ablösung der bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade (PSG II). Leistungsberechtigt sind nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß § 14 SGB XI seither nun pflegebedürftige Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind und „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§ 14 SGB XI). Konkret sind Personen gemeint, die „körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können“ (§ 14 SGB XI). Der entsprechende Hilfebedarf muss „auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate“ sowie „in gesondert festgelegten Umfang bestehen“ (§ 14 SGB XI). Die Einschätzung, ob eine leistungsrechtlich relevante Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird häufig nicht von der betroffenen Person selbst getroffen, sondern z. B. von Angehörigen, Betreuer_innen oder Ärzt_innen. Dieser Ersteinschätzung kann daraufhin ein formeller Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung folgen. Die Pflegebedürftigkeit wird daraufhin durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Gutachter_innen begutachtet. Gegenstand der Begutachtung sind die folgenden Bereiche:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheitsspezifischen und therapeutischen Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff will damit die bis dahin bestehende Fokussierung auf Hilfebedarfe bei körperlichen Verrichtungen überwinden und Bedarfe an allgemeiner Betreuung, Anleitung und Beaufsichtigung deutlicher berücksichtigen. Mit Blick auf die intendierte Einbeziehung von Menschen mit Demenzerkrankungen soll dies zu einer Gleichstellung von kognitiv und psychisch beeinträchtigten Leistungsberechtigten führen.

Schwerpunkt des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) vom Januar 2017 war u. a. die Stärkung der koordinierenden Rolle der Kommunen in der Pflege gegenüber Pflegekassen, Anbietern und Leistungsberechtigten. Die Kommunen sollen für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgungsinfrastruktur in der Pflege verantwortlich sein, es sollen Pflegeausschüsse gegründet werden, die sich mit diesen Fragestellungen beschäftigen, und die Kommunen sollen an der Verbesserung der Beratungsangebote für pflegerische Hilfen mitwirken. Zudem wurde mit dem PSG III der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Sozialhilfe eingeführt. Da die Versicherungsleistungen nach dem SGB XI auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt sind, müssen die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Bedarfe an Pflege bei finanzieller Bedürftigkeit weiterhin durch die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe und dem sozialen Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz – BVG) gedeckt werden. Konzeptioneller Hintergrund des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) war sicherlich der bereits genannte Siebte Altenbericht der Bundesregierung mit seinen Begründungen und Vorschläge für eine künftige Ausgestaltung der Pflegepolitik im Rahmen von Daseinsvorsorge und kommunaler Verantwortung (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 21)⁸

Die genannten Reformbestrebungen führten zudem zu Gesetzesänderungen bei der Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII und wirken sich auch für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen positiv aus, v. a. auch deswegen, weil festgelegt wurde, Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII und Pflegeleistungen parallel zu gewähren.

Von besonderer Bedeutung für die Pflege als Feld sind trotz der Verbesserungen für Leistungsberechtigte im SGB XI die kommunalen Pflegeleistungen. Können die zusätzlichen Kosten, die für die Pflege entstehen und nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden, nicht aus Einkommen (z. B. Rente) und Vermögen der zu pflegenden Person und ihrer Verwandten ersten Grades abgedeckt werden, besteht die Möglichkeit, Leistungen des Sozialhilfeträgers in Form von Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII) zu beantragen. Nicht zuletzt dieser Zusammenhang macht die Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe und damit auch als Kostenträger zu wichtigen Akteuren im Bereich der pflegerischen Versorgung. Die Bedeutung der Kommunen wird allerdings durch ihre gesetzliche Verpflichtung als Träger der Altenhilfe nach § 71 SGB XII noch erhöht. In dieser kürzlich im Zuge der Reform des Rehabilitationsrechts noch ausgeweiteten gesetzlichen Vorgabe wird es Kommunen zur Aufgabe gemacht, soziale und kulturelle Angebote für Ältere im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens vorzuhalten und durch kommunale Infrastrukturmaßnahmen Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die wachsende Sensibilität für demografische Veränderungen sowie die kontinuierlich gestiegene öffentliche Aufmerksamkeit für den Bereich pflegerischer Hilfen haben zudem die konzeptionelle

⁸ Im Vergleich zu den im Altenbericht gemachten Vorschlägen blieb die Ausformulierung im PSG III enttäuschend, da aufgrund des Widerstands u. a. der Pflegekassen die Rolle der Kommunen bei der Planung und Steuerung der Angebotsstrukturen nicht hinreichend präzise bestimmt wurde.

tionell-fachliche Entwicklung der Pflegepraxis begünstigt und die Sensibilität hinsichtlich der Bedeutung häuslicher Pflege gestärkt. Für den vorliegenden Zusammenhang ist die Frage relevant, inwieweit die bundesweit geltenden Rahmenbedingungen in ihrer Ausgestaltung durch Bundesländer dann auf der Ebene der Kommune zu unterschiedlichen Ausformungen örtlicher Entwicklungspfade geführt haben.

Zu diesem Zweck soll im Anschluss die örtliche Entwicklung des Feldes im Sinne der Identifikation eines ‚Siegener Pflegepfades‘ skizziert werden.

2.3.2 Entwicklung der Pflege im Kreis Siegen-Wittgenstein seit 1945

Die Nachkriegszeit war im Siegerland mehr als im ländlichen Wittgenstein von starken Zerstörungen gekennzeichnet, von denen die Region als Standort von Bergbauindustrie und Rüstungsbetrieben in großem Maße betroffen war. Die Folgen waren u. a. allgemeine Wohnungsnot, gleichzeitig standen Behörden und Bevölkerung vor der Aufgabe, eine hohe Zahl an Heimatvertriebenen unterzubringen, zu versorgen und zu integrieren. In der Folge war vor allem die ältere Bevölkerung von akuter Wohnungsnot betroffen. Auf stadtnahe Einrichtungen für Pflegebedürftige und/oder alte Menschen, wie etwa das bereits 1929 gegründete Marienheim in Siegen-Weidenau, das bereits in der unmittelbaren Nachkriegszeit weitergeführt wurde, konnte wegen bereits gegebener Überbelegung nicht zurückgegriffen werden. Von Kreisseite wurden im März 1946 die älteren Menschen, die heimatvertrieben oder geflüchtet waren, zunächst in einem Barackenlager in Hilchenbach untergebracht (vgl. Rapp-Ridder 2015, S. 1). Drei Jahre später wurden die Menschen aus der provisorischen Unterkunft in Hilchenbach in die ehemaligen Baracken des ‚Hilfskrankenhauses‘ nach Burbach verlegt. In einem Behelfsheim und fünf Baracken lebten dort im Jahr 1950 etwa 130 pflegebedürftige und ältere Personen.

1951 beschloss der Kreistag den Neubau des eines Alten- und Pflegeheims in Trägerschaft des Kreises, das im Oktober 1952 im Weidenauer Tiergarten eröffnet wurde und das die Bewohner_innen der Baracken in Burbach aufnehmen konnte (vgl. Rapp-Ridder 2015, S. 1). Damit wurde gleichzeitig der Grundstein für eine kommunale Trägerschaft stationärer Altenhilfe in Siegen gelegt. Neben dieser öffentlichen Initiative zur Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen gab es auch kirchliche und private Initiativen. Zu den ersten Altenheimen im Kreis gehörten das Altenheim in Krombach in privater Trägerschaft, untergebracht in einem ehemaligen Hotel, sowie das im Jahr 1951 eröffnete Haus Abendfrieden in Hilchenbach in privater Trägerschaft und das Altenheim Christofferhaus, getragen von dem Sozialwerk der Christengemeinschaft, welches im Jahr 1953 in Siegen eingerichtet wurde. Weitere Einrichtungen für alte und pflegebedürftige Menschen im Kreisgebiet folgten erst deutlich später, wie das Seniorenzentrum der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Kreuztal (1973) oder das Sophienheim der Diakonie in Freudenberg (1975). Die o. g. kommunale Pflegeeinrichtung wurde infolge hohen Sanierungsbedarfs zwischenzeitlich geschlossen. Als Ersatz wurden durch das Diakonische Werk zwei neue Einrichtungen eröffnet, die sowohl die Bewohner_innen als auch das Pflegepersonal der kommunalen Einrichtung übernahmen (vgl. Rapp-Ridder 2015, S. 4-5). Bezeichnend erscheint, dass sich hinsichtlich stationärer Pflegeangebote eine im Vergleich zu den Entwicklungen in den anderen hier

untersuchten Feldern recht plurale Trägerstruktur herausgebildet hat, die als besonderes Merkmal der Feldentwicklung gelten kann.

Frühe Ansätze einer ‚ambulanten Pflegestruktur‘ stellen die sogenannten ‚Gemeineschwestern‘ dar, die zum Teil bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts in vielen Kirchengemeinden des heutigen Kreisgebietes tätig waren. Finanziert wurden die Gemeineschwestern meist durch örtliche Krankenpflegevereine, die den Schwestern eine möblierte Unterkunft und ein kleines Einkommen ermöglichten. Die Gemeineschwestern hatten ein breites Aufgabenverständnis. Sie kümmerten sich „um Arme und Bedürftige“ im Allgemeinen, waren „aber auch für Kranke und Pflegebedürftige da“ (Wirth o. J.). Das System der Gemeineschwestern floss z. T. in die Gründung der Sozialstationen ein. Die erste Sozialstation im Kreis Siegen-Wittgenstein entstand in Trägerschaft der Diakonie im Jahr 1980: In Kreuztal schlossen sich die vier Kreuztaler Kirchengemeinden zusammen und gründeten in Kooperation mit der Stadt Kreuztal die Diakoniestation Kreuztal. Zusätzlich erweiterte das Christoffer-Werk sein bestehendes stationäres Angebot um eine Sozialstation. Finanziert wurden die Sozialstationen aus Landeszuschüssen und Mitteln der Kommunen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 änderten sich die Strukturen grundlegend. Statt der bisher versorgungsorientierten Sozialleistung, die sich vor allem an pflegebedürftige Personen, deren Pflegebedarf nicht durch die Familie oder durch eigene Mittel (Einkommen und Vermögen) gedeckt werden konnte, richtete, wurde eine beitragsfinanzierte Versicherungsleistung für alle Versicherten geschaffen, die sich als Teilabsicherung auf die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sowie die Ergänzung der häuslichen Pflege bezog. Die Pflegeversicherung brachte mit ihren Regulierungen für die stationären und ambulanten Einrichtungen umfangreiche neue Verwaltungs- und Organisationsaufgaben, u. a. auch neue Bestimmungen für die Qualifikation des Personals, mit sich sowie neue Abrechnungsvorgaben, die professionelle Strukturen forderten, die „die Gemeineschwestern oft nicht erfüllen und einzelne Kirchengemeinden nicht leisten konnten“ (Wirth o. J.). Zusätzlich ging mit der Einführung der Pflegeversicherung eine faktische Deregulierung der Beschäftigungsverhältnisse im Pflegebereich einher. Dadurch konnten die Lohnkosten von tarifvertraglichen Bestimmungen entkoppelt und tendenziell reduziert werden. Gleichzeitig war eine flexiblere Gestaltung der Beschäftigungszeiten möglich.

Die damals unbekanntenen bürokratischen Anforderungen führten einerseits dazu, dass einige Träger ihre Sozialstationen schlossen. Andererseits ergriffen ehemalige Mitarbeiter_innen von Altenheimen die Chance und machten sich mit ambulanten Pflegediensten selbstständig. Auch konfessionelle und andere Träger der Freien Wohlfahrtspflege begannen, im Kreisgebiet ambulante Pflegedienste aufzubauen. Dabei konnten insbesondere konfessionelle Träger an vorhandene stationäre Angebote oder an Initiativen ihrer Kirchengemeinden anknüpfen. Nur kurze Zeit nach der Einführung der Pflegeversicherung 1995 entstand parallel zu den stationären Einrichtungen eine regelrechte Ausbauwelle ambulanter Pflegedienste. Damit wurde erreicht, deutlich mehr Menschen eine pflegerische Versorgung in ihrer eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, da-

runter auch Menschen mit z. T. sehr hohem Pflege- und Unterstützungsbedarf. Gleichwohl blieben die dominierende Stellung stationärer Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger im kommunalen pflegepolitischen Geschehen erhalten.

Die marktdynamische Entwicklung der Angebotsstruktur war durch die ‚Philosophie‘ der Pflegeversicherung durchaus beabsichtigt. Sie bewirkte, dass die Anbieter auch im Kreis Siegen-Wittgenstein in eine Konkurrenzposition geführt wurden. Passend dazu scheinen den Interviews mit Akteur_innen des Feldes zufolge Formen der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Anbieterorganisationen, besonders zwischen den ambulanten Pflegediensten, eher gering ausgeprägt. Einzelne Versuche, Arbeitsgemeinschaften ambulanter Pflegedienste zu bilden, konnten offensichtlich nicht auf Dauer gestellt werden. Als Gründe für ein geringes Interesse an verstärkter Kooperation zwischen den ambulanten Akteuren wurde das hohe Arbeitsaufkommen in Diensten und Einrichtungen, fehlende Refinanzierung von Kooperationsaktivitäten, Angst vor Kundenverlust und begrenztes Interesse an neuen Strategien oder übergreifenden Arbeitsformen genannt. Hierbei wurde jedoch betont, dass das Konkurrenzdenken in der Praxis dadurch relativiert würde, dass der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen die bestehenden Kapazitäten der Angebote im Kreis übersteigt. Im Ergebnis kann aber festgestellt werden, dass die Interessen ambulanter Pflegedienste im Kreis Siegen-Wittgenstein nur relativ schwach organisiert sind.

Infolge der genannten Entwicklungen ist die derzeitige pflegebezogene Trägerstruktur der Einrichtungen und Dienste im Kreis Siegen-Wittgenstein durch eine vergleichsweise große Anbietervielfalt gekennzeichnet. Neben stationären Pflegeeinrichtungen umfasst das Angebotsspektrum ambulante Pflegedienste, Wohnanlagen mit Service für ältere Menschen sowie ergänzende Dienstleistungen, wie beispielsweise Hausnotrufe oder Mahlzeitenlieferdienste. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die stationären Angebote überwiegend im Altkreis Siegen verortet sind (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016a, S. 29). Hervorzuheben ist zudem die Vielzahl an Verbänden, Vereinen, Initiativen, Selbsthilfe- und Arbeitsgruppen im Kreisgebiet, die den komplementären Angeboten des Feldes der Pflege zugerechnet werden können und die im ländlichen Wittgensteiner Raum ebenfalls breit vertreten sind. Diese umfassen beispielsweise auch Entlassungsdienste sowie die Senioren-Service-Stellen bei den kreisangehörigen Kommunen.

In den Empfehlungsteilen der Pflegebedarfspläne sind Schwerpunkte formuliert, die bezüglich der Angebotsstruktur künftig verstärkt ausgebaut bzw. gefördert werden sollen. Es ist festzustellen, dass die Situation jüngerer pflegebedürftiger Menschen in der Pflegebedarfsplanung 2016 des Kreises noch eine untergeordnete Rolle einnahm. Der Pflegebedarfsplan 2017 identifiziert dagegen bereits Versorgungslücken in der Angebotsstruktur, v. a. hinsichtlich der Unterstützung von Pflegebedürftigen zwischen 30 und 60 Jahren (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2017a, S. 40). Eine weitere Versorgungslücke wird im Bereich der Kurzzeitpflege gesehen. Hierfür „bestehen im Kreis Siegen-Wittgenstein aktuell keine geeigneten Strukturen, so dass auch hier Menschen [...] die [...] eine vorübergehende Betreuung brauchen, ebenfalls fehlplatziert in einem Altenpflegeheim untergebracht werden müssen“ (Kreis Siegen-Wittgenstein 2017a, S.

40). Diese Versorgungslücken sollen zukünftig in der strategischen Angebotsplanung berücksichtigt werden.

2.3.3 Entwicklung kommunaler Planungs- und Gremienstrukturen

1996 trat das Landespflegegesetz NRW in Kraft, das die Kommunen zu einer abgestimmten Pflegebedarfsplanung verpflichtete, um den allmählich entstehenden ‚Pflegetmarkt‘ zu regulieren. Die Novellierung des Landespflegegesetzes durch die CDU-geführte Landesregierung im Jahr 2003 führte zu einer Schwächung der kommunalen Position und erschwerte v. a. die Regulierung des entstehenden Überangebots an stationären und teilstationären Pflegeplätzen dadurch, dass z. B. die Bedarfsbestätigung durch die Kommune im Vorfeld einer Heiminvestition entfiel (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016a, S. 3). Durch die SPD-geführte Landesregierung wurden 2014 mit dem Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW erneut kommunale Planungsaufgaben verbindlich festgeschrieben. Geschaffen werden sollten Rahmenbedingungen für

„die Sicherstellung einer leistungsfähigen und nachhaltigen Unterstützungsstruktur für ältere Menschen und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige durch die Förderung der Entstehung, Entwicklung und Qualität von Dienstleistungen, Beratungsangeboten, Pflegeeinrichtungen und alternativen Wohnformen“ (§ 1 APG NRW).

Das APG NRW verpflichtet seither die Kreise und kreisfreien Städte wieder, gemeinsam mit den kreisangehörigen Städten und Gemeinden eine kommunale Pflegebedarfsplanung zu erstellen (vgl. § 7 APG NRW), um „eine den örtlichen Bedarfen entsprechende pflegerische Angebotsstruktur [...] sicherzustellen“ (§ 4 Abs. 1 APG NRW). Weiterhin heißt es, dass alle Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen dieses Gesetzes darauf abzielen, „das Selbstbestimmungsrecht von älteren Menschen und pflegebedürftigen Menschen in jeder Lebensphase zu sichern“ (§ 1 Abs. 2 APG NRW).

Mehr als andere Kreise entwickelte die Siegener Kreispolitik bereits in den 1990er-Jahren einen pflegepolitischen Gestaltungsanspruch, der dem damaligen Sozialdezernenten zugeschrieben wird. Immer wieder ließ der Kreis Siegen-Wittgenstein seine Planungen im Bereich der Pflege durch wissenschaftliche Expertise qualifizieren. Ziel war die Schaffung von dezentralen Unterstützungsstrukturen im Kreisgebiet, die pflegebedürftigen Menschen ein möglichst langes Verbleiben in ihrer eigenen Häuslichkeit ermöglichen und gleichzeitig den Grad von Inanspruchnahme stationärer Unterbringung und die damit verbundenen Kosten möglichst geringhalten sollten. Die Verpflichtung zur kommunalen Pflegeplanung von 1996 bestärkte die Bemühungen des Kreises Siegen-Wittgenstein um eine kommunale Steuerung in diesem Bereich, die durch die Heranziehung externer Expert_innen erreicht werden sollte. Dies stellt ein auffälliges Charakteristikum der Kreispflegepolitik dar.

So wurde bereits 1991 eine wissenschaftlich begleitete Soll-Ist-Analyse anhand einer Befragung der älteren Bevölkerung im Kreis durchgeführt, die 2004 wiederholt wurde. Sie beinhaltete systematische Bedarfsanalysen sowie die Erarbeitung von neuen Strukturmodellen und innovativen Modellprojekten. Pfadbildend war die im Jahr 2004 beschlossene *Zukunftsinitiative 2020*

Siegen-Wittgenstein - Leben und Wohnen im Alter (LWA⁹), die sechs Elemente berücksichtigte: Infrastrukturmanagement, Senioren-Service-Stellen, kommunale Seniorenplanung, Einzelfallberatung (kommunale Senioren- und Pflegeberatung), ein kreisweites Steuerungsgremium und regionale Kompetenzrunden sowie eine Projektförderung zur Entwicklung pflegerischer komplexer und gemeindlicher Infrastruktur.

Die Zukunftsinitiative *Leben und Wohnen im Alter (LWA)* prägt das Feld der Pflege im Kreis Siegen-Wittgenstein nachhaltig. Dieses umfasst zunächst die zentrale Senioren- und Pflegeberatung *Leben und Wohnen im Alter* mit Angeboten wie präventiven Hausbesuchen für Senior_innen sowie Beratungsleistungen für Pflegebedürftige, Angehörige sowie andere Interessierte. Unterstützt durch eine pauschale Anreizfinanzierung des Kreises wurden weiterhin in allen elf kreisangehörigen Kommunen sogenannte Senioren-Service-Stellen in den jeweiligen Rathäusern eingerichtet. Als Ansprech- und Vermittlungsstellen für ältere sowie pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen sollen sie bei Fragen und Problemen rund um das Älterwerden und die Pflege beraten. Daneben bieten einzelne Senioren-Service-Stellen auch Veranstaltungen zu relevanten Fragestellungen an. Im Zusammenhang mit den Senioren-Service-Stellen ist festzuhalten, dass die Entwicklung dezentraler Pflegestrukturen im Kreis Siegen-Wittgenstein seit einigen Jahren an Dynamik verloren hat und in den Pflegebedarfsplänen des Kreises nur noch randständig erwähnt wird. Dies zeigt sich u. a. auch an den stationär ausgerichteten Themensetzungen der kommunalen Pflegebedarfspläne 2016 und 2017 für den Kreis Siegen-Wittgenstein. Insgesamt fällt auf, dass die Pflegekassen im Zuge dieser strukturbezogenen Planungsanstrengungen nicht als ‚Mitspieler‘ hervortreten, sondern offensichtlich in ihrer Rolle als Kostenträger im Einzelfall verbleiben.

Im Jahr 2014 wurden das Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) und das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) durch den Landesgesetzgeber in Nordrhein-Westfalen gebündelt. Zusammengeführt traten beide Teile als *Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen* (GEPA NRW) in Kraft. Infolgedessen wurden im Kreis Siegen-Wittgenstein im Jahr 2015 die bestehenden Fachgremien im Bereich Gesundheit und Pflege zur *Kommunalen Konferenz Gesundheit, Alter und Pflege* zusammengeschlossen. Des Weiteren entschied sich der Kreistag für die Einführung einer verbindlichen Pflegeplanung in jährlicher Fortschreibung, die erstmalig im Jahr 2016 vorgelegt wurde (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2017a, S. 4). Die Pflegebedarfsplanungen sollen die Bedarfe älterer, pflegebedürftiger Menschen und die von deren Angehörigen als Ausgangspunkt für Planungen und die Gestaltung von Angeboten nehmen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Entwicklung wohnortnaher Angebote, der Berücksichtigung von Besonderheiten des ländlichen Raumes sowie der Entwicklung von Alternativen zur vollstationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016a, S. 40). Die Planwerke enthalten eine systematische

⁹ Vgl. zusammenfassende Informationen unter <http://www.familie-in-nrw.de/beispieleguterpraxis-kreis-siegenwittgenstein-zukunftsinitiative2020.html> (Zugriff: 28.12.2018).

Analyse der demografischen Entwicklung im Kreis Siegen-Wittgenstein, insoweit sie für die Entwicklung der pflegerischen Versorgung bedeutsam ist. Zudem umfassen sie Übersichten der Träger- und Angebotsstrukturen. Interessant erscheint unter sozialräumlichen Gesichtspunkten, dass der Kreis Siegen-Wittgenstein im Pflegebedarfsplan von 2016 eine Einteilung des Kreises in fünf Quartiere vornimmt, wobei der Altkreis Wittgenstein als einzelnes großflächiges Quartier aufgefasst wird:

- Quartier Wittgenstein
- Quartier Burbach/Neunkirchen
- Quartier Wilnsdorf/Netphen
- Quartier Freudenberg/Kreuztal/Hilchenbach
- Siegen

Dazu wird festgestellt, dass die Betrachtung von Quartieren als Lebensräume mit jeweiliger pflegerischer Infrastruktur im Rahmen der Ausrichtung vorliegender Planung sinnvoller sei als die solitäre Betrachtung der Kommunen (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2016a, S. 31). Allerdings wird auf diese Einteilung nicht weiter eingegangen, es findet sich auch keine weitere Bezugnahme auf diese Gebietseinteilung in den folgenden Pflegebedarfsplänen.

Eine inhaltliche Betrachtung der Pflegebedarfspläne 2016 und 2017 lässt vermuten, dass der Kreis von Träger- und Investorensseite unter Druck steht, der Schaffung neuer stationärer Heime zuzustimmen und dafür Bedarfsbescheinigungen auszustellen. Angesichts der ausgeprägten, auf Stärkung ambulanter Versorgung ausgerichteten Planungstradition des Kreises im Pflegebereich werden hier Konfliktpotentiale deutlich.

2.4 Feldporträt: Behindertenhilfe im Kreis Siegen-Wittgenstein

Mit Inkrafttreten des reformierten SGB IX zum 1. Januar 2018 (§ 26 Abs. 1 BTHG) gelten im deutsche Sozialrecht Menschen als behindert, die

„körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“ (Art. 1 § 2 Abs. 1 BTHG).

Im vorliegenden Zusammenhang ist vor allem die Unterscheidung zwischen geistigen und seelischen Beeinträchtigungen bedeutsam, da dies forschungspraktisch eine Abgrenzung bzw. Identifikation der Helfefelder anhand der zielgruppenspezifischen Ausrichtung konkreter Einrichtungen und ihrer Träger ermöglicht. Im Folgenden werden ausschließlich Einrichtungen, Dienste

und andere Angebote betrachtet, die sich konzeptionell an Menschen mit sogenannten geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen richten. Für sie wird im Weiteren zusammenfassend der Begriff der ‚Behindertenhilfe‘ verwendet.

Im Kreis Siegen-Wittgenstein hat sich, wie bundesweit, seit Mitte der 1960er-Jahre das sogenannte teilstationäre Modell der Behindertenhilfe etabliert. Allerdings erfolgte dies unter spezifischen Bedingungen, die sich von anderen Regionen unterscheiden. Hervorzuheben ist beispielsweise, dass der Kreis kein ‚Anstaltsort‘ ist, d. h. keine Groß- und Komplexeinrichtungen aufweist. Weiterhin zeichnet sich – wie nachfolgend dargestellt wird – die Entwicklung des Feldes durch eine spezifische Akteurskonstellation aus. Zunächst soll jedoch wiederum im Sinne eines Mehrebenenansatzes der bundes- bzw. landesgesetzliche Rahmen des Feldes umrissen werden.

2.4.1 Neuere Entwicklungen der rechtlichen Grundlagen

Die Hilfen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland beruhen auf einer Vielzahl unterschiedlicher sozialrechtlicher Vorgaben, die im Rahmen des 2017 in Kraft getretenen Bundes- teilhabegesetzes (BTHG) neu geordnet wurden. Zentrale Grundlage sind die Regelungen des reformierten SGB IX, das sich insgesamt mit der ‚Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen‘ befasst. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang auf die o. g. Definition des betroffenen Personenkreises verwiesen. Das SGB IX regelt seither die Anspruchsgrundlagen eines wesentlichen Teils der sogenannten Eingliederungshilfe für den o. g. Personenkreis (§§ 90-150). Diese umfassen im Wesentlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung sowie Leistungen zur Sozialen Teilhabe und der am Leben in der Gemeinschaft (§ 102 SGB IX). Daneben können Menschen mit Behinderungen natürlich auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzen erhalten. Für Einrichtungen und Dienste sind dabei vor allem die Bestimmungen des Krankenversicherungsrechts (SGB V) sowie des Pflegeversicherungsrechts (SGB XI) maßgeblich; z. T. problematische Schnittstelle bestehen auch zum SGB VIII, wenn es um die Zuständigkeit für den Personenkreis der Kinder und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen geht. Insbesondere im Bereich der Frühförderung sowie bei sogenannten offenen Hilfen, wie familienunterstützenden Diensten oder ambulanten Unterstützungsangeboten verschiedenster Art, kommen neben Leistungen der Eingliederungshilfe Vorschriften des SGB XI bei der Abrechnung von Leistungen zur Anwendung.

Das SGB IX differenziert zwischen Menschen mit Behinderungen und Menschen, die von Behinderung bedroht sind. Vor diesem Hintergrund lassen sich die konkreten Leistungsangebote prinzipiell unterscheiden in präventive Angebote, die Behinderung nach Möglichkeit verhindern sollen, sowie in Angebote, die nach Eintreten einer Behinderung wirksam werden. Zum präventiven Bereich können vor allem bestimmte Hilfen des Früh- und Elementarbereichs zugeordnet werden. Diese finden beispielsweise auch im Rahmen von Frühförderung statt oder in der Betreuung von Kindern in Kindertagesstätten. In der Praxis ist diese Unterscheidung kaum relevant. Eine Sonderrolle kommt den Hilfeangeboten offener Hilfen zu, die wie z. B. das ambulant betreute Wohnen oder familienunterstützende Dienste ihre Angebote in der Regel aus Leistungen

der Pflegeversicherung (z. B. ambulanten Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI oder Verhinderungspflege nach §39 SGB XI) finanzieren. Anspruchsgrundlage dafür ist das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit, die gleichzeitig zu einer Behinderung gegeben sein kann. Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe können gleichzeitig und ohne wechselseitige Verrechnung in Anspruch genommen werden.

Zu den Angeboten, die über Eingliederungshilfe nach SGB IX finanziert werden, zählen die Hilfen zum Schulbesuch und zum Wohnen in unterschiedlichen Settings (eigene Wohnung, gemeinschaftliche Wohnformen) sowie die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. durch den Platz in einer Werkstatt). Grundsätzlich gilt, dass die Hilfen „nach den Besonderheiten des Einzelfalls“ erbracht werden sollen (vgl. § 104 SGB IX).

In Nordrhein-Westfalen besteht eine lange Tradition der überörtlichen Zuständigkeit für die Hilfen für Menschen mit Behinderung. Zuständig für die Finanzierung und Administration insbesondere der Eingliederungshilfe sind die beiden Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL). Diese überörtliche Zuständigkeit wurde im Inklusionsgrundsatzgesetz (IGG NRW) von 2016 festgeschrieben und im Rahmen des Landesausführungsgesetzes zum BTHG noch um den Kinder- und Jugendbereich erweitert (§ 1, Abs.2 AG-SGB IX). Allerdings wurde im Landesausführungsgesetz zur Umsetzung des BTHG ebenfalls eine verstärkte Kooperation von Kommunen und Landschaftsverbänden festgeschrieben (§ 5 AG-SGB IX NRW). Die Ausgestaltung dieser Kooperation, hier zwischen dem Kreis Siegen-Wittgenstein und dem LWL, ist folglich für die weitere Entwicklung der örtlichen Behindertenhilfe insgesamt von großer Bedeutung.

2.4.2 Entwicklung der Behindertenhilfe im Kreis Siegen-Wittgenstein

Die Hilfen für Menschen mit Behinderungen in Siegen-Wittgenstein sind historisch eng mit der Entwicklung der Förderschulen im Kreis verbunden. Diese befinden sich bis heute fast ausschließlich in öffentlicher Trägerschaft oder in frei-gemeinnütziger Trägerschaft des Kreisverbandes der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Siegen-Wittgenstein/Olpe. Erste Hilfen zum Wohnen entwickelten sich zunächst als komplementäre Angebote für Schüler_innen der AWO-Schulen. Mitte der 1990er-Jahre verfügte die AWO über vier Wohnheime, schwerpunktmäßig für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. Bis auf eine Ausnahme liegen diese Einrichtungen ausschließlich im Altkreis Siegen. Die historische Bedeutung der AWO für die Hilfen für Menschen mit Behinderungen in Siegen-Wittgenstein erklärt deren heutige Bedeutung als dominante Anbieterorganisation im Vergleich zu den anderen Trägern. Andere Vereinigungen, beispielsweise die Kreisvereinigung der Lebenshilfe, treten bis in die 1980er-Jahre hinein nicht mit eigenen Angeboten in Erscheinung. Insbesondere die Lebenshilfe versteht sich in dieser Zeit vor allem als Angehörigenvertretung und unterhält in diesem Zusammenhang enge Kontakte zur AWO.

Erste Anzeichen für eine Ausdifferenzierung der Trägerlandschaft werden Mitte bis Ende der 1980er-Jahre erkennbar. 1986 eröffnet die Kreisvereinigung der Lebenshilfe den Freizeittreff Regenbogen, 1988 kommt ein familienentlastender Dienst hinzu. 1990 eröffnet die Lebenshilfe Siegen eine Wohnstätte in Netphen-Eschenbach, die sich mittlerweile in Trägerschaft des Landesverbandes der Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen befindet. Weitere Wohnheime der Lebenshilfe NRW wurden 1998 und 2003 im Kreis eröffnet.

1993 wird in Kreuztal der Verein Inklusion und Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen e. V. (INVEMA) gegründet, der ab 1995 als Träger von alternativen Angeboten zur stationären Unterbringung von Menschen mit Behinderungen in Erscheinung tritt. Zunächst wurde eine Beratungsstelle eröffnet, 1996 kam ein familienunterstützender Dienst hinzu, ab 2003 wurden durch INVEMA erstmals durch einen Fachdienst ambulante Hilfen zum Wohnen im Kreis Siegen-Wittgenstein angeboten. Im gleichen Jahr gründete sich im Umfeld der Lebenshilfe die Initiative Pro UWO. Diese führte zur Gründung eines entsprechenden Fachdienstes durch den Landesverband der Lebenshilfe. Durch diesen alternativen Ansatz entstand erhebliches Konfliktpotential zwischen Anbietern ambulanter und stationärer Hilfen, das die Kooperationsbedingungen im Feld der Behindertenhilfe über Jahre prägte.

Mittlerweile halten im Kreis zehn Anbieter unterschiedliche Angebote im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vor. Dies sind die AWO, die Diakonie in Südwestfalen, der Evangelische Kirchenkreis Siegen, der Verein INVEMA, die Lebenshilfe NRW mit zwei Tochtergesellschaften, der Betreuungsdienst Normal Life, die RESELVE, das Sozialwerk St. Georg, der Verein zur Förderung von Heilpädagogik und Sozialtherapie Marburg/Lahn sowie Bethel-regional. Von im Feld tätigen Personen wird diese Entwicklung hin zu einer Ausdifferenzierung der Trägerstruktur vor allem auf die im Rahmen der ‚Hochzoning‘ der ambulanten wohnbezogenen Eingliederungshilfe 2003 vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe signalisierte Ausbaubereitschaft für ambulant betreutes Wohnen (ABW) zurückgeführt.

Die Entwicklung der Behindertenhilfe in Siegen-Wittgenstein ist historisch stark von der Arbeiterwohlfahrt (AWO) geprägt, die insbesondere zur örtlichen Kreisvereinigung der Lebenshilfe traditionell enge Kontakte unterhält. Diese bilateralen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen haben sich bis in die Gegenwart erhalten. Daneben bestehen trägerübergreifende Abstimmungs- und Austauschgremien zwischen den Leiter_innen der stationären Wohnangebote im Kreis.

Für den über lange Zeit konflikthaft geprägten Siegener Pfad der Behindertenhilfe ist bedeutsam, dass sich 2018 ein trägerübergreifender Verein gegründet hat, der seit September 2018 Träger der kreisweit tätigen Stelle zur ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) ist. Im Zuge der durch die Kreisverwaltung erfolgreich moderierten Vereinsgründung konnten die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Trägern in der Behindertenhilfe erheblich verbessert werden.

Die folgende Darstellung zu den Hilfen für Menschen mit Beeinträchtigungen in Siegen-Wittgenstein orientiert sich am Lebenslauf betroffener Personen. Wo dies sinnvoll erscheint, wird zwischen Angeboten in den Altkreisen Siegen und Wittgenstein differenziert.

Beratungsangebote

Die Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen im Kreis Siegen-Wittgenstein befinden sich in Trägerschaft der einschlägigen Leistungsanbieter (Dienste) und der Rehabilitationsträger. In der Praxis kann es dazu führen, dass Beratung vornehmlich mit Blick auf das eigene Leistungsangebot erfolgt. Dies geschieht zunächst aus positiven Annahmen über das Leistungsangebot des eigenen Trägers heraus. Der Effekt dürfte jedoch zusätzlich durch fehlende Kenntnisse über die Angebote anderer, gegebenenfalls feldfremder Träger verstärkt werden. Eine maßgebliche Ursache hierfür ist vermutlich die eher bilateral angelegte Kommunikations- und Kooperationsstruktur. Es bleibt abzuwarten, ob es der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) gelingt, mit ihrem neuen Konzept zu einer Qualifizierung der Beratungsangebote beizutragen.

Frühbereich

Im Kreis Siegen-Wittgenstein gibt es gegenwärtig zwei heilpädagogische Kindertageseinrichtungen und zwei sogenannte Schwerpunkteinrichtungen. Diese können, unter der o. g. Definition, eindeutig dem Feld der Behindertenhilfe zugeordnet werden. Beide Kindertageseinrichtungen befinden sich in Trägerschaft des Kreisverbandes Siegen-Wittgenstein/Olpe der Arbeiterwohlfahrt. Die Trägerstruktur der Schwerpunkteinrichtungen ist vielfältiger. Die drei Einrichtungen mit jeweils fünf Plätzen werden vom Kreiskirchenamt Siegen-Wittgenstein, dem Verein Hilfe zum Leben sowie dem Verein zur Förderung der Waldorfpädagogik getragen.

Daneben sind für den Kreis Siegen-Wittgenstein drei Frühförderstellen zuständig. Zwei davon liegen im Altkreis Siegen, eine im benachbarten Kreis Olpe. Diese Angebote lassen sich in zwei Fällen aufgrund ihrer Konzeption der Behindertenhilfe zurechnen. Träger_innen der entsprechenden Einrichtungen sind der Caritasverband des Kreises Olpe bzw. die Einzelunternehmerin Petra Baumeister. Eine weitere Einrichtung, getragen durch die DRK-Kinderklinik Siegen, richtet sich auch an eine sozialpsychiatrische Klientel.

Zusätzlich findet sich im Kreis mit der Kindervilla Dorothee eine Kurzzeiteinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen. Die Einrichtung hat zehn Plätze und verfügt über einen konzeptionellen Schwerpunkt im Bereich der Pflege für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen. Die Einrichtung ist folglich gleichermaßen der Pflege und der Behindertenhilfe zuzuordnen. Die genannten Angebote liegen, mit Ausnahme der Frühförderstelle im Kreis Olpe, ausnahmslos im Altkreis Siegen.

Vorschul- und Schulbereich

Nach Angabe des Schulverwaltungsamtes für den Kreis Siegen-Wittgenstein bestanden im Juni 2017 sieben Förderschulen an neun Standorten mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten im

Kreisgebiet, wobei zwei der ehemals eigenständigen Förderschulen als Schulzweckverband an zwei Teilstandorten weiter bestehen und zwei weitere ehemals eigenständige Förderschulen unter einem Dach als Teilstandorte betrieben werden. Nur einer der Förderschulstandorte liegt im Altkreis Wittgenstein (Bad Laasphe, Schulzweckverband Kreuztal-Hilchenbach-Bad Laasphe, Förderschwerpunkte Lernen, emotionale Entwicklung und Sprache, öffentliche Schule). Die übrigen Förderschulstandorte liegen im Altkreis Siegen. Drei Förderschulen befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, während weitere vier als private Ersatzschulen von der AWO (2), der DRK-Kinderklinik (1) und als freie Waldorfschule (1) betrieben werden. Die Schule der DRK-Kinderklinik richtet sich an Kinder und Jugendliche, deren Verweildauer in der Klinik aufgrund einer Erkrankung vier Wochen überschreitet. Zwei Förderschulen im Altkreis Siegen haben den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Drei weitere Förderschulen verfügen über die Schwerpunkte Lernen und emotionale und soziale Entwicklung sowie optional Sprache und geistige Entwicklung. Eine Schule arbeitet nach dem Förderschwerpunkt Sprache. Integrationshelfer_innen für den Schulbereich stellen im Kreis Siegen-Wittgenstein die Lebenshilfe NRW (vgl. Lebenshilfe Wohnen NRW gemeinnützige GmbH & Lebenshilfe Wohnverbund NRW gemeinnützige GmbH o. J.), INVEMA sowie die Brücke Südwestfalen in Olpe zur Verfügung.

Wohnen für Kinder und Erwachsene

Auf dem Gebiet des Kreises Siegen-Wittgenstein bestehen im Frühjahr 2017 13 vollstationäre Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Sieben dieser Einrichtungen befinden sich in Trägerschaft der AWO. Die AWO-Einrichtungen befinden sich, mit Ausnahme einer Einrichtung, im Altkreis Siegen.

Die übrigen vollstationären Wohneinrichtungen im Kreis werden durch die Diakonie in Südwestfalen sowie den Landesverband der Lebenshilfe getragen. Diese Einrichtungen liegen alle im Altkreis Siegen. Zudem bieten insgesamt acht weitere Träger ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung an. Insbesondere das Sozialwerk St. Georg Westfalen-Süd unterhält Büros in beiden Kreisteilen.

Der Zugang für Leistungsberechtigte zum Hilfesystem Wohnen erfolgt über eine spezifische Form von Hilfeplanung, die als Clearingverfahren bezeichnet wird. Um den Antrag auf Hilfen in betreuten Wohnformen zu prüfen und den individuellen Hilfebedarf des Antragstellers bzw. der Antragstellerin zu ermitteln, sind Fragebögen auszufüllen. Die Antragsunterlagen dienen zur Vorbereitung einer Clearingsitzung, die von Hilfeplaner_innen des LWL koordiniert wird und an der Vertreter_innen des örtlichen Feldes teilnehmen. Auf der Grundlage der Beratungsergebnisse in den Clearingsitzungen erfolgt ggf. der Bescheid durch den LWL als Kostenträger.

Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen werden in Siegen-Wittgenstein im Wesentlichen durch die AWO erbracht. Lediglich der Integrationsfachdienst befindet sich, ebenso wie im benachbarten Kreis Olpe, in Trägerschaft der Resolve gGmbH.

Im Bereich der Werkstätten für (geistig) behinderte Menschen (WfbM) hält der AWO Kreisverband Siegen-Wittgenstein/Olpe 713 Plätze an vier Standorten im Kreisgebiet vor. Der größte dieser Standorte umfasst 360 Plätze und liegt im Industriegebiet Weiherdamm bei Netphen-Deuz. Am gleichen Standort betreibt der Träger einen Arbeitsbereich für Menschen mit sogenannter Schwerstmehrfachbehinderung. Dieser hält 67 weitere Plätze vor. Im Altkreis Siegen betreibt die AWO daneben den Werkstattstandort Eiserfeld mit 160 Plätzen. Zusammengenommen entspricht dies ca. 2,5 Werkstattplätzen je 1000 Einwohner_innen. Im Altkreis Wittgenstein werden 120 Werkstattplätze am Standort A. vorgehalten. Sechs weitere Plätze finden sich in einer Einrichtung in Bad Berleburg. Dies entspricht ca. 3 Werkstattplätzen pro 1000 Einwohner_innen.

Der Zugang zu einem WfbM-Platz erfolgt über den sogenannten ‚Fachausschuss‘, der für jede WfbM einzurichten ist und aus Vertreter_innen der WfbM und der Kostenträger (LWL, Agentur für Arbeit) besteht. Am Ende des Eingangsverfahrens, das jeder Leistungsberechtigte durchlaufen muss, berät der Fachausschuss, ob der betreffende Mensch mit Behinderung in die Werkstatt aufgenommen werden soll. Unklar ist, inwieweit derzeit bereits eine Abstimmung mit anderen Verfahren zur Teilhabepanung erfolgt, wie sie das BTHG im Zuge der Gesamtplanung für die Eingliederungshilfe vorsieht.

Offene Hilfen

Im Kreis Siegen-Wittgenstein existieren vier familienunterstützende Dienste (FuD). Diese bieten teilweise, neben familienunterstützenden Hilfen, Freizeitangebote für Menschen mit Behinderungen an. Angebote von zwei der genannten Dienste richten sich, zumindest in der Praxis, ausschließlich an Menschen mit Behinderungen. Dies sind die Angebote der Lebenshilfe Kreisvereinigung sowie des Lebenshilfe Centers (vgl. Lebenshilfe e. V. Siegen o. J.a, o. J.b; Lebenshilfe Wohnen NRW gemeinnützige GmbH & Lebenshilfe Wohnverbund NRW gemeinnützige GmbH o. J.). Beide Angebote befinden sich in Siegen. Daneben bietet der Verein INVEMA in Kreuztal einen FuD an. Dieser legt seinen fachlichen Schwerpunkt im Freizeitbereich auf die „Bereitstellung und Vermittlung von inklusiven Freizeitangeboten“ (INVEMA e. V. 2017).

Alter und Lebensende

Aktuell finden sich im Kreis Siegen-Wittgenstein keine Angebote, die sich explizit an alte Menschen mit sogenannter geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung richten. Es ist zu vermuten, dass dieser Personenkreis überwiegend im Rahmen des etablierten Angebots der Hilfen zum Wohnen betreut wird. Anstelle der Beschäftigung in einer WfbM tritt dabei die Betreuung in einer Tagesstruktur in den Vordergrund. Entsprechende Angebote halten beispielsweise die Wohnheime der Lebenshilfe in den Netphener Ortsteilen Deuz und Eschenbach vor. Über die Inanspruchnahme etablierter Angebote der Pflege durch den Personenkreis liegen aktuell keine gesicherten Daten vor.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass im Kreis Siegen-Wittgenstein die bundesweit und für einen Flächenkreis in NRW üblichen Angebote der Hilfen für Menschen mit Behinderungen vorgehalten werden.

Kennzeichnend für die gegenwärtige Trägerlandschaft in Siegen-Wittgenstein ist, dass ihre Ausdifferenzierung erst vergleichsweise spät erfolgt ist. Einzig die AWO bedient das vollständige Leistungsspektrum der Behindertenhilfe im Kreis Siegen-Wittgenstein. Dazu gehört auch, dass die AWO der anerkannte Träger der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen im Kreis ist. Vor dem Hintergrund insbesondere der Regelmäßigkeit des Werkstattbesuchs für den hier betrachteten Personenkreis ist davon auszugehen, dass diesem Träger in der Praxis eine hohe Bedeutung bei der Beratungs- und Koordinationsarbeit zukommt.

2.4.3 Planungs- und Gremienstruktur

Für den Kreis besteht seit 2010 eine *Regionale Planungskonferenz*, die gemeinsam vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe und dem Kreis Siegen-Wittgenstein koordiniert wird. Das Gremium fokussiert sich in seinen Themen auf das Leistungsgeschehen in der Eingliederungshilfe. Daher nehmen Vertreter_innen der unterschiedlichen Träger von Einrichtungen und Diensten teil, die nicht nur aus der Behindertenhilfe kommen, sondern auch aus der Sozialpsychiatrie. Unklar ist, wie groß die planerische Wirkung der *Regionalen Planungskonferenz* von den Akteur_innen des Feldes eingeschätzt wird.

Bereits erwähnt wurde die *Kommunale Konferenz Gesundheit, Alter und Pflege*. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die Träger der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie daran bisher bewusst nicht teilnehmen (vgl. hierzu Kreis Siegen-Wittgenstein 2016a). Dies ist, neben den o. g. leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen, ein weiterer Hinweis auf sich abgrenzende Strukturen der Behindertenhilfe im Kreis Siegen-Wittgenstein. Des Weiteren sind die Behindertenbeiräte der kreisangehörigen Kommunen bzw. deren Behindertenbeauftragte zu nennen. Letztere bieten Beratungsmöglichkeiten an, sie sind aber in Hinblick auf die Planung und Steuerung des Leistungsgeschehens offensichtlich nur wenig in entsprechende Prozesse einbezogen.

Insbesondere im Zusammenhang mit stationären Angeboten für den o. g. Personenkreis ist der Kreis Siegen-Wittgenstein als Aufsichtsbehörde, d. h. als Träger der Heimaufsicht, relevant. In diesem Kontext werden beispielsweise fachliche Anforderungen mit Blick auf die Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter_innen formuliert. In der Praxis stellt z. B. die Anforderung, Nachtdienste durch Pflegefachkräfte zu erbringen, aufgrund der objektiven Knappheit solcher Fachpersonen die Leistungsanbieter vor erhebliche Probleme. Dies führte bisher zu einem gemeinsamen Widerspruch dagegen, aber offensichtlich nicht zur Entwicklung kooperativer Praktiken im Feld bzw. mit anderen Feldern.

Die Anbieter professioneller Hilfen für Menschen mit Behinderungen kooperieren auch im Beirat für Menschen mit Behinderungen des Kreises. Vereinzelt werden sie dort jedoch nicht durch professionelle Akteur_innen, sondern durch ihre Klient_innen vertreten, die sich in den Gremien dann auch als Repräsentant_innen ihrer Dienstleistungsorganisation verstehen. Im Beirat für

Menschen mit Behinderungen des Kreises besteht die Möglichkeit zum Austausch zwischen Anbieterorganisationen und der organisierten Selbsthilfe.

Im Februar 2012 wurde die Kreisverwaltung vom Kreistag Siegen-Wittgenstein beauftragt, einen Inklusionsbericht zu erstellen. Im September 2014 hat der Kreistag den ersten Inklusionsbericht für den Kreis Siegen-Wittgenstein beschlossen und gleichzeitig den Auftrag erteilt, den begonnenen Planungsprozess zu verstetigen.

Die Entwicklung der Behindertenhilfe in Siegen-Wittgenstein ist historisch stark von der Arbeiterwohlfahrt (AWO) geprägt, die insbesondere zur örtlichen Kreisvereinigung der Lebenshilfe traditionell enge Kontakte unterhält. Weiterhin prägend ist die überörtliche Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, aus der heraus sich bilaterale Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen LWL und den einzelnen Einrichtungen bzw. Trägern ergeben haben. Dies findet bisher keine Entsprechung im Verhältnis LWL-Kreis bzw. kreisangehörigen Kommunen. Für den lange Zeit konflikthaft geprägten Siegener Pfad der Behindertenhilfe ist bedeutsam, dass sich 2018 ein trägerübergreifender Verein gegründet hat, der seit September 2018 Träger der kreisweit tätigen Stelle zur ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) ist. Im Zuge der durch die Kreisverwaltung erfolgreich moderierten Vereinsgründung konnten die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Trägern in der Behindertenhilfe erheblich verbessert werden.

2.5 Feldporträt: Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein

Wie in anderen Kreisen und kreisfreien Städten bundesweit, so hat sich auch im Kreis Siegen-Wittgenstein ein sozialpsychiatrisches Behandlungs- und Hilfesystem herausgebildet, das klinische, stationäre, ambulante und komplementäre Angebote umfasst. Das sozialpsychiatrische Versorgungssystem gründet auf den Konzepten und Initiativen zum Aufbau von dezentralen, partizipativen Versorgungsstrukturen. Diese haben ihre Ursprünge in der Psychiatriekritik und -reform der 1960er- und 1970er-Jahre (vgl. Brückner 2010, S. 136). Im Jahr 1975, nach einer vierjährigen Arbeitsphase durch eine Sachverständigenkommission des Bundestags, wurde dem Parlament die *Psychiatrie-Enquête* überreicht, deren Empfehlungen bis in die heutige Entwicklung psychiatrischer Versorgung wirken. Wesentliche Reformvorschläge bezogen sich, neben der Forderung nach kritischer Bestandsaufnahme, auf die „Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen“ (Brückner 2010, S. 143). Sozialpsychiatrische Hilfen sollten bedarfsgerecht geschaffen werden und in ihrer Arbeitsweise auf den sozialen Nahraum der Patient_innen ausgerichtet sein. Zudem sollte eine bedarfsgerechte Koordination aller beteiligten Dienste erfolgen.

Die Relevanz der Sozialpsychiatrie drückt sich in einem erheblichen Anstieg der Behandlungshäufigkeit psychiatrischer Störungen in den vergangenen Jahren aus. Laut dem Landesgesundheitsbericht NRW 2015 ist „zwischen 2000 und 2012 [...] der Anteil von Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen an allen Frühberentungen von 23 % auf 46 % angestiegen, bei den Frauen ist mittlerweile die Hälfte (51 %) aller Fälle auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen“

(MGEPA 2016, S. 51). In Nordrhein-Westfalen sind demnach „im ambulanten Bereich Behandlungen von Depressionen, somatoformen Störungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen“ häufig, während im „stationären Bereich [...] Depressionen, Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie am häufigsten behandelt“ werden (MGEPA 2016, S. 48). Die für den Kreis Siegen-Wittgenstein verfügbaren Daten des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG) zum Gesundheitszustand der Bevölkerung lassen nur bedingt Rückschlüsse auf die psychiatrische Erkrankungssituation im Kreis Siegen-Wittgenstein zu.

Der durch die *Psychiatrie-Enquête* angestoßene Reformprozess ist bis heute nicht abgeschlossen, da zentrale Anliegen, wie etwa die ‚sektorenübergreifende Vernetzung‘ und trägerübergreifende Nutzung der vorhandenen Ressourcen, nur unzureichend erfüllt sind (vgl. AG Psychiatrie der AOLG 2012, S. 6). Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) betont in seiner Krankenhausrahmenplanung 2015 ebenfalls die Notwendigkeit eines „sektorenübergreifenden Verbundsystems“ zur Vernetzung klinischer Versorgung und regionaler Gesundheits- und Hilfeangebote. Hierbei wird insbesondere die Notwendigkeit „verbindlicher trägerübergreifender Kooperation“ und die Relevanz eines entsprechenden „Entlassungs- und Versorgungsmanagements“ für Menschen mit psychischen Erkrankungen und einem „komplexen Hilfebedarf“ betont (MGEPA 2013, S. 88-89).

2.5.1 Rechtliche Grundlagen

Sozialpsychiatrische Leistungen können von Personen in Anspruch genommen werden, bei denen laut ärztlicher Diagnose oder psychotherapeutischer Feststellung „Anzeichen einer psychischen [Störung] bestehen, die [an einer psychischen Störung] erkrankt sind oder bei denen die Folgen einer psychischen [Störung] fortbestehen“ (§ 1 Abs. 1 PsychKG). In der Diagnostik wird auf die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10, German Modification, 2017) der Weltgesundheitsorganisation zurückgegriffen (vgl. WHO, DIMDI 2017).

Die Behandlungs-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen der Sozialpsychiatrie lassen sich in ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote unterteilen. Diese Angebote werden wiederum durch komplementäre Strukturen ergänzt. Die Finanzierung der entsprechenden Leistungen erfolgt entweder durch die Krankenversicherung gemäß § 27 SGB V, die Pflegeversicherung bei vorliegender Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI, als Leistung zur Teilhabe durch einen Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX, sofern eine Behinderung gemäß § 2 SGB IX vorliegt, oder im Rahmen der Eingliederungshilfe durch einen Sozialhilfeträger gemäß § 53 SGB XII bei Erwachsenen bzw. § 35a SGB VIII bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen. Ein Großteil der Leistungsberechtigten sucht den Zugang zum Hilfesystem der Sozialpsychiatrie selbstständig ggf. auf Initiative Dritter. Daneben steht jedoch auch eine zwangsweise stationäre psychiatrische Behandlung. Diese erfolgt z. B. nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), sofern eine „erhebliche Selbst [- oder Fremd]gefährdung [...] nicht anders abgewendet werden kann“ (§ 11 PsychKG).

Seit 2013 finden im Feld der Sozialpsychiatrie teils umfangreiche Reformbestrebungen statt. Diese beziehen sich beispielsweise auf die Vergütung im Bereich der Krankenhausversorgung sowie auf Personalvorgaben. Im Bereich der Eingliederungshilfe ist das Feld, wie auch das Feld der Behindertenhilfe, von den gesetzlichen Änderungen im Zuge des BTHG betroffen.

Für die stationäre psychiatrische Pflichtversorgung im Kreis Siegen-Wittgenstein ist in erster Linie das Kreisklinikum Siegen verantwortlich, die kinder- und jugendpsychiatrische Pflichtversorgung übernimmt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Reherbergpark in Herborn (vgl. MGEPA 2017).

2.5.2 Entwicklung der Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein

Die Entwicklung sozialpsychiatrischer Hilfen im Kreis Siegen-Wittgenstein erfolgte unter den bundesdeutschen sowie nordrhein-westfälischen Rahmenbedingungen. Ungeachtet dessen haben sich auch in diesem Bereich regionale Besonderheiten entwickelt. Aufgrund der überörtlichen Zuständigkeit für wesentliche Bereiche der Eingliederungshilfe für seelisch beeinträchtigte Menschen und der Trägerschaft von psychiatrischen Landeskrankenhäusern ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) für die Planung und Steuerung der sozialpsychiatrischen Angebotsstruktur in allen 27 westfälischen Gebietskörperschaften noch immer von entscheidender Bedeutung.

Die psychiatrische Versorgung des Kreises erfolgte zunächst über das weit abgelegene Landeskrankenhaus Warstein. Im Zuge der Reformen der 1980er-Jahre wurde dann eine neurologische und psychiatrische Fachabteilung am Kreisklinikum Siegen geschaffen. Pfadelevant ist auch eine spezifische Akteurskonstellation, deren damalige Aktivitäten und Entscheidungen bis heute prägend sind. Im Folgenden werden wesentliche Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems im Kreis Siegen-Wittgenstein dargestellt und eingeordnet.

Im Jahr 1970 wurde in Warstein der Verein Aktionsgemeinschaft zur Förderung psychisch Behinderter Warstein gegründet, der sich im Zuge der psychiatrischen Pflichtversorgung des Kreises Siegen-Wittgenstein durch das Landeskrankenhaus Warstein sowohl für die Interessen Warsteiner als auch für die Siegener Psychiatriepatient_innen einsetzte. So wurden beispielsweise an bestimmten Terminen Fahrdienste zwischen Siegen und Warstein für Patient_innen und Angehörige oder Weihnachtspäckchenaktionen organisiert (vgl. Aktionsgemeinschaft zur Förderung psychisch Behinderter Warstein e. V. 1998, S. 39). Weiterhin bestanden zu dieser Zeit bereits fachliche Kontakte der Aktionsgemeinschaft zu Siegener Akteuren sozialer Hilfen, beispielsweise der Familienfürsorge des Gesundheitsamts.

Durch die *Psychiatrie-Enquête* 1975 wurde auch die Notwendigkeit des Aufbaus einer angemessenen sozialpsychiatrischen Versorgung betont. Erste Initiativen in diese Richtung erfolgten in Siegen-Wittgenstein im Jahr 1982. So fand in diesem Jahr erstmalig eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) aller Leistungsträger und fachlichen Akteure auf Kreisebene zusammen. Durch Initiative von Beteiligten der PSAG wurde am 5. Oktober 1982 eine erste Kontakt- und

Beratungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kreis eröffnet. 1983 folgten öffentlichkeitswirksam und unter Beteiligung von Fachpublikum, Politik und Bürger_innen die ersten *Siegener Psychiatrietage* in der Bismarckhalle Weidenau. In Gesprächen mit Zeitzeug_innen der damaligen Entwicklungen wird betont, dass der anhaltende Austausch zwischen den Akteuren aus Siegen und Warstein, insbesondere auch mit der Warsteiner Aktionsgemeinschaft, einen großen Einfluss auf die Entwicklung der sozialpsychiatrischen Angebotslandschaft in Siegen-Wittgenstein Mitte der 1980er-Jahre hatte. Neben der o. g. Kontakt- und Beratungsstelle entstanden ein Übergangwohnheim in Siegen-Trupbach und eine therapeutische Wohngemeinschaft in Siegen-Achenbach.

1984 erfolgte der Aufbau einer psychiatrischen Station im Kreisklinikum Siegen mit 27 Betten, die in den folgenden Jahren erweitert werden sollte. Gegen Ende der 1980er-Jahre wurde die Siegener Initiative zur Rehabilitation und Integration psychisch Kranker e. V. gegründet, die sich später als Träger im Bereich des ambulant betreuten Wohnens etablierte. Im Jahr 1995 wurde im Kreisgesundheitsamt die Stelle einer Psychiatriekoordinatorin geschaffen, die Oberkreisdirektion lud alle an der (sozial)psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteure zu einem neu gegründeten Psychiatriebeirat ein, und es fanden die zweiten *Siegener Psychiatrietage* statt. Im Nachgang der Psychiatrietage wurde mit anfänglich hohem Interesse der *Brückenschlag* aufgebaut, eine offene Gesprächsplattform im Sinne eines ‚Triologs‘ für Psychiatrieerfahrene, Angehörige psychisch kranker Menschen und professionelle Mitarbeiter_innen. In den kommenden Jahren konnte sich dieses Angebot jedoch nicht dauerhaft etablieren und wurde schließlich eingestellt.

Ebenfalls im Jahr 1995 wurde die psychiatrische Pflichtversorgung für den Kreis Siegen-Wittgenstein von der Westfälischen Klinik Warstein auf das Kreisklinikum Siegen übertragen. 1996 richtete das Kreisgesundheitsamt den Sozialpsychiatrischen Dienst und seine Regionalstellen in allen kreisangehörigen Kommunen ein. Im Jahr 1999 gründete die Aktionsgemeinschaft in Siegen die Resolve gGmbH und ging weiterhin in ihr auf. Seit 2002 wurden die *Siegener Psychiatrietage* unter dem Namen *Püschatrietage* fortgeführt und in Zusammenarbeit mit der Psychiatriekoordination von einem eigens hierfür eingerichteten *Arbeitskreis Püschatrie*, einer Initiative psychiatrieerfahrener Menschen, organisiert¹⁰. Im Anschluss an die ‚Hochzongung‘ wohnbezogener Leistungen der Eingliederungshilfe zum Landschaftsverband Westfalen-Lippe im Jahr 2003 bildete sich insbesondere im Bereich des ambulant betreuten Wohnens eine diversifizierte Angebots- und Trägerlandschaft der sozialpsychiatrischen Versorgung im Kreis Siegen-Wittgenstein aus, die im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

Über die Jahre haben sich in Siegen-Wittgenstein vielfältige Selbsthilfestrukturen in der Sozialpsychiatrie herausgebildet. Diese umfassen Selbsthilfeinitiativen wie den Arbeitskreis Püschatrie und den Verein Bündnis gegen Depression Olpe-Siegen-Wittgenstein, dessen Geschäftsstelle bei der Psychiatriekoordination des Kreises liegt und der durch Aktionen wie die *Mut-Tour* oder

¹⁰ Vgl. Bericht auf Inside Siegen vom 21. August 2002, <http://www.inside-siegen.de/online/news2.php?id=141&s=> (Zugriff: 29. Dez. 2018).

die Kunstaussstellung *Inklusiv-exklusiv-kreativ* regelmäßig für eine Entstigmatisierung der Depression als Erkrankung wirbt. In Zusammenarbeit mit dem Bündnis gegen Depression Olpe-Siegen-Wittgenstein und der Psychiatriekoordination organisiert der Arbeitskreis Püschatrie als Initiative psychiatrieerfahrener Menschen jährlich die *Siegener Püschatrietage*. Die Reichweite der Selbsthilfeangebote im Kreis erstreckt sich laut der Selbsthilfekontaktstelle (KISS) der Diakonie Südwestfalen auf ungefähr 200 Gruppen, darunter auch solche zu den Themen Alkoholabhängigkeit, Alzheimer, Angehörige, Behinderung, Burnout, Depression, emotionale Probleme, Essstörungen, Mobbing, Psychisch Kranke, Soziale Phobien oder Suizid (Angehörige). Neben dem sozialen Umfeld und niedrigschwelligen Informations- und Beratungsangeboten sind es besonders die Haus- und Fachärzt_innen, öffentlichkeitswirksame Kampagnen und Angebote der Selbsthilfe, die als Steuerungsagent_innen einen Zugang zum Feld der Sozialpsychiatrie schaffen und ggf. bereits an bestimmte Adressen des Feldes verweisen können.

Insgesamt ist die Struktur der Träger professioneller Angebote im Feld der Sozialpsychiatrie in Siegen-Wittgenstein aber bis heute relativ überschaubar geblieben und verteilt sich auf elf Anbieterorganisationen sowie den Kreis selbst. Bemerkenswert ist der starke regionale Charakter der Trägerlandschaft. Eine deutliche überregionale Ausrichtung findet sich hier nur bei zwei Trägern: dem Ev. Johanneswerk e. V. mit Sitz in Bielefeld, in dessen Trägerschaft sich im Kreis die Klinik Wittgenstein und die Tagesklinik Netphen befinden, sowie dem Sozialwerk St. Georg e. V. mit Konzernsitz in Gelsenkirchen. Das Leistungsspektrum der Anbieter in Siegen-Wittgenstein erstreckt sich – wie anschließend skizziert wird – über sämtliche Bereiche der ambulanten (Beratung, betreutes Wohnen, ambulante Behandlung, Teilhabe am Arbeitsleben), teilstationären (teilstationäre Behandlung, Betreuung und Tagesstruktur) und stationären Angebote (stationäre Behandlung, Betreuung und Wohnen) sowie zahlreiche komplementäre Angebote.

Beratung und aagesstrukturierende Angebote

Die sozialpsychiatrischen Beratungsangebote im Kreis sind mit einer Beteiligung von 10 der 12 Träger des Feldes in ihren Standorten stark auf die Stadt Siegen konzentriert. Hier hält der AWO Kreisverband Siegen-Wittgenstein/Olpe ein Zentrum für Beratung, Therapie und Prävention für Suchthilfe vor und in gemeinsamer Trägerschaft mit dem Verein für Soziale Arbeit und Kultur Südwestfalen e. V. das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge. Der Caritasverband Siegen-Wittgenstein e. V. trägt ein Demenz-Servicezentrum, die DRK-Kinderklinik gGmbH eine Beratungsstelle für misshandelte und missbrauchte Kinder, das Kreisklinikum Siegen GmbH eine Suchtambulanz, die LaVie gGmbH eine Anlaufstelle für Beratung bei Essstörungen, die Reselve gGmbH ein ambulantes Zentrum *Nebenan* und die Kontakt- und Beratungsstelle *Treff K* sowie die Siegener Initiative zur Rehabilitation und Integration psychisch Kranker e. V. das *Café Blau*.

Ein dezentrales Alleinstellungsmerkmal liegt hier beim sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises, da er sowohl über Regionalstellen in jeder kreisangehörigen Kommune verfügt als auch Hausbesuche auf Anfrage durchführt. Die Standorte der Regionalstellen sind weiterhin im nahen räumlichen Umkreis der jeweiligen Kommunalverwaltung angesiedelt. Zusätzlich zu diesen Bera-

tungsstellen, die sich in ihrem Profil leicht unterscheiden, sich aber alle an eine psychisch erkrankte oder psychisch bzw. seelisch behinderte Klientel wenden, unterscheidet sich das Netz der Kontakt- und Beratungsstelle *Pluspunkt* des Sozialwerks St. Georg mit seinen Standorten in Siegen, Kreuztal, Neunkirchen, Bad Berleburg und Bad Laasphe. Die Einrichtungen wenden sich an Menschen mit Doppeldiagnosen in einem breiteren Spektrum (z. B. geistige Behinderung, Demenz, psychische Erkrankung, Essstörung, Sucht, Pflegebedarf). Auch die Diakonie in Südwestfalen gGmbH fasst mit der Begegnungs- und Beratungsstelle *Gegenüber* in Siegen ihre Zielgruppe von Menschen mit Behinderungen allgemeiner.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen bietet die AWO in ihren Werkstätten *Siegener Technikservice* in Siegen und *Wittgensteiner Technikservice* in Erndtebrück ca. 260 Beschäftigungsplätze an und ist gleichzeitig alleiniger Anbieter. Die Reselve verfügt in ihrer Tagesstätte für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen über 39 Plätze, von denen sich 25 in Siegen und 14 in einer Zweigstelle in Kreuztal befinden. Als einzige spezialisierte Pflegeeinrichtung dieser Art im Kreis richtet sich die Caritas mit dem Tagespflegehaus *Ermitage* in Wilnsdorf weiterhin ausschließlich an Menschen mit Demenz, während die Diakonie Südwestfalen ihre tagesstrukturierenden Angebote in Siegen, Freudenberg und Bad Laasphe an alle Menschen mit Behinderungen adressiert. Auch das Sozialwerk St. Georg mit seiner Tagesstätte *SozialWerkStatt* in Bad Laasphe spricht eine Zielgruppe zwischen psychischer Erkrankung/Behinderung, Abhängigkeitserkrankung, geistiger Behinderung und Persönlichkeitsstörung an.

Hilfen im Bereich des Wohnens

Im Bereich des ambulant betreuten Wohnens richtet nur die Siegener Initiative zur Rehabilitation u. Integration psychisch Kranker sich ausschließlich an Personen mit psychischer Störung. Sowohl die AWO (körperliche und/oder geistige Behinderung, psychiatrische Krankheitsbilder, Suchterkrankung), die Diakonie Südwestfalen (psychische Erkrankung, geistige Behinderung, Abhängigkeitserkrankung, entsprechende Kombinationen) und die Reselve gGmbH (psychische Erkrankung und/oder Lernschwierigkeiten) als auch das Sozialwerk St. Georg richten sich an mehrere Zielgruppen bzw. Zielgruppen mit komplexen Bedarfen.

Der Bereich der vollstationären Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischen bzw. seelischen Behinderungen wird maßgeblich von der Diakonie Südwestfalen und dem Sozialwerk St. Georg ausgestaltet, während LaVie sich auf die Begleitung und Hilfe bei Essstörungen spezialisiert hat und ausschließlich entsprechende betreute Wohnangebote vorhält. Die Diakonie Südwestfalen verfügt sowohl über das Wohnheim *Euelsbruch* in Freudenberg, das 29 Plätze für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung (davon 6 Plätze zum stationären Einzelwohnen im Nachbargebäude) umfasst, als auch über das *August-Hermann-Francke-Haus* in Bad Laasphe mit 26 Plätzen für Menschen mit psychischer Störung und eine Außenwohngruppe mit 5 Plätzen in Siegen. Im Vergleich verfügt das Sozialwerk St. Georg über das deutlich stärker ausgebaute stationäre Wohnangebot, welches sich zudem durch die Wohneinrichtung *Haus am Schloßberg* in Bad Laasphe mit 54 Plätzen an eine gerontopsychiatrische Zielgruppe richtet, die Menschen mit

psychischer Erkrankung oder Behinderung, Pflegebedarf und Mobilitätseinschränkung fokussiert. In einer Außenwohngruppe in Bad Laasphe mit 29 Plätzen werden Klient_innen zudem auf das ambulant betreute Wohnen vorbereitet. In zwei weiteren Wohneinrichtungen mit jeweils 24 Plätzen, dem Haus Dreis-Tiefenbach in Netphen und dem Haus Geisweid in Siegen, wohnen psychisch erkrankte Personen. LaVie verfügt schließlich über eine Intensivwohngruppe, drei Wohngemeinschaften und mehrere Appartements zum stationär betreuten Einzelwohnen in Siegen und richtet sich hiermit ausschließlich an junge Frauen von 18 bis 26 Jahren, die an einer Essstörung erkrankt sind oder waren.

Behandlung

Ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung wird durch die DRK-Kinderklinik in der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Siegen, durch die Institutsambulanz der Klinik Wittgenstein in Trägerschaft des Ev. Johanneswerks in Bad Berleburg oder durch die psychiatrische Institutsambulanz des Kreisklinikums Siegen erbracht. Zusätzlich verfügt das Kreisklinikum über einen der psychiatrischen Institutsambulanz angeschlossenen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst, dessen ‚3 Fachgesundheits- und Fachkrankenschwester_innen für Psychiatrie‘ auch gerontopsychiatrische Angebote vorhalten (vgl. Kreisklinikum Siegen o. J.). Weiterhin bietet die Resolve e.V. in ihrer medizinischen Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit psychischen Störungen in Siegen auch eine ambulante Rehabilitation. Die DRK-Kinderklinik erweitert mit ihrem sozialpädiatrischen Zentrum in Siegen und einer Außenstelle in Bad Berleburg die Zielgruppe der Früherkennung auf sämtliche Formen der Behinderung.

Die teilstationäre psychiatrische Behandlung im Kreis erfolgt durch die Tagesklinik der DRK-Kinderklinik mit 12 Plätzen sowie die Tagesklinik Netphen in Trägerschaft des Ev. Johanneswerks mit 40 Plätzen. Für die stationäre psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung stehen in der DRK-Kinderklinik 138 Betten, im Kreisklinikum Siegen 140 Betten und in der Klinik Wittgenstein 130 Betten zur Verfügung. Die Resolve e.V. bietet mit ihrer medizinischen Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung weiterhin ein stationäres Rehabilitationsangebot an.

Teilhabe am Arbeitsleben / unterstützte Beschäftigung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden vom psychosozialen Fachdienst in gemeinsamer Trägerschaft des Arbeitsmedizinischen Zentrums Siegerland e. V. und des LWL-Integrationsamtes Münster in den Räumlichkeiten des AMZ in Siegen, Bad Berleburg, Burbach und Hilchenbach erbracht. Die entsprechenden Leistungen beziehen sich auf die Betreuung psychisch kranker Arbeitnehmer_innen und die Beratung von Betrieben, die Menschen mit psychischen Behinderungen beschäftigen. Auch die Resolve bietet in Siegen Rehabilitationsmaßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung an, die einen ‚Integrationslehrgang‘ und eine betriebliche Integrationsmaßnahme an einem Trainingsplatz in einem regionalen Unternehmen umfassen. Der in ge-

meinsamer Trägerschaft der Reselve und des LWL-Integrationsamts Münster stehende Integrationsfachdienst in Siegen erbringt darüber hinaus Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Schwerbehinderung.

Diskutiert wird an verschiedenen Stellen die Problematik der Übernahme von zuvor psychiatrischen Praxisstellen durch Neurologen. Hierdurch wäre die ambulante Akutversorgung von Personen mit psychischen Störungen im Kreis zunehmend schwerer zu gewährleisten. Diese Problematik wurde am 02.03.2016 im Gesundheitsausschuss des Kreises diskutiert. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die unzureichenden psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Fluchterfahrungen im Kreis hingewiesen (vgl. Gesundheitsausschuss des Kreises Siegen-Wittgenstein 2016).

Als besonderes Merkmal der Feldentwicklung der Sozialpsychiatrie in Siegen-Wittgenstein ist festzuhalten, dass sie stark durch Patienten-, Angehörigen- und Fachinitiativen geprägt wurde und sich diese Initiativen später erfolgreich als Leistungsträger und Dienstleister in der Versorgungsstruktur des Feldes verorten konnten. Interviews mit Akteur_innen des Feldes legen jedoch nahe, dass seit der Hochzonung wohnbezogener Leistungen der Eingliederungshilfe zum Landschaftsverband Westfalen-Lippe im Jahr 2003 die Feldentwicklung stagniert und die ursprünglich in Richtung einer umfänglichen gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur orientierten Initiativen nicht mehr praxisformend sind. Dies wird von einzelnen Akteur_innen als Defizit der Hochzonung aufgefasst, da durch die überregionale Zuständigkeit nur ein unzureichender Überblick über die für eine gemeindepsychiatrische kommunale Planung notwendigen lokalen Versorgungsstrukturen und Interaktionen der Akteure möglich ist.

2.5.3 Planungs- und Gremienstrukturen

Gemäß dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGD NRW) ist es seit 1997 Aufgabe der ‚unteren Gesundheitsbehörden‘ (Gesundheitsämter), sowohl Beratungsangebote für Adressat_innen sozialpsychiatrischer Hilfen vorzuhalten als auch selbst Hilfen durch ‚sozialpsychiatrische Dienste‘ zu erbringen (vgl. § 16 ÖGDG NRW).

Die Gesundheitsbehörden Nordrhein-Westfalens sind nach § 21 ÖGDG NRW zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung verpflichtet. Diese Verpflichtung umfasst jedoch nicht explizit die (sozial)psychiatrische Versorgung, ein entsprechender Bericht liegt für Siegen-Wittgenstein auch nicht vor. Von Seiten des Kreisgesundheitsamtes werden Erhebungen zu den Themen *Einschulungsuntersuchung, jugendärztliche Untersuchung, Unterbringungen nach PsychKG und Betreuungsrecht, Rechtliche Betreuung* sowie *AIDS- und Suchtberatung* durchgeführt (vgl. Kreisverwaltung Siegen-Wittgenstein 2015).

Als akteursübergreifendes politisches Instrument der Sozialpsychiatrie in Siegen-Wittgenstein existiert der Psychiatriebeirat, der nach Bedarf Arbeitsgruppen einrichtet. Aktivitäten im Rahmen einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) sind für den sozialpsychiatrischen Bereich derzeit nicht vorhanden. Auf Initiative des Psychiatriebeirats ist eine Beschwerdestelle für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und ihre Angehörigen eingerichtet worden. Die

Geschäftsführung des Psychiatriebeirats und der Beschwerdestelle liegt bei der Psychiatriekoordination des Kreisgesundheitsamtes, die mit einer Stelle und seit ihrer Einrichtung 1995 unverändert besetzt ist. Die Psychiatriekoordination stellt zudem die zentrale impulsgebende Institution der Kommunalverwaltung für das Feld der Sozialpsychiatrie dar. Sie koordiniert sowohl den sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises und die lokalen Akteure als auch die beauftragte Stelle für Hilfen gem. § 67 SGB XII als Schnittstelle zum LWL. Weiterhin vertritt sie den örtlichen Sozialhilfeträger in der Hilfeplankonferenz für wohnbezogene Eingliederungshilfe, organisiert interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen und gibt in Zusammenarbeit mit psychiatriee erfahrenen Frauen und Männern regelmäßig das Magazin *Psychiatrische Allgemeine* heraus.

Während einzelne fachliche Vertreter_innen der sozialpsychiatrischen Versorgung zwar an der Kommunalen Konferenz Gesundheit, Alter und Pflege, der Regionalplanungskonferenz, dem Gesundheitsausschuss und der Hilfeplankonferenz zur stationären und ambulanten Eingliederungshilfe teilnehmen, bleiben Verknüpfungen zwischen diesen Gremien jedoch offenbar gering. Der Zugang für Leistungsberechtigte zum Hilfesystem Wohnen erfolgt für Menschen mit seelischer Behinderung ebenso wie für Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen über eine spezifische Form von Hilfeplanung (Clearingverfahren¹¹).

In jüngster Zeit sind Initiativen zu verzeichnen, die im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes wieder an frühere Kooperations- und Koordinationsstrukturen anknüpfen wollen.

2.6 Thesen zu Feldentwicklungen in Siegen-Wittgenstein

Zur Vorbereitung vertiefender Analysen der hier behandelten drei organisationalen Felder der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie wurden in einem ersten Untersuchungsschritt deren jeweilige lokale Entwicklungen im Untersuchungsgebiet des Kreises Siegen-Wittgenstein nachgezeichnet. Zusammenfassend werden nun erste Einschätzungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden der drei Felder und ihren jeweiligen Entwicklungen dargestellt.

Sektoralisierung trotz leistungsrechtlicher Verschränkungen

Die drei untersuchten organisationalen Felder sind jeweils durch anhaltende Reformbestrebungen und aktuelle gesetzliche Änderungen auf Bundes- und Landesebene gekennzeichnet, die die handelnden Akteure im kommunalen Raum vor die Herausforderung stellen, ihre Strukturen und Handlungsroutrinen entsprechend anzupassen. Die Felder verfügen über spezifische leistungsrechtliche Rahmenvorgaben, die jeweils Rechtsansprüche für Leistungsberechtigte regeln, die Zuständigkeiten der jeweiligen Sozialverwaltung festlegen und über vertragliche Regelungen die Aufgaben der Anbieter im Leistungsgeschehen formulieren. Gleichzeitig erscheinen die leistungsrechtlichen Grundlagen zwischen den Sektoren zunehmend verschränkt. Der Sektor der Pflege wird zwar in hohem Maße durch das Leistungsrecht des SGB XI strukturiert. Allerdings

¹¹ Vgl. Informationen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe zum Hilfeplanverfahren, <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/Behindertenhilfe/hilfeplanverfahren> (Zugriff: 24. Apr. 2017).

sind darüber hinaus etwa für Leistungen der Behandlungspflege auch entsprechende Regelungen im SGB V bedeutsam. Zudem spielen im Leistungsgeschehen die Leistungen der örtlichen Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege (§ 61 ff SGB XII) eine wichtige Rolle. Erstaunlich unbedeutend erscheint für die Pflege die Eingliederungshilfe nach SGB XII.

Wesentliche Grundlage der Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen ist die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII. Allerdings werden in verschiedenen Bereichen der Behindertenhilfe regelhaft auch Leistungen der Pflege nach SGB XI oder wie in der Frühförderung auch Leistungen der Krankenkassen nach SGB V herangezogen. Das SGB IX wird derzeit im Zuge des Bundesteilhabegesetzes zum Leistungsrecht umgeformt, um die Leistungen der Eingliederungshilfe stärker von den Leistungen der Sozialhilfe zu trennen. Damit einher geht aber auch die weitere Verschränkung leistungsrechtlicher Grundlagen der Pflege und Sozialhilfe in überörtlicher (Eingliederungshilfe) und kommunaler Zuständigkeit (Hilfe zur Pflege). Dies kann zu einer verstärkten Sektoralisierung führen, wenn keine neuen Kooperationsroutinen entwickelt werden.

Planungsstrukturen und Planwerke folgen verfestigten Feldlogiken

Es bestehen in allen drei Feldern im Kreis Siegen-Wittgenstein unterschiedlich ausgeprägte Planungstraditionen, Planungslogiken, Planungsstrukturen und Planwerke. Diese spiegeln auch unterschiedliche gesetzliche Vorgaben zur kommunalen Planungsverantwortung wider. Im Feld der Behindertenhilfe und in der Sozialpsychiatrie liegt im Hinblick auf die überörtliche Zuständigkeit der Eingliederungshilfe eine besondere Herausforderung in der Kooperation zwischen kommunaler Ebene und Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL). Allerdings kommt in der Sozialpsychiatrie der Verknüpfung zwischen psychiatrischen Behandlungsleistungen nach SGB V und Leistungen der Eingliederungshilfe eine besondere Bedeutung zu, wobei durch das BTHG und die erweiterten Leistungen nach den Pflegestärkungsgesetzen dann auch die Pflegeleistungen eine größere Rolle spielen könnten.

Die Sozialpsychiatrie steht im Unterschied zur Behindertenhilfe in einer Reformtradition, die seit den 1970er-Jahren auf kommunale Verantwortung setzte. Trotz der im Zuge der ‚Hochzoning‘ ab 2003 auf überörtlicher Ebene immer stärker zusammengeführten Zuständigkeit für Leistungen der Eingliederungshilfe ist die kommunale Planungstradition im Kreis Siegen-Wittgenstein noch immer gut erkennbar.

Eine im Vergleich zur Behindertenhilfe deutlich höhere Planungsverantwortung der Kommunen ist auch für den Bereich der Pflege festzustellen. Die besonders im Sektor der Pflege im Zuge der Pflegeversicherung initiierte Marktorientierung der Angebotslandschaft ist im Bereich der Eingliederungshilfe mittlerweile ebenfalls angekommen. Kommunale Planungsspielräume stoßen des Weiteren auf Begrenzungen, die sich aus überörtlichen Zuständigkeiten für Kernbereiche der hier untersuchten Hilfesysteme ergeben.

Die unterschiedlichen Planungslogiken beinhalten Formen der ‚vertikalen‘ Planung des überörtlichen Sozialhilfeträgers (LWL), die sich im Bereich der Behindertenhilfe einrichtungs- und trägerbezogen auswirken. Andererseits ist z. B. in der Schaffung von Beratungs- und Informationsstrukturen eine ‚horizontale‘ Planungslogik zu erkennen, mit der der Kreis in den Bereichen der Pflege und Sozialpsychiatrie versucht, sozialräumliche Strukturen im Kreisgebiet zu entwickeln. Besonders im Bereich der Pflege sind seit vielen Jahren systematische Aktivitäten des Kreises für eine Planung und Steuerung des Angebots in Richtung häuslicher Versorgung zu erkennen, wobei der Planungsauftrag hier auch in § 7 APG NRW festgelegt ist. Eine feldübergreifende Planung oder Kooperation von Akteuren auf Ebene von Gremien findet bislang weder in der Pflege noch in den anderen Bereichen statt.

Zugangsverfahren zum Leistungssystem sind feldbezogen

Der Zugang für Leistungsberechtigte zu den Hilfesystemen der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie erfolgt über unterschiedliche Verfahren. Der Zugang zum Hilfesystem Wohnen im Bereich der Eingliederungshilfe sowohl für sogenannte geistig behinderte Menschen als auch für seelisch behinderte Menschen erfolgt derzeit über dasselbe Clearingverfahren des überörtlichen Sozialhilfeträgers, allerdings in getrennten Hilfeplankonferenzen. Vertreter_innen der Pflegekassen oder andere Akteure aus diesem Feld sind nicht einbezogen.

Für das Feld der Pflege erfolgt der Zugang nach individueller Antragstellung über ein Begutachtungsverfahren mit dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Zudem hat sich in Siegen-Wittgenstein ein Überleitungsverfahren etabliert, bei dem die Sozialdienste der Krankenhäuser ratsuchende Personen an die Pflegeberatung des Kreises und der Pflegekassen weiterverweisen. Auch die Senioren-Service-Stellen vermitteln an die Pflegeberatung des Kreises weiter. Dies sind allerdings unverbindliche Vereinbarungen. Es zeigen sich hinsichtlich der Zugänge zu den Leistungssystemen in allen untersuchten Feldern Bedarfe für eine verbindlichere Koordination, zumal nicht wenige Personen mehrere Leistungssysteme gleichzeitig nutzen. Dabei wäre insbesondere auch zu überlegen, wie sozialräumliche Ressourcen stärker in individuelle Unterstützungsarrangements und Einzelfallberatungen aufgenommen werden könnten.

Die Entwicklung von Träger- und Angebotsstrukturen folgt lokalen Pfaden

Die Trägerstruktur der drei Felder unterscheidet sich sowohl in ihrer Pluralität, als auch in den vorhandenen Rechtsformen, der regionalen Ausrichtung, dem Angebotsspektrum, der geografischen Verteilung im Kreisgebiet und der feldübergreifenden Orientierung. Das Feld der Pflege tendiert dazu, sich mit seinen Planungsaktivitäten und Angeboten im herkömmlichen Sinne als Altenpflege zu verstehen und sich sowohl gegenüber pflegebedürftigen jüngeren Personen als auch gegenüber pflegebedürftigen Personen mit Behinderung oder chronischer psychischer Erkrankung abzugrenzen.

In der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie sind vergleichsweise wenige, aber größere und breiter aufgestellte Träger aktiv, während in der Pflege die allgemein höhere Anzahl größerer,

mittlerer und kleinerer Anbieter_innen kennzeichnend ist, mit einem vergleichsweise hohen Anteil privat-gewerblicher Anbieter_innen. Das Feld der Sozialpsychiatrie ist besonders stark von einer regionalen Verbundenheit der Trägerlandschaft geprägt, die sich aus Fach- und Selbsthilfeinitiativen heraus entwickelt hat.

Beratungsstrukturen sind feldspezifisch strukturiert

Es bestehen dezentrale Beratungsstrukturen der Pflege und Sozialpsychiatrie, die in bzw. in räumlicher Nähe der Kommunalverwaltungen angesiedelt sind. Vor allem die Pflegeberatungsstelle des Kreises ist aufsuchend tätig und bietet Hausbesuche an. Es finden sich in allen drei Feldern Beratungsangebote freier Träger, die sich räumlich stark auf die Stadt Siegen konzentrieren. Bei diesen Beratungsstellen zeigen sich Tendenzen, Beratung mit engem Blick auf das eigene Leistungsangebot und weniger trägerübergreifend durchzuführen. Beratungsstrukturen in öffentlicher Trägerschaft mit sozialräumlicher Anbindung sind im Bereich der Pflege dezentral und im Bereich der Sozialpsychiatrie ansatzweise dezentral vorhanden. Im Unterschied dazu sind trägerunabhängige Beratungs- und Informationsstellen im Bereich der Behindertenhilfe nicht im vergleichbaren Maße verfügbar. Dies kann dazu führen, dass sozialräumliche Ressourcen nicht hinreichend beachtet werden und eine Unterversorgung mit spezielleren Angeboten in ländlichen Kreisregionen nicht auszuschließen ist. Generell ist zu vermuten, dass sich die zunehmende Verschränkung der leistungsrechtlichen Grundlagen in den einzelnen Feldern auf die Entwicklung der Angebotsformen auswirkt. Dies zieht aber auch veränderte Beratungs- und Informationsbedarfe aufseiten von ratsuchenden Personen nach sich, die mehr als bisher feldübergreifend zu beantworten sind. Dienste und Einrichtungen mit feldübergreifendem Angebotsprofil finden sich bislang am ehesten im Schnittfeld zwischen Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie im Bereich des ambulant betreuten Wohnens sowie zwischen Pflege und Sozialpsychiatrie im gerontopsychiatrischen Bereich und den Hilfen für Menschen mit Demenz.

Ausgehend von den dargestellten Überlegungen zur Entwicklung und Beschaffenheit der drei hier untersuchten Felder wurden im Rahmen des Projekts KoKoP mehrere empirische Untersuchungen durchgeführt. Deren Ziel war die Vertiefung und Qualifizierung der zuvor dargestellten Befunde. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden im Folgenden dargestellt.

3 Feldzugänge und Inanspruchnahme

Die bisherigen Ausführungen rekonstruierten vor allem die Entwicklungspfade der Einrichtungen, Dienste und Stellen in den hier untersuchten Feldern auf Kreisebene. Die dabei im Vordergrund stehende Perspektive Sozialer Dienste soll im Folgenden durch die Perspektive (potenzieller) Nutzer_innen dieser Dienste ergänzt werden. Dazu erscheint eine kleinräumlich angelegte Herangehensweise zielführend, die sich auf eine Gebietskörperschaft unterhalb der Kreisebene bezieht. Es interessieren insbesondere folgende Fragen:

1. Wie schätzt die erwachsene Bevölkerung einer ländlichen kreisangehörigen Kommune im Kreis Siegen-Wittgenstein das Informationsangebot hinsichtlich der Unterstützungsleistungen in den Feldern der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie ein?
2. Worauf stützen sich die Bewohner_innen der befragten Kommune bei der Präferenzbildung hinsichtlich der Auswahl und Inanspruchnahme von Angeboten bei Eintreten eines Hilfebedarfs?
3. Welche Erfahrungen bestehen im Kontakt mit diesen Unterstützungsangeboten und wie werden diese im Hinblick auf ausgewählte Dimensionen von Dienstleistungsqualität eingeschätzt?
4. Werden nach Einschätzung der erwachsenen Bevölkerung der ausgewählten Kommune bestehende Hilfebedarfe durch die Einrichtungen und Dienste der drei Felder bedarfsgerecht abgedeckt? Welche Probleme bestehen in diesem Zusammenhang?
5. Welche Erkenntnisse können über das planerische Zusammenwirken des Kreises mit kreisangehörigen Kommunen bzw. dessen Weiterentwicklung gewonnen werden?

Als Untersuchungsgebiet wurde die Gemeinde A. als kleinste der elf Kommunen des Kreises Siegen-Wittgenstein ausgewählt. A. hat eine mittlere geographische Lage im Kreisgebiet zwischen dem Oberzentrum Siegen und einem Mittelzentrum. Gemäß der seit einiger Zeit gültigen offiziellen Raumgliederung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung kann A. dem ‚peripheren ländlichen Raum‘ zugeordnet werden¹². Damit sind insbesondere ländliche Räume mit geringerer Bevölkerungsdichte gemeint, die in der Regel mit strukturschwachen Regionen gleichgesetzt werden, welche tendenziell Bevölkerung verlieren und Probleme bei der Versorgung mit verschiedenen Dienstleistungen aufweisen. Zusätzlich besteht die Vorannahme, dass die Versorgungssituation in A. bezogen auf die drei organisationalen Felder der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie möglicherweise zu einem bedeutsamen Anteil über Angebote geleistet

¹² Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2017) unterscheidet insbesondere hochverdichtete Agglomerationsräume, Agglomerationsräume mit herausragenden Zentren, verstärkte Räume höherer Dichte, verstärkte Räume mittlerer Dichte mit großen Oberzentren, verstärkte Räume mittlerer Dichte ohne großes Oberzentrum, ländliche Räume höherer Dichte sowie ländliche Räume geringerer Dichte.

wird, die nicht vor Ort ansässig sind. Hier stellt sich die Frage, ob eine Versorgung eher aus Richtung des Raums Siegen oder aus der Wittgensteiner Region erfolgt, mit der A. historisch verbunden ist.

3.1 Methodik und Rücklaufquoten

Zur Untersuchung der oben genannten Fragestellungen hat sich die Forschungsgruppe dafür entschieden, eine repräsentative Befragung der erwachsenen Wohnbevölkerung der Gemeinde A. durchzuführen. Als Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen entworfen, der sowohl Fragen zu Erfahrungen mit sozialen Diensten in der Vergangenheit, Fragen zu zukünftigen Kontakten zu sozialen Diensten und Einschätzungen zur Lage von sozialen Dienste in A. als auch Fragen zur ausfüllenden Person umfasst¹³.

Die Gemeinde A. hatte zum Stichtag 31.12.2016 insgesamt 7.106 Einwohner_innen, davon 3.490 (49,1 %) Frauen (vgl. IT.NRW 2018). Von dieser Gesamteinwohnerzahl waren 5.838 Personen 20 Jahre alt oder älter, 2.887 (49,5 %) hiervon weiblich. Diese 5.838 Personen stellten die Grundgesamtheit der hier beschriebenen Untersuchung dar. Ausgehend von einem Konfidenzniveau von 95 % und einer Fehlermarge von 3 % ergab sich eine realistische notwendige Stichprobengröße von 903 Personen. Die Auswahl dieser Stichprobe erfolgte durch einen Auftrag an das Einwohnermeldeamt und entsprechende Auskunft an das Forschungsteam. Die dabei zur Verfügung gestellten Daten wurden verschlüsselt übermittelt. Von den ausgewählten 903 Personen waren 433 (48 %) weiblich. Eine Schichtung der Altersgruppen war bei der Stichprobenziehung nicht möglich. Die Befragungsteilnehmer_innen erhielten persönlich adressierte Briefsendungen, welche ein Anschreiben des Forschungsteams, ein Begleitschreiben des Bürgermeisters der Gemeinde, den vierseitigen Fragebogen und einen vorfrankierten Rückumschlag umfassten. Im Vorfeld der Befragung wurde in der Lokalpresse und über die jeweiligen Onlinekanäle auf das Forschungsvorhaben hingewiesen. Der Versand der Fragebögen erfolgte am 11.05.2018. Die Datenerhebung wurde am 14.06.2018 abgeschlossen.

Im Zeitraum der Datenerhebung sandten 282 Personen auswertbare Fragebögen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 31,2 % (n=903). Der Anteil von Befragungsteilnehmer_innen, die sich als ‚weiblich‘ identifizieren, ist hierbei geringfügig erhöht (54 %, gültig). 1 Person identifiziert sich geschlechtsbezogen als ‚anders‘ (0,4 %, gültig). Eine anerkannte Behinderung wird von 47 (16,9 %, gültig) der befragten Personen angegeben, während 23 (8,3 %, gültig) selbst einen Pflegegrad aufweisen. 14 Personen (5,0 %, gültig) geben hierbei sowohl eine Behinderung als auch einen Pflegegrad an. Die Zusammensetzung des Samples entspricht weitgehend den aktuellen Angaben zur Population im Kreis Siegen-Wittgenstein und dem Land Nordrhein-Westfalen. Das Referat 50.3 *Schwerbehindertenangelegenheiten* des Kreises Siegen-Wittgenstein gibt auf Nachfrage an, dass 59.252 Menschen mit festgestellten Behinderungen (GdB 20 – 100) zum 31.12.2016 im Kreisgebiet Siegen-Wittgenstein lebten. Dies entsprach kreisweit einem Anteil

¹³ Der verwendete Fragebogen befindet sich im Anhang dieses Berichts.

von 21,3 % an der Gesamtbevölkerung (277.933, vgl. IT.NRW 2018). Zum gleichen Zeitpunkt lebten in der Gemeinde A. 1.512 Personen mit festgestellter Behinderung (GdB von 20 – 100), was ebenfalls einem Anteil von 21,3 % an der Bevölkerung A.s (7.106, vgl. IT.NRW 2018) entsprach. Hierbei sind jedoch auch Menschen unter 20 Jahren berücksichtigt.

Der Pflegebedarfsplan 2017 des Kreises weist diesbezüglich einen Anteil von pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung im Kreisgebiet von 3,79 % (Stand 31.12.2015) und einen Anteil von pflegebedürftigen Personen an der Bevölkerung A.s von 3,7 % (Stand 31.12.2015) aus (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2017a, S. 23-27). Landesweit lag zum gleichen Zeitpunkt (31.12.2015) der Anteil von pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens bei 3,57 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 8).

3 ausgewählte Personen wurden weiterhin von Hinterbliebenen als verstorben zurückgemeldet, während 2 Personen unter den ermittelten Adressen nicht mehr erreichbar waren. Die Angaben zu gültigen Prozenten im Kontext der ursprünglichen Stichprobengröße beziehen sich aus diesem Grund auf n=898.

Tabelle 1: Altersgruppen der Befragungsteilnehmer_innen, Verhältnisse in Grundgesamtheit und Stichprobe

Altersgruppe	Anteil an N=5.838		Anteil an n = 282, fehlend = 3	
	absolut	Relativ	absolut	Relativ
20 bis unter 25	388	6,6 %	9	3,2 %
25 bis unter 30	419	7,2 %	12	4,3 %
30 bis unter 40	813	13,9 %	26	9,3 %
40 bis unter 50	921	15,8 %	34	12,2 %
50 bis unter 60	1.232	21,1 %	65	23,3 %
60 bis unter 65	494	8,5 %	28	10,0 %
65 oder mehr	1.571	26,9 %	105	37,6 %

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung nach IT.NRW 2018.

Bezogen auf die Altersgruppen der Befragungsteilnehmer_innen kann festgehalten werden, dass Abweichungen zu den jeweiligen Verhältnissen in der Grundgesamtheit in den Altersgruppen bis 65 Jahre zwischen 1,5 % und 4,6 % auftreten, wobei die Altersgruppen bis 50 Jahre unterrepräsentiert und die Altersgruppen ab 50 Jahren überrepräsentiert sind. Allein in der Altersgruppe der Senior_innen ab 65 Jahren ist die Beteiligung an der Befragung im Vergleich zum Anteil an der Grundgesamtheit um 10,7 % erhöht. Andererseits könnte der hohe Anteil älterer Personen, die mit größerer Wahrscheinlichkeit bereits mit Fragen zum Hilfesystem der Pflege

konfrontiert worden sind (für sich selbst oder andere Personen), auch auf eine besondere Aktualität der Befragungsthemen für die Altersgruppen ab 65 Jahren und eine entsprechend motivierte Teilnahmebereitschaft sprechen.

3.2 Ergebnisse der Untersuchung

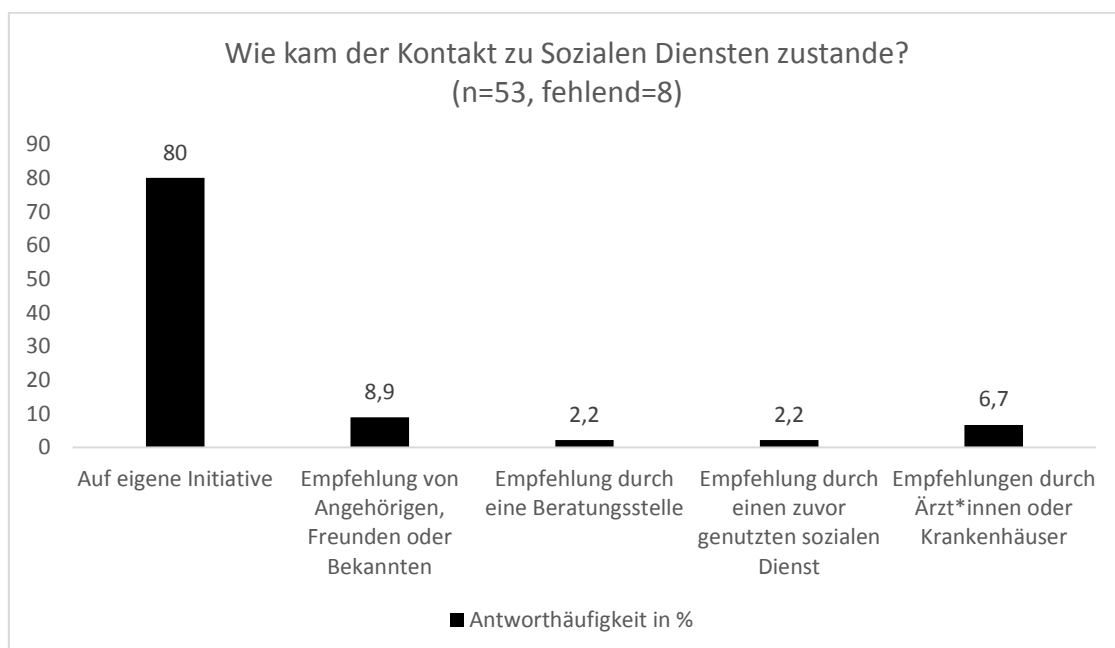
Im Folgenden werden die Untersuchungsergebnisse dargestellt, wobei sich die Ausführungen an der Struktur des verwendeten Fragebogens orientieren.

3.2.1 Erfahrungen mit Sozialen Diensten

Um einzuschätzen, ob die Aussagen der befragten Personen auf eigenen Erfahrungen mit der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie beruhen, wurde erfragt, ob ein aktueller Kontakt zu Sozialen Diensten besteht oder in den letzten 24 Monaten bestanden hat. Nach eigenen Angaben hatten 53 Personen der Stichprobe (18,8 %) in den vergangenen zwei Jahren Kontakt zu sozialen Diensten (zum Beispiel Pflegedienste, Beratungsstellen, Dienste für das ambulant betreute Wohnen oder dem sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises). Von den übrigen 229 Personen haben 34 entweder einen anerkannten Grad der Behinderung, einen anerkannten Pflegegrad oder beides. Keinen persönlichen oder aktuellen Kontakt zu den Feldern der Behindertenhilfe, Pflege oder Sozialpsychiatrie weisen 69,1 % der Stichprobe (195 Personen) auf.

Bezogen auf die Frage, wie die Kontaktaufnahmen zu Sozialen Diensten erfolgen, gibt der Großteil (80,0 %) von Personen mit aktuellem Feldkontakt an, selbstständig recherchiert und selbst einen Kontakt zu Sozialen Diensten hergestellt zu haben (vgl. Abbildung 1) **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..**

Abbildung 1: Kontaktaufnahmen zu Sozialen Diensten



Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Mit deutlichem Abstand folgen die Anwohnerhäufigkeiten der Empfehlungen durch Angehörige, Freund_innen oder Bekannte (8,9 %) sowie von Ärzt_innen oder Krankenhäusern (6,7 %). Dies lässt vermuten, dass für den Zugang zu Hilfesystemen vorwiegend die eigene Initiative relevant ist, die individuell durchaus bestimmte Voraussetzungen an Wissen und Artikulationsfähigkeit erfordert. Vergleichsweise selten wird zusätzlich auf soziale Kontakte zurückgegriffen, um die individuelle Informationslage zu ergänzen. Noch seltener werden Beratungsstellen und bereits zuvor genutzte Soziale Dienste für den Zugang zu Hilfen angesteuert (jeweils 2,2 %). Die Inanspruchnahme von institutionalisierten Beratungsangeboten erscheint kaum Teil alltäglicher Routinen der Hilfesuchenden zu sein. Heinrich, Nickel und Brähler weisen am Beispiel der Pflegeberatung auf einen insgesamt hohen Beratungsbedarf hin (vgl. Heinrich/Nickel/Brähler 2013, S. 8). Dieser zeige sich auch bei der Inanspruchnahme der Beratungsangebote. Gleichzeitig weisen die Autor_innen jedoch auf die Problematik hin, dass bisherige Studien zur Inanspruchnahme von Beratungsangeboten vor allem diejenigen Ratsuchenden in den Blick nehmen, die Beratungsangebote tatsächlich aufsuchen (können). Der o. g. Befund der hier vorgestellten Untersuchung deckt sich jedoch beispielsweise mit den Ergebnissen von Mahne und Nowossadeck (vgl. Mahne/Nowossadeck 2016, S. 3). Demnach besteht eine hohe Diskrepanz zwischen Kenntnissen der allgemeinen Bevölkerung über Seniorenberatungsstellen und der tatsächlichen Inanspruchnahme. Wetzstein, Rommel und Lange weisen allgemein darauf hin, dass insbesondere pflegenden Angehörigen viele Angebote der Versorgungslandschaft nicht bekannt seien (vgl. Wetzstein/Rommel/Lange 2015, S. 9).

Auf die Frage, welche Informationsquellen für den Zugang zu Sozialen Diensten für sie persönlich am wichtigsten seien, gibt die Hälfte der Personen mit aktuellem Feldkontakt an, dass das Internet ‚sehr wichtig‘ oder ‚eher wichtig‘ sei (jeweils 25 %), gefolgt von Anlaufstellen des Kreises Siegen-Wittgenstein (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Lokale Medien werden zwar von einer Mehrheit der befragten Personen als Informationsquelle genutzt, jedoch tendenziell nicht als relevant für den Zugang zu Sozialen Diensten wahrgenommen. Sowohl Anlaufstellen der Gemeinde A. als auch Vereine und Verbände werden seltener als Informationsquellen angegeben, wobei Nutzer_innen die Anlaufstellen der Gemeinde als tendenziell relevanter wahrnehmen. Religiösen Gemeinden wird überwiegend nur eine geringe Relevanz als Informationsquelle für den Zugang zu Sozialen Diensten zugewiesen.

Es ist zu vermuten, dass insbesondere die Recherche anhand des Internets die Orientierung an Empfehlungen und Erfahrungen anderer Hilfesuchender ermöglicht und den direkten Kontakt zu Angehörigen, Freund_innen oder Bekannten in Einzelfällen z. T. ersetzt. An dieser Stelle können z. B. Erfahrungsberichte, Bewertungsportale und nichtprofessionelle Informationsquellen in Internetforen einen erheblichen Einfluss darauf ausüben, wie der Kontakt zu einem bestimmten Feld erfolgt.

Tabelle 2: Relevanz von Informationsquellen für den Zugang zu Hilfesystemen

Relevanz Informationsquelle	sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	nicht wichtig	nicht ge- nutzt	fehlend
Lokale Medien (z. B. Zeitung, Radio, Gemeindeblatt)	7 13,5 %	10 19,2 %	10 19,2 %	8 15,4 %	17 32,7 %	1
Internet	12 25,0 %	12 25,0 %	9 18,8 %	3 6,3 %	12 25,0 %	5
Vereine und Verbände	4 8,7 %	8 17,4 %	8 17,4 %	3 6,5 %	23 50,0 %	7
Religiöse Gemeinde	0	8 18,2 %	9 20,5 %	6 13,6 %	21 47,7 %	9
Anlaufstelle der Gemeinde A.	4 8,9 %	10 22,2 %	4 8,9 %	5 11,1 %	22 48,9 %	8
Anlaufstelle des Kreises Sie- gen-Wittgenstein	10 20,4 %	8 16,3 %	9 18,4 %	3 6,1 %	19 38,8 %	4

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung, n=53.

Neben den Zugangswegen und relevanten Informationsquellen für die Auswahl von Angeboten Sozialer Dienste sind auch die Erfahrungen aus der Perspektive von Nutzer_innen relevant, um einordnen zu können, inwieweit die angesteuerten Sozialen Dienste die jeweils benötigte Unterstützung tatsächlich angemessen ermöglichen können. Diesbezüglich sind die Aussagen der befragten Personen teils sehr unterschiedlich.

Tabelle 3: Einschätzung zu genutzten Sozialen Diensten

Aussage	Zustimmung				
	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	fehlend
Dienste können bestehende Unterstützungsbedarfe vollständig abdecken	9 18,4 %	19 38,8 %	18 36,7 %	3 6,1 %	4
Dienste reagieren flexibel auf veränderte Unterstützungsbedarfe	16 34,8 %	18 39,1 %	9 19,6 %	3 6,5 %	6
Dienste stimmen ihre Angebote mit ehrenamtlichen Initiativen vor Ort ab	0	19 51,4 %	13 35,1 %	5 13,5 %	16
Dienste stimmen ihre Angebote mit der familiären Betreuungssituation ab	12 27,3 %	23 52,3 %	7 15,9 %	2 4,5 %	9
Dienste stimmen ihre Angebote mit anderen Diensten ab	7 18,4 %	15 39,5 %	13 34,2 %	3 7,9 %	15

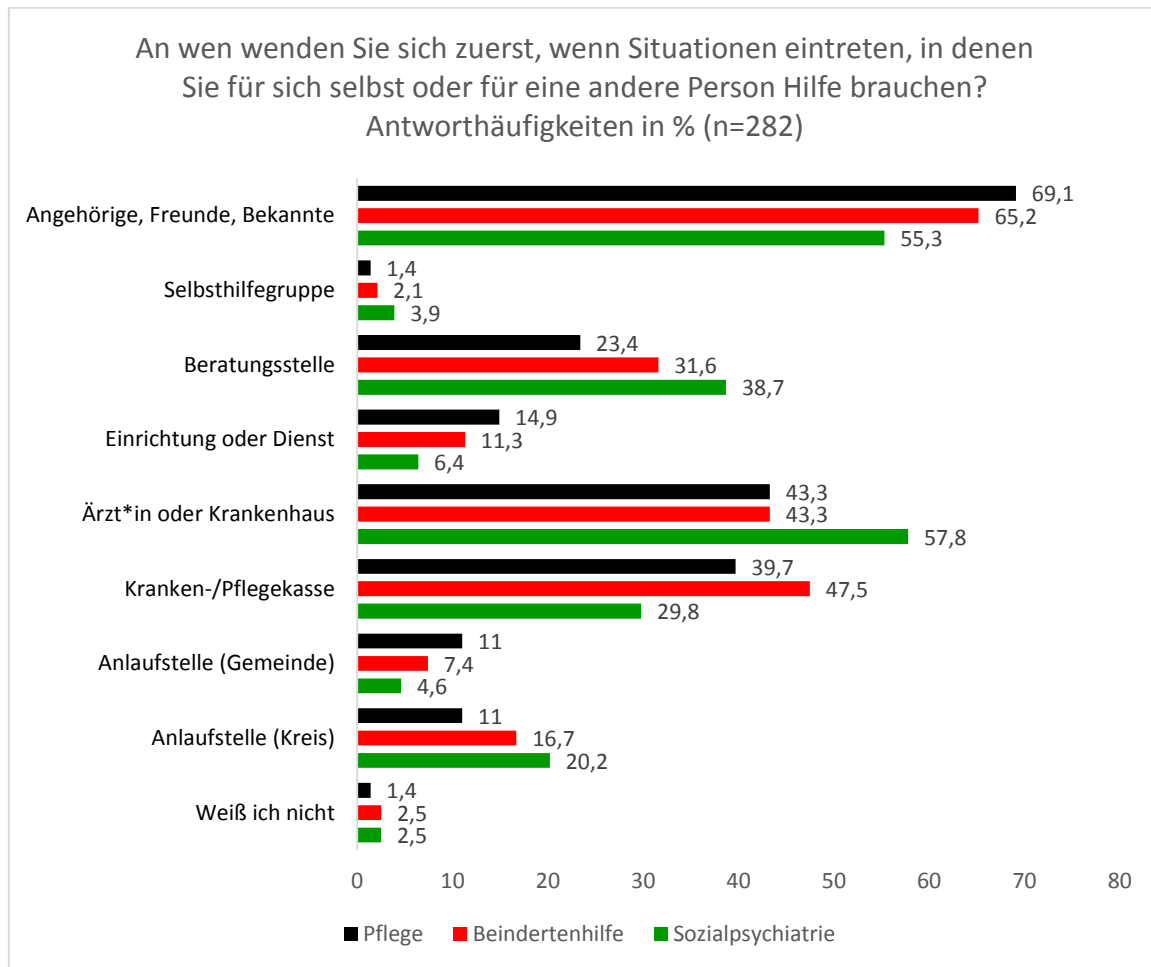
Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung, n=53.

Lediglich 57,2 % der Personen mit aktuellem Feldkontakt sehen ihre Unterstützungsbedarfe durch die genutzten Sozialen Dienste angemessen abgedeckt. Auch wenn die Dienste bezogen auf ihre Flexibilität, was veränderte Unterstützungsbedarfe oder die Abstimmung mit der familiären Betreuungssituation angeht, überwiegend positive Einschätzungen erhalten, können diese Einschränkungen der Zustimmung als deutliche Problemanzeige interpretiert werden.

3.2.2 Zugang zu sozialen Diensten

Um nachvollziehen zu können, auf welche Art und Weise Menschen mit Unterstützungsbedarfen den Kontakt zu Sozialen Diensten im Untersuchungsgebiet suchen, wurden sowohl selbst betroffene Personen als auch nicht selbst betroffene Personen mit und ohne aktuellen Feldkontakt über ihr hypothetisches Vorgehen befragt. Dies ist zudem relevant, um Rückschlüsse auf mögliche institutionalisierte Annahmen zu ziehen, die auch Menschen ohne expliziten Kontakt zu Einrichtungen eines Feldes teilen (z. B. vermittelt über Hörensagen und Erfahrungswerte im sozialen Umfeld, Informationen über Medien o. ä.).

Abbildung 2: Primäre Unterstützungsquellen bei Eintreten eines Hilfebedarfs



Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Auf die Frage nach primären Unterstützungsquellen bei aufkommenden Problemen antworten die befragten Personen – ohne Unterschiede zwischen einzelnen Personengruppen zu berücksichtigen – mit geringen Abweichungen zwischen den drei Feldern der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie. Es sind hierbei in der Gesamtschau keine bedeutenden geschlechtsbezogenen Unterschiede erkennbar hinsichtlich der Frage, wie der Zugang zu Sozialen Diensten zustande kommt.

In allen drei Feldern scheint eine grundsätzliche Neigung der befragten Personen zu bestehen, auf Informationen in ihrem sozialen Umfeld (Freund_innen, Bekannte, Angehörige) zurückzugreifen. Wetzstein, Rommel und Lange weisen auf die hohe Bedeutung von Angehörigen, insbesondere im Bereich der pflegerischen Versorgung, hin (vgl. Wetzstein/Rommel/Lange 2015, S. 9). In diesem Zusammenhang machen die Autor_innen deutlich, dass Angebote Pflegebedürftige insbesondere dann nicht erreichen, wenn diese ihren Angehörigen nicht bekannt sind. Für den Bereich psychischer Probleme trifft dies jedoch deutlich weniger zu, während hier zudem die

Fachärzt_innen bzw. Krankenhäuser und in geringerem Maße allgemein Beratungsstellen als Anlaufstellen hervortreten. Selbsthilfegruppen scheinen feldübergreifend kaum als primäre Anlaufstellen wahrgenommen zu werden. Die Relevanz von Angehörigen bzw. sozialen Kontakten im nahen persönlichen Umfeld muss auch im Kontext des Untersuchungsgebietes als ländlichem Raum betrachtet werden. Hier ist eine ohnehin stärkere Bedeutung informeller Unterstützung und Informationsvermittlung zu vermuten, die die Wahrnehmung der drei Hilfesysteme und der verfügbaren Zugänge zu Unterstützungsformen beeinflussen könnten. Für den Bereich psychischer Probleme ist es möglicherweise so, dass betroffene Personen weniger häufig Hilfe bei bekannten sozialen Kontakten suchen, um das Risiko eines drohenden Stigmas zu reduzieren.

In einem weiteren Schritt ist zu klären, inwieweit sich die feldbezogenen Ergebnisse zwischen persönlich Betroffenen und nicht persönlich Betroffenen unterscheiden.

Tabelle 4: Präferierte Anlaufstellen bei pflegerischem Hilfebedarf, persönliche Betroffenheit (PB) anhand eigener Behinderung (B) oder Pflegebedürftigkeit (P)

Angaben \ Gruppen	keine PB	PB gesamt	PB (B)	PB (P)	PB (B+P)
Angehörige, Freund_innen oder Bekannte	164 73,5 %	29 51,8 %	16 48,5 %	4 44,4 %	9 64,3 %
Selbsthilfegruppe	3 1,3 %	1 1,8 %	1 3,0 %	0	0
Beratungsstelle	54 24,2 %	12 21,4 %	6 18,2 %	0	6 42,9 %
Einrichtung oder Dienst	34 15,2 %	8 14,3 %	1 3,0 %	6 66,7 %	1 7,1 %
Ärzt_in oder Krankenhaus	101 45,3 %	20 35,7 %	13 39,4 %	2 22,2 %	5 35,7 %
Kranken- oder Pflegekasse	99 44,4 %	12 21,4 %	7 21,2 %	1 11,1 %	4 28,6 %
Gemeinde	24 10,8 %	6 10,7 %	6 18,2 %	0	0
Kreis	21 9,4 %	9 16,1 %	7 21,2 %	0	2 14,3 %
Weiß ich nicht	2 0,9 %	2 3,6 %	0	1 11,1 %	1 7,1 %

Gesamt	223	56	33	9	14
---------------	-----	----	----	---	----

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung. Häufigkeiten und gültige Prozent, n=282, fehlend=3.

Bei auftretenden pflegerischen Problemen zeigen sich Unterschiede im Vorgehen zwischen nicht selbst betroffenen und selbst betroffenen Personen. Während 73,5 % der nicht selbst betroffenen Personen hier Angehörige, Freund_innen oder Bekannte als primäre Anlaufstellen benennen und auch mit 45,3 % Ärzt_innen oder Krankenhäuser sowie mit 44,4 % die Kranken- oder Pflegekassen als Anlaufstellen hervorheben, scheinen diese bei selbst betroffenen Personen einen deutlich geringeren Stellenwert einzunehmen (51,8 %; 35,7 %; 21,4 %). Stattdessen scheinen gerade die Personen mit anerkanntem Pflegegrad einen direkten Kontakt zu Einrichtungen oder Diensten zu suchen (66,7 %). Eine entsprechende Tendenz ist zu erwarten, da persönlich betroffene Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits ein spezifisches Wissen über die verfügbaren Unterstützungsleistungen bzw. die persönlich erwünschten Unterstützungsformen entwickeln konnten.

Bezüglich der Anlaufstellen bei Kreis und Gemeinde ist zu beobachten, dass die beim Kreis Siegen-Wittgenstein angesiedelten Anlaufstellen (z. B. Senioren- und Pflegeberatung, Gesundheitsamt) von selbst betroffenen Personen merklich häufiger genannt werden (16,1 %) als von nicht selbst betroffenen (9,1 %). In Anbetracht der örtlichen Nähe überraschend wenig genannt wird die Anlaufstelle in A. (Senioren-Service-Stelle) (10,8 % keine PB; 10,7 % PB).

Tabelle 5: Präferierte Anlaufstellen bei Hilfebedarf aufgrund einer Behinderung, persönliche Betroffenheit (PB) anhand eigener Behinderung (B) oder Pflegebedürftigkeit (P)

Angaben/Gruppen	keine PB	PB gesamt	PB (B)	PB (P)	PB (B+P)
Angehörige, Freund_innen oder Bekannte	154 69,1 %	29 51,8 %	16 48,5 %	4 44,4 %	9 64,3 %
Selbsthilfegruppe	6 2,7 %	0	0	0	0
Beratungsstelle	80 35,9 %	9 16,1 %	4 12,1 %	0	5 35,7 %
Einrichtung oder Dienst	25 11,2 %	7 12,5 %	2 6,1 %	4 44,4 %	1 7,1 %
Ärzt_in oder Krankenhaus	102 45,7 %	19 33,9 %	11 33,3 %	2 22,2 %	6 42,9 %
Kranken- oder Pflegekasse	116 52,0 %	17 30,4 %	11 33,3 %	2 22,2 %	4 28,6 %
Gemeinde	17 7,6 %	4 7,1 %	4 12,1 %	0	0
Kreis	40 17,9 %	5 8,9 %	4 12,1 %	0	1 7,1 %
Weiß ich nicht	4 1,8 %	3 5,4 %	0	2 22,2 %	1 7,1 %
gesamt	223	56	33	9	14

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung. Häufigkeiten und gültige Prozent, n=229, fehlend=3.

Im Vergleich zum Feld der Pflege werden öffentliche Beratungsstellen von persönlich Betroffenen bei behinderungsbezogenen Bedarfen weniger (16,1 %), von nicht persönlich Betroffenen jedoch deutlich häufiger (35,9 %) aufgesucht. Dies liegt möglicherweise darin begründet, dass im Kreisgebiet für das Feld der Behindertenhilfe besonders die trägergebundenen Beratungsstellen nahräumlich verfügbar sind. Zudem kann angenommen werden, dass sich unter den nicht selbst betroffenen Personen auch Eltern von Menschen mit Beeinträchtigungen befinden, die mit spezifischen Beratungsbedarfen einen Feldkontakt herstellen. Interessant ist die verhältnismäßig hohe Anzahl der Personen, die Anlaufstellen des Kreises ansteuern (17,9 %), z. B. den Regionalen Sozialdienst, das Sozialamt, die Wohn- und Teilhabegesetz-Behörde (WTG-Behörde) oder die *Fachstelle für behinderte Menschen im Beruf*. Auffällig ist die relativ hohe Bedeutung

der Kranken- und Pflegekassen, die sowohl selbst betroffene (30,4 %) als auch nicht selbst betroffene Personen (52,0 %) häufig als Anlaufstellen benennen.

Tabelle 6: Präferierte Anlaufstellen bei Hilfebedarf aufgrund psychischer Probleme, persönliche Betroffenheit (PB) anhand eigener Behinderung (B) oder Pflegebedürftigkeit (P)

Angaben/Gruppen	keine PB	PB gesamt	PB (B)	PB (P)	PB (B+P)
Angehörige, Freund_innen oder Bekannte	128 57,4 %	26 46,4 %	14 42,4 %	4 44,4 %	8 57,1 %
Selbsthilfegruppe	10 4,5 %	1 1,8 %	0	0	1 7,1 %
Beratungsstelle	92 41,3 %	16 28,6 %	9 27,3 %	2 22,2 %	5 35,7 %
Einrichtung oder Dienst	12 5,4 %	6 10,7 %	1 3,0 %	4 44,4 %	1 7,1 %
Ärzt_in oder Krankenhaus	138 61,9 %	24 42,9 %	17 51,5 %	2 22,2 %	5 35,7 %
Kranken- oder Pflegekasse	68 30,5 %	16 28,6 %	9 27,3 %	1 11,1 %	6 42,9 %
Gemeinde	9 4,0 %	4 7,1 %	3 9,1 %	0	1 7,1 %
Kreis	49 22,0 %	8 14,3 %	7 21,2 %	0	1 7,1 %
Weiß ich nicht	4 1,8 %	3 5,4 %	1 3,0 %	2 22,2 %	0
Gesamt	223	56	33	9	14

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung. Häufigkeiten und gültige Prozent, n=229, fehlend=3.

Selbst von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit betroffene Personen wenden sich bei psychischen Problemen im Vergleich zu den Feldern der Behindertenhilfe oder Pflege seltener an Angehörige, Freund_innen oder Bekannte (46,4 %), aber vermehrt an Ärzt_innen oder Krankenhäuser (42,9 %) (vgl. Tabelle 17). Weiterhin werden Beratungsstellen sowohl von selbst betroffenen (28,6 %) als auch von nicht selbst betroffenen Personen/Angehörigen (41,3 %) im Vergleich zu den Feldern der Pflege und Behindertenhilfe häufiger als Anlaufstellen genannt. Dies ist möglicherweise zum einen auf eine größere Schnittfläche des Feldes zum Bereich des Gesundheitssystems (Fachärzt_innen für Psychologie und Psychiatrie) zurückzuführen. Andererseits könnte

die Befürchtung einer anhaltenden Stigmatisierung aufgrund psychischer Probleme die Kontaktaufnahme zum sozialen Umfeld verhindern.

3.2.3 Merkmale Sozialer Dienste in A.

Neben den auf einen bestimmten Anlass ausgerichteten Informations- und Kontaktinteressen können möglicherweise auch bereits zuvor bestehende normative Wissensbestände den Zugang zu Sozialen Diensten beeinflussen. Aus diesem Grund wurden die Befragten um einige Einschätzungen zur angemessenen Unterstützung der jeweiligen Zielgruppen der Felder gebeten. Hierbei wird jeweils eine Formulierung, die die Gleichberechtigung aller Menschen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention betrifft, mit einer Formulierung der in allen Feldern institutionalisierten, spezialisierten Unterbringung der Menschen mit Beeinträchtigungen kontrastiert.

Tabelle 7: Einschätzungen zu angemessener Unterstützung

Aussage	Zustimmung	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	fehlend
Menschen mit Pflegebedarf sollen so lange wie möglich in ihrem eigenen Haushalt leben können.		217 78,1 %	54 19,4 %	7 2,5 %	0	4
Menschen mit geistiger Behinderung sollen genauso leben können wie andere Menschen auch.		106 39,1 %	115 42,4 %	43 15,9 %	7 2,6 %	11
Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen genauso leben können wie andere Menschen auch.		113 41,5 %	121 44,5 %	37 13,6 %	1 0,4 %	10
Menschen mit Pflegebedarf sind am besten in stationären Einrichtungen untergebracht.		21 7,9 %	51 19,1 %	124 46,4 %	71 26,6 %	15
Menschen mit geistiger Behinderung sollen am besten in besonderen Einrichtungen betreut werden.		54 20,2 %	109 40,8 %	83 31,1 %	21 7,9 %	15
Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen am besten in besonderen Einrichtungen betreut werden.		41 15,4 %	111 41,6 %	90 33,7 %	25 9,4 %	15

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung, n=282.

Die Einschätzungen unterscheiden sich hierbei deutlich zwischen den drei Feldern der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie. Während pflegebedürftigen Personen überwiegend zuerkannt wird, dass das Wohnen im eigenen Haushalt solange wie möglich gewährleistet sein sollte, eine stationäre Unterbringung jedoch zu vermeiden sei, wird Menschen mit einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung das gleichberechtigte Leben im eigenen Haushalt zwar

zuerkannt, gleichzeitig aber eine separate Unterbringung in speziellen Einrichtungen befürwortet. Ein Großteil der befragten Personen vertritt hier die Einschätzung, dass Menschen mit geistiger Behinderung (61,0 %) und Menschen mit psychischen Erkrankungen (57,0 %) ‚am Besten in besonderen Einrichtungen betreut werden‘ sollen.

Die Widersprüchlichkeit der spezialisierten Unterbringung von Menschen und des Lebens ‚wie andere Menschen auch‘ scheint an dieser Stelle unhinterfragt zu bestehen. Eine Erklärung hierfür könnte beispielweise darin liegen, dass sich die ‚angemessene‘ Unterbringung in spezialisierten Einrichtungen als grundsätzliche Praxis von Hilfesystemen in der allgemeinen Bevölkerung breit ‚institutionalisiert‘ hat, sodass sie als generalisierte Annahme auch für Personen ohne bisherigen Feldkontakt Bestand haben kann. Die Annahme der spezialisierten Unterbringung könnte in diesem Fall als Teil der Informationsmenge verstanden werden, mit der auch Personen ohne Feldkontakt die Felder der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie wahrnehmen.

Es ist auffällig, dass die Zustimmung zur spezialisierten Unterbringung auch bei selbst betroffenen Personen erhöht ist. Die Diskrepanz zwischen den Zustimmungen innerhalb dieser Personengruppe ist im Vergleich zu nicht betroffenen Personen sogar noch deutlich ausgeprägter. Für das Feld der Pflege stimmen 96,5 % der persönlich betroffenen Personen und 97,8 % der nicht selbst Betroffenen der Aussage zu, dass Menschen mit Pflegebedarf so lange wie möglich in ihrem eigenen Haushalt leben sollten. Aus dieser Zustimmung ließe sich schließen, dass eine Unterbringung von pflegebedürftigen Menschen in spezialisierten Einrichtungen im Gegenzug eher abgelehnt würde. Tatsächlich lehnen 76,7 % der nicht selbst Betroffenen eine solche Unterbringung in stationären Einrichtungen ab, jedoch nur 56,8 % der persönlich betroffenen Personen. Diese Diskrepanz zeigt sich noch deutlicher für die Felder der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie. Während die Zustimmung zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung überwiegt (81,2 % bei persönlich betroffenen Personen, 81,5 % bei nicht selbst Betroffenen), wird ihre spezialisierte Unterbringung deutlich weniger stark abgelehnt (30,0 % bei persönlich betroffenen Personen, 41,4 % bei nicht selbst Betroffenen). 70,0 % der persönlich betroffenen Personen tendieren in diesem Fall also zu einer spezialisierten Unterbringung und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung in ‚besonderen Einrichtungen‘. Auch für Menschen mit psychischen Problemen gilt zwar eine allgemeine Zustimmung zu einem Leben ‚wie andere Menschen auch‘ (86,7 % bei persönlich betroffenen Personen, 85,7 % bei nicht selbst Betroffenen), während die spezialisierte Unterbringung nur von einer Minderheit der befragten Personen abgelehnt wird (40,0 % bei persönlich betroffenen Personen, 43,7 % bei nicht selbst Betroffenen).

Um die Versorgungslage in den Feldern der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie im Untersuchungsgebiet in Hinblick auf Entwicklungspotenziale zu prüfen, werden alle befragten Personen gebeten, einzuschätzen, in welchem Umfang die ‚benötigten Angebote‘ jeweils feldbezogen im Untersuchungsgebiet A. vorhanden sind und wie sich das Angebot im Vergleich zu anderen im Kreisgebiet verhält.

Für alle drei Felder fallen die Einschätzungen zu verfügbaren Angeboten überwiegend negativ aus. Die Versorgungslage in der Gemeinde A. wird in allen drei Feldern im Vergleich zum Kreisgebiet deutlich häufiger als nicht ausreichend beurteilt. Die Einschätzungen selbst betroffener Personen fallen hierbei feldübergreifend ungünstiger aus als die Einschätzungen nicht selbst betroffener Personen und weisen durchgängig höhere Prozentwerte bei der Einschätzung ‚stimme nicht zu‘ auf. Für das Feld der Pflege bezeichnen 64,0 % der befragten Personen (29,4 % ‚stimme nicht zu‘ bei selbst betroffenen Personen, 19,3 % bei nicht selbst Betroffenen) die Versorgungslage in A. als tendenziell nicht ausreichend, während 53,4 % die Versorgungslage im Kreisgebiet als tendenziell nicht ausreichend beschreiben (26,0 % ‚stimme nicht zu‘ bei selbst betroffenen Personen, 11,9 % bei nicht selbst Betroffenen).

Allein für das Feld der Behindertenhilfe sind die Einschätzungen zu Angeboten im Kreisgebiet mit 52,6 % geringfügig positiv (9,3 % ‚stimme nicht zu‘ bei selbst betroffenen Personen, 6,4 % bei nicht selbst Betroffenen). Auch hier gibt die Mehrheit der befragten Personen (62,1 %) an, dass die Versorgungslage in A. im Vergleich zum Kreisgebiet deutlich ungünstiger sei (18,6 % ‚stimme nicht zu‘ bei selbst betroffenen Personen, 13,1 % bei nicht selbst Betroffenen).

Die Angaben der befragten Personen zur Versorgungslage im Feld der Sozialpsychiatrie fallen besonders negativ aus. 84,7 % schätzen die vorhandenen Angebote in der Gemeinde A. als tendenziell nicht ausreichend ein (34,9 % ‚stimme nicht zu‘ bei selbst betroffenen Personen, 34,4 % bei nicht selbst Betroffenen). Auch die Einschätzungen zur kreisweiten Versorgungslage fallen im Vergleich zur Pflege und Behindertenhilfe ungünstiger aus: 62,2 % der Personen geben hier an, dass die benötigten Angebote tendenziell nicht ausreichen (20,0 % ‚stimme nicht zu‘ bei selbst betroffenen Personen, 14,2 % bei nicht selbst Betroffenen).

Ergänzend zu diesen Einschätzungen der Versorgungslage in A. und dem Kreisgebiet hatten die befragten Personen zudem die Möglichkeit, sich durch Angaben in Freitextfeldern spezifischer zu den gegebenenfalls von ihnen wahrgenommenen Mängeln und Lücken in den drei organisationalen Feldern zu äußern. Hier wurden mit Blick auf alle drei betrachteten Felder am häufigsten fehlende Angebote in der ambulanten Versorgung und Unterstützung genannt, gefolgt von fehlenden Plätzen in Einrichtungen wie z. B. Wohnheimen, Pflegeheimen oder Kliniken. Dies deckt sich mit der zuvor geäußerten Einschätzung einer tendenziell unzureichenden Versorgungslage in A. für alle drei Felder. Der Bedarf an Plätzen innerhalb von Einrichtungen wird hierbei für das Feld der Pflege jedoch besonders betont. Zudem wird hier der Mangel an Fachkräften stark hervorgehoben. In diesem Kontext sind auch die auffallend negativen Einschätzungen zu Rahmenbedingungen für das Personal (wenig Zeit, hoher Druck, schlechte Bezahlung), die hohen Kosten einer angemessenen Unterstützung sowie die Qualität der vorhandenen Angebote im Feld der Pflege zu interpretieren. Für das Feld der Sozialpsychiatrie zeigt sich verstärkt eine Unkenntnis über die vorhandenen oder möglicherweise fehlenden Angebote. Dies äußert sich auch darin, dass die Informationslage und Kommunikation über für das Feld der Sozialpsychiatrie deutlich ungünstiger eingeschätzt wird als für die Behindertenhilfe oder Pflege. Die mangelnde Verfügbarkeit von (Fach-)Ärzt_innen wie auch die hohen Wartezeiten für Termine (z. B.

im Zusammenhang mit Therapien) werden weiterhin für das Feld der Sozialpsychiatrie betont. Die entsprechenden Einschätzungen für das Feld der Pflege problematisieren beispielsweise, dass es an einer aufsuchenden (fach-)ärztlichen Versorgung (Hausbesuche) mangle. Für das Feld der Behindertenhilfe zeichnet sich die individuelle Mobilität als zentrales Problemfeld aus Sicht der befragten Personen ab. Sowohl die mangelnde Verfügbarkeit barrierefreien Wohnraums und die vorhandenen Barrieren im öffentlichen Raum und dem öffentlichen Personennahverkehr als auch die generelle Erreichbarkeit von Angeboten und Entfernung zu Einrichtungen, Diensten und Stellen werden hier kritisiert.

3.2.4 Relevanz des Internets für den Zugang zu Sozialen Diensten

Wie bereits festgestellt nimmt das Internet für den Zugang zu Sozialen Diensten nach Aussage der befragten Personen mit aktuellem Feldkontakt eine zentrale Rolle ein. Insbesondere, da Rat- und Hilfesuchende im Untersuchungsgebiet als peripherem ländlichen Raum auf niedrigschwellig verfügbare Informationen über die Unterstützungsmöglichkeiten sozialer Hilfssysteme angewiesen sind, wurde nach Aspekten internetgestützter Information in A. gefragt.

Tabelle 8: Relevanz der Internetnutzung für den Zugang zu Angeboten Sozialer Dienste

Aussage	Zustimmung				
	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	fehlend
Das Internet ist für mich persönlich von großer Bedeutung, wenn es um Informationen über soziale Dienste geht.	96 41,6 %	79 34,2 %	28 12,1 %	28 12,1 %	51
Die Informationen im Internet über soziale Dienste in A. sind hilfreich.	22 11,0 %	80 40,0 %	65 32,5 %	33 16,5 %	82
Ich würde mir Unterstützung wünschen, um hinsichtlich sozialer Dienste das Internet besser nutzen zu können.	43 19,6 %	64 29,2 %	56 25,6 %	56 25,6 %	63
Ich würde einen verstärkten Ausbau internetgestützter Informations- und Hilfeangebote begrüßen.	82 44,1 %	74 39,8 %	14 7,5 %	16 8,6 %	96

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung, n=282.

Zur Information über vorhandene Angebote Sozialer Dienste nimmt der Großteil der befragten Personen (75,8 %) das Internet als wichtig wahr. Wie zu erwarten spielt das Medium als Informationsplattform besonders für Personen unter 65 Jahren eine sehr große Rolle. Allerdings bleibt die internetgestützte Information und Kommunikation auch für Ältere bedeutsam: Immerhin 56,2 % der 65-Jährigen und älteren Personen geben an, dass das Internet für sie tendenziell von Bedeutung ist, wenn es um Informationen über Soziale Dienste geht. Die Qualität der zur Verfügung stehenden Informationen in Bezug auf die Versorgungslage in A. wird allerdings kritischer gesehen: Knapp jede_r zweite Ratsuchende (49,0 %) empfindet diesbezüglich im

Internet verfügbaren Informationen tendenziell nicht als hilfreich. 48,8 % der Befragten wünschen sich zudem, bei der Nutzung des Internets unterstützt zu werden, wenn es um Informationen über Soziale Dienste geht. Besonders ältere Personen (53,5 % der 65-Jährigen und älteren Befragten) äußern sich entsprechend. Es besteht offensichtlich ein erheblicher Handlungsbedarf an neuen Formen von Assistenz im Umgang mit dem Internet, um diese Informationsquelle zu Sozialen Diensten für wenig internetaffine Rat- und Hilfesuchende niedrigschwellig verfügbar zu machen. Der verstärkte Ausbau internetgestützter Informations- und Hilfeangebote für die Region A. würde von 83,9 % der befragten Personen begrüßt.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse des hier dargestellten Untersuchungsschritts zusammengefasst.

3.2.5 Zusammenfassende Betrachtung ausgewählter Ergebnisse

Die durchgeführte Befragung in der kreisangehörigen Kommune A. kann mit einer Beteiligung von über 30 % der angeschriebenen Personen und aufgrund der merkmalsbezogenen Zusammensetzung der Antwortgruppe als repräsentativ gelten.

Der Zugang zu Hilfesystemen bei Problemen der Behinderung, Pflege oder psychiatrischer Erkrankung erfolgt vorwiegend auf Eigeninitiative Hilfesuchender oder ihrer Angehörigen. Diese ist an bestimmte individuelle Handlungsvoraussetzungen, wie Wissen, Mobilität, Artikulationsfähigkeit und Annahmen zur eigenen Selbstwirksamkeit geknüpft (vgl. Bandura 1997). Vergleichsweise selten werden professionelle Beratungsangebote oder auch bereits zuvor genutzte Soziale Dienste für den ersten Schritt der Kontaktaufnahme zum Hilfesystem gewählt. Die Inanspruchnahme von formalen Beratungsangeboten bei psychosozialen Problemen scheint für die Befragten meist relativ hochschwellig und außerhalb alltäglicher Routinen zu sein.

Im Zusammenhang mit Überlegungen zur Nutzung Sozialer Dienste ist mittlerweile das Internet von herausragender Bedeutung. Die Hälfte der Personen mit aktuellem Feldkontakt gibt an, dass das Internet ‚sehr wichtig‘ oder ‚eher wichtig‘ sei (jeweils 25 %), gefolgt von Anlaufstellen des Kreises Siegen-Wittgenstein. Lokale Medien werden zwar von einer Mehrheit der befragten Personen als Informationsquelle genutzt, jedoch tendenziell nicht als relevant für den Zugang zu Sozialen Diensten wahrgenommen. Sowohl Anlaufstellen der Gemeinde A. als auch Vereine und Verbände werden ebenfalls selten als Informationsquellen angegeben. Religiösen Gemeinden wird überwiegend nur eine geringe Relevanz als Informationsquelle für den Zugang zu Sozialen Diensten beigemessen.

Über 40 % (42,8 %) der Personen, die derzeit Soziale Dienste nutzen, sehen ihre Unterstützungsbedarfe durch die Dienste und Einrichtungen nicht angemessen abgedeckt. Auch wenn die Angebote bezogen auf ihre Flexibilität oder die Abstimmung mit der familiären Betreuungssituation überwiegend positive Einschätzungen erhalten, können die diesbezüglichen Einschätzungen als deutliche Problemanzeigen interpretiert werden.

Grundsätzlich scheint eine Haltung der befragten Personen zu bestehen, bei Hilfebedarfen auf ihr soziales Umfeld (Freund_innen, Bekannte, Angehörige) zurückzugreifen. Für den Bereich psychischer Probleme trifft dies jedoch deutlich weniger zu, während hier zudem die Fachärzt_innen bzw. Krankenhäuser und in geringerem Maße allgemein Beratungsstellen als Anlaufstellen hervortreten. Selbsthilfegruppen scheinen feldübergreifend kaum als primäre Anlaufstellen wahrgenommen zu werden. Für den Bereich psychischer Probleme ist es möglicherweise so, dass betroffene Personen weniger häufig Hilfe bei bekannten sozialen Kontakten suchen, um das Risiko eines drohenden Stigmas zu reduzieren. Selbst von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit betroffene Personen wenden sich bei psychischen Problemen im Vergleich zu den Feldern der Behindertenhilfe oder Pflege seltener an Angehörige, Freund_innen oder Bekannte (46,4%), aber vermehrt an Ärzt_innen oder Krankenhäuser (42,9 %) und professionelle Beratungsstellen (28,6 %). Dies ist möglicherweise zum einen auf eine größere Schnittfläche des Feldes zum Bereich des Gesundheitssystems (Fachärzt_innen für Psychologie und Psychiatrie) zurückzuführen. Andererseits könnte auch hier die Befürchtung einer Stigmatisierung aufgrund psychischer Probleme die Kontaktaufnahme zum sozialen Umfeld verhindern. Auffällig ist die relativ hohe Bedeutung der Kranken- und Pflegekassen, die sowohl selbst betroffene (30,4 %) als auch nicht selbst betroffene Personen (52,0 %) häufig als Anlaufstellen benennen. Dies unterstützt die Forderung, die genannten Organisationen stärker als bislang in die Planung und Koordination von Hilfen auf örtlicher Ebene einzubinden.

Die hohe Bedeutung von Angehörigen bzw. informellen sozialen Kontakten im nahen persönlichen Umfeld muss auch im Kontext des Untersuchungsgebietes als ländlichem Raum betrachtet werden. Hier ist eine ohnehin stärkere Bedeutung informeller Unterstützung und Informationsvermittlung zu vermuten, die die Wahrnehmung der drei Hilfesysteme und der verfügbaren Zugänge zu Unterstützungsformen beeinflussen könnte.

Wenn Personen einen anerkannten Status als ‚pflegebedürftig‘ (Pflegegrad) oder ‚behindert‘ (Grad der Behinderung) haben, nehmen sie eher und häufiger professionelle Beratungsangebote in Anspruch, als wenn dies nicht der Fall ist. Dies ist nicht nur bei Problemen der Fall, die die Personen selber haben, sondern auch bei anders gelagerten. Umgekehrt nutzen Personen mit anerkanntem Hilfestatus weniger häufig informelle Unterstützung. Dies verweist auf Probleme der Zusammenarbeit von professionellen und informellen Hilfen im Einzelfall.

Während pflegebedürftigen Personen überwiegend zuerkannt wird, dass das Wohnen im eigenen Haushalt solange wie möglich gewährleistet sein sollte, eine stationäre Unterbringung jedoch zu vermeiden sei, wird Menschen mit einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung das gleichberechtigte Leben im eigenen Haushalt zwar zuerkannt, gleichzeitig aber eine separate Unterbringung in speziellen Einrichtungen befürwortet. Ein Großteil der befragten Personen vertritt hier die Einschätzung, dass Menschen mit geistiger Behinderung (61,0 %) und Menschen mit psychischen Erkrankungen (57,0 %) ‚am Besten in besonderen Einrichtungen betreut werden‘ sollen.

Die Versorgungslage in der Gemeinde A. wird im Vergleich zum Kreisgebiet insgesamt in allen drei Feldern im Vergleich zum Kreisgebiet deutlich häufiger als nicht ausreichend beurteilt. Für das Feld der Pflege bezeichnen 64,0 % der befragten Personen die Versorgungslage in A. als tendenziell nicht ausreichend, während 53,4 % die Versorgungslage im Kreisgebiet als tendenziell nicht ausreichend beschreiben. Für das Feld der Behindertenhilfe sind die Einschätzungen zu Angeboten im Kreisgebiet geringfügig positiv (52,6 %). Auch hier gibt die Mehrheit der befragten Personen (62,1 %) aber an, dass die Versorgungslage in A. im Vergleich zum Kreisgebiet deutlich ungünstiger sei.

Die Einschätzungen zur Versorgungslage im Feld der Sozialpsychiatrie fallen besonders negativ aus. 84,7 % schätzen die vorhandenen Angebote in der Gemeinde A. als tendenziell nicht ausreichend ein. Auch die Einschätzungen zur kreisweiten Versorgungslage fallen im Vergleich zur Pflege und Behindertenhilfe ungünstiger aus: 62,2 % der Personen geben hier an, dass die benötigten Angebote tendenziell nicht ausreichen.

Rat- und Hilfesuchende sind im Untersuchungsgebiet als peripherem ländlichem Raum auf niedrigschwellig verfügbare Informationen über die Unterstützungsmöglichkeiten sozialer Hilfesysteme angewiesen. Wie zu erwarten nimmt das Internet als Informationsplattform besonders für Personen unter 65 Jahren eine sehr hohe Bedeutung ein. Allerdings bleibt die internetgestützte Information und Kommunikation auch für Ältere bedeutsam. Immerhin 56,2 % der 65-jährigen und älteren Personen geben an, dass das Internet für sie tendenziell von Bedeutung ist, wenn es um Informationen über Soziale Dienste geht. Mehr als die Hälfte der Personen dieser Altersgruppe (53,5 %) äußert weiterhin den Wunsch, bei der Nutzung des Internets unterstützt zu werden. Hier besteht offensichtlich ein erheblicher Handlungsbedarf („Internetassistenz“), um Informationen über den Zugang zu Sozialen Diensten für Rat- und Hilfesuchende niedrigschwellig verfügbar zu machen. Der verstärkte Ausbau entsprechender internetgestützter Informations- und Hilfeangebote in A. würde von 83,9 % der befragten Personen begrüßt.

3.3 Thesen zu den theoretischen Annahmen des Gesamtprojektes

Die zuvor dargestellten Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung in A. werden nun auf die übergreifende Projektfragestellung bezogen. In diesem Zusammenhang lassen sich auf Grundlage der erhobenen Daten folgende Thesen formulieren:

Feldbezogene verfestigte Annahmen (,Institutionen') beeinflussen potenzielle Klient_innen in ihrem Entscheidungsverhalten über die Inanspruchnahme Sozialer Dienste.

Art und Umfang der Inanspruchnahme einer sozialen Leistung sind davon abhängig, in welchem organisationalen Feld der Erstkontakt zwischen potenziellen Klient_innen und Sozialem Dienst erfolgt. Da der Erstkontakt zwischen Hilfesuchenden und Anbietern in den drei Feldern zu einem Großteil der Fälle aus Eigeninitiative der Personen mit Unterstützungsbedarf resultiert, ist die individuelle Informationslage für eine Entscheidung zur Kontaktaufnahme ausschlaggebend. Hier scheinen sowohl nichtprofessionelle Informationsquellen (z. B. Erfahrungsberichte) als auch professionelle (feldgebundene) Informationen relevant zu sein. Die Informationslage vor Erstkontakten wird auch bei Personen ohne Feldkontakt durch institutionalisierte Annahmen beeinflusst, die über die Felder hinaus gleichsam ausstrahlen und Teil der subjektiven Wissensbestände sind, die bei Entscheidungen über die Inanspruchnahme herangezogen werden (z. B. Annahmen zur geeigneten Unterstützungsform für Menschen mit geistiger Behinderung, zu Anlaufstellen bei pflegerischen Problemen). Solche institutionell verfestigten Annahmen stellen gleichzeitig Wissensbestände dar, die für die Legitimation eines organisationalen Feldes gegenüber relevanten Akteur_innen und der Öffentlichkeit erforderlich sind und daher auch mehr oder weniger bewusst kommuniziert werden.

Auf diese Weise wird ein Bedingungs-zusammenhang für die ‚eigene Initiative‘ gebildet, der beim Zugang zu Unterstützungsangeboten die größte Bedeutung beigemessen wird. Verstärkt wird dieser Mechanismus durch Empfehlungen von Angehörigen, Freund_innen und Bekannten (,Mundpropaganda'), die sich einerseits auf eigene Erfahrungen, andererseits aber auch auf kommunizierte Wissensbestände zu Angeboten Sozialer Dienste stützen. Das Internet ist dabei vor allen weiteren Informationsquellen für den Zugang zu Hilfesystemen relevant. Wirl weist mit Blick auf die Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet darauf hin, dass diese für Nutzer_innen mehrere Vorteile habe (vgl. Wirl 2009, S. 63). Die Autorin hebt dabei insbesondere „die rasche Verfügbarkeit der Informationen, die Vielfalt an Informationen, [...] die Möglichkeit [...] ‚personalisierte‘ Informationen [...] zu erhalten sowie die Anonymität“ hervor (Wirl 2009, S. 63).

Insbesondere der Anonymitätsaspekt lohnt eine vertiefende Betrachtung. Möglicherweise erzeugt die Recherche im Internet, ausgehend von einer bekannten und entspannten Atmosphäre (Computer mit Internetanschluss in der eigenen Wohnung), ein mit dem direkten sozialen Kontakt zu Angehörigen oder Bekannten vergleichbares Gefühl einer sozialen Nähe. Blumer und Renneberg (2010, S. 56) weisen am Beispiel internetgestützter Kommunikation darauf hin, dass

diese „einerseits durch eine größere Distanz der Gesprächspartner charakterisiert“ (Blumer/Renneberg 2010, S. 56) sei. Andererseits könnten jedoch „Intimität und Nähe schneller und leichter hergestellt werden“ (Blumer/Renneberg 2010, S. 56).

Hier deutet sich ein subjektives Privatheitsempfinden des digitalen Raums an, dass Masur et al. als „paradoxes Privatheitsverhalten“ (Masur et al. 2018, S. 14) bezeichnen. In diesem Zusammenhang weisen sie jedoch darauf hin, dass steigende Privatheitssorgen möglicherweise die Bereitschaft zur Selbstoffenbarung im digitalen Raum reduzieren (vgl. Masur et al. 2018, S. 14). Als mögliche Ursache steigender Privatheitssorgen werden von den Autoren unter anderem die Enthüllungen Edward Snowdens über geheimdienstliche Aktivitäten v. a. der USA im Internet genannt (vgl. Masur et al. 2018, S. 20).

Grundsätzlich ergibt sich auch bei dem hier gezeigten Interesse an internetgestützten Informationsangeboten die Frage, wie es gelingen kann, die internetgestützte Suchstrategie für geeignete Soziale Dienste mit der konkreten regionalen Versorgungslandschaft in Verbindung zu bringen. Hier liegt ein möglicher Ansatzpunkt für eine niedrigschwellige und multimediale Beratungsstruktur im Sinne von ‚integrierten Teilhabezentren‘ (vgl. Kapitel 6.2).

Die Tendenzen zur Sektoralisierung Sozialer Dienste schwächen die Versorgungsqualität der Angebote insbesondere im ländlichen Raum.

Aufgrund von Tendenzen zur feldbezogenen Sektoralisierung erleben Nutzer_innen in den drei genannten Felder die Angebote als vergleichsweise unzureichend und wenig flexibel, etwa hinsichtlich einer bedarfsgerechten Hilfe oder wenn es um die Abstimmung von Unterstützungsangeboten mit der familiären Situation geht. In Verbindung mit der deutlich negativen Einschätzung der Gesamtstichprobe zur Versorgungslage in der ausgewählten ländlichen Kommune und dem Kreisgebiet könnte dies darauf hindeuten, dass in stark sektoralisierten Feldern der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie nur bis zu einem bestimmten Grad der Komplexität eines Falles eine angemessene Unterstützung vorgehalten werden kann. Diese Tendenzen führen im ländlichen Raum zu Versorgungslücken in den Bereichen der Behindertenhilfe und Pflege sowie noch stärker bei sozialpsychiatrischen Problemen.

Für den Zugang zu Sozialen Diensten werden Anlaufstellen im Sozialraum bevorzugt.

Bei auftretenden Unterstützungsbedarfen wenden sich die Nutzer_innen tendenziell eher an Dienste und Stellen im jeweiligen Sozialraum, wenn diese präsent sind (Beratungsstellen, Filialen oder Hotlines von Krankenkassen). Wichtige dezentrale Anlaufstellen sind zudem Ärzt_innen, zu denen möglicherweise bereits ein Vertrauensverhältnis durch vorangegangene Behandlungen besteht. Sowohl der direkte Kontakt zu Leistungsanbietern der Hilfesysteme wird vergleichsweise selten gewählt als auch der Kontakt zu Anlaufstellen des Kreises oder, zu einem noch geringeren Anteil, der Gemeindeverwaltungen.

4 Organisationen und Feldzugehörigkeit

Die zuvor dargestellten Ergebnisse konnten zeigen, dass im Kreis Siegen-Wittgenstein die drei sozialen Leistungsbereiche der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie als Felder mit einer jeweils eigenen Geschichte beschrieben werden können. Die jeweiligen Feldentwicklungen folgten einerseits überregionalen Vorgaben, die zu einer für einen westdeutschen Flächenkreis relativ typischen Angebotsstruktur geführt haben. Andererseits entstanden örtliche Entwicklungspfade, deren Verständnis für eine nachhaltige kommunale Teilhabepolitik unerlässlich ist. Es wurde deutlich, dass vorzufindende Sektoralisierungstendenzen auf der Ebene der Felder es Rat- und Hilfesuchenden erschweren können, die richtigen Ansprechpartner_innen zu finden. Die verfestigten Feldabgrenzungen beeinträchtigen die Versorgungsqualität und erschweren die gewünschte Flexibilität der Dienste bei der Abstimmung der professionellen Angebote mit familiären und sozialräumlichen Bedingungen. Dies scheint vor allem unter Bedingungen der ungünstigeren Versorgung mit Sozialen Diensten und der Mobilitätsprobleme im ländlichen Raum zu gelten.

Es interessiert nun weiter, wie sich die Entwicklungspfade der drei Felder in der Handlungspraxis einzelner Organisationen auswirken. Im Forschungsprozess wurde daher zunächst die Leitungskräfte von Einrichtungen, Dienste und Stellen der drei Felder im Kreis Siegen-Wittgenstein im Rahmen einer schriftlichen Befragung um Einschätzungen gebeten.

4.1 Zielsetzung und methodisches Vorgehen

Auf der bisher erarbeiteten Thesengrundlage sollten konkretere Kriterien und Praktiken gefunden werden, durch die sich die Felder voneinander unterscheiden und in denen die Felder ihre Eigenheiten und Abgrenzungen reproduzieren. Dabei interessierte auch, wie die befragten Einrichtungen, Dienste und Stellen fallbezogen, feldintern sowie feldübergreifend miteinander sowie mit zentralen Akteuren der Kommune bzw. der Sozialverwaltung interagieren und kooperieren.

Im Rahmen der Untersuchung wurden 200 Einrichtungen, Dienste und Stellen in Siegen-Wittgenstein angeschrieben. Diese wurden aus öffentlich zugänglichen Verzeichnissen recherchiert und mit dem Kreis Siegen-Wittgenstein als Kooperationspartner des Forschungsprojekts sowie den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege abgeglichen. Durch dieses Vorgehen wurde sichergestellt, dass alle zum Untersuchungszeitraum in Siegen-Wittgenstein tätigen Einrichtungen, Dienste und Stellen der angenommenen Felder für die Untersuchung berücksichtigt wurden. Insofern liegt hier eine Vollerhebung vor. Um die Datenerhebung für die befragten Personen sowie für die Forschungsgruppe gleichermaßen handhabbar zu machen, wurde die Untersuchung als Onlinefragebogen konzipiert und durchgeführt.

Angeschrieben wurden 41 Einrichtungen, Dienste und Stellen aus dem Bereich der Behindertenhilfe, 38 aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie sowie 121 aus dem Bereich der Pflege. Insgesamt beteiligten sich 65 Einrichtungen, Dienste und Stellen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von

insgesamt 32,5 % (n=200). Vor dem Hintergrund dieser Rücklaufquote ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Ergebnisse der hier beschriebenen Untersuchung für die Einrichtungslandschaft im Kreis Siegen-Wittgenstein repräsentativ sind. Diese Feststellung unterstützen die Rücklaufquoten für die einzelnen vorab angenommenen Felder. Der Anteil von Einrichtungen, Diensten und Stellen der Behindertenhilfe an der Grundgesamtheit beträgt 20,5 %. Ihr Anteil an den Rückläufern beträgt 18,4 %. Dies entspricht zwölf Einrichtungen, Diensten und Stellen. Für das Feld der Pflege beträgt der Anteil an der Grundgesamtheit 60,5 %. Unter den Rückläufern beträgt ihr Anteil 60,0 %, was 40 Einrichtungen, Diensten und Stellen entspricht. Für die Sozialpsychiatrie betragen die entsprechenden Anteile 19,0 % der Grundgesamtheit bzw. 21,5 % Prozent der Rückläufer. Letzteres entspricht dreizehn Einrichtungen, Diensten und Stellen. Insofern ist das Verhältnis der Einrichtungen, Dienste und Stellen innerhalb der Grundgesamtheit mit einer Abweichung zwischen 0,5 und 2,5 % in den Rückläufern abgebildet. Die nachfolgende Tabelle stellt die Rücklaufquoten in der Übersicht dar.

Tabelle 9: Rücklaufquoten und Grundgesamtheit nach untersuchten Feldern

	Angeschrieben	Rücklauf	Prozent
Behindertenhilfe	41	12	29,2
Pflege	121	39	32,2
Sozialpsychiatrie	38	14	36,8
Gesamt	200	65	32,5

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Untersuchung im Einzelnen vorgestellt. Dabei wird jeweils zwischen den drei genannten organisationalen Feldern unterschieden.

4.2 Darstellung der Untersuchungsergebnisse

Um eine genauere Einschätzung hinsichtlich der drei Felder im Kreis Siegen-Wittgenstein zu ermöglichen, wurden die Befragungsteilnehmer_innen nach der Art ihres Angebots befragt. Im Wesentlichen können drei Schwerpunkte bei den hier repräsentierten Einrichtungen, Diensten und Stellen identifiziert werden. Dies sind ambulante (16) sowie stationäre Wohn- bzw. Pflegeangebote (19) und Beratungs- bzw. Therapieangebote (16). Daneben lassen sich elf kontaktierte Organisationen als ergänzende Entlastungsangebote auffassen. Diese Kategorie umfasst beispielsweise familienunterstützende Dienste für Menschen mit Behinderungen sowie Freizeit- und Entlastungsdienste oder Nachbarschaftshilfen für Senior_innen. Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse in der Übersicht dar.

Tabelle 10: Art des Angebots der an der Befragung Beteiligten (codiert)

	Häufigkeit	Prozent
Ambulantes Wohn- bzw. Pflegeangebot	16	24,6
Beratungs- bzw. Therapieangebot	16	24,6
Entlastungsangebot	11	16,9
Rechtliche Betreuung	1	1,5
Stationäres Wohn- bzw. Pflegeangebot	19	29,2
Werkstatt für Menschen mit Behinderung	2	3,1
Gesamt	65	100,0

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Die Zusammenschau zeigt, dass im Hilfesystem in Siegen-Wittgenstein mehr oder weniger alle typischerweise in einem deutschen Flächenkreis zu erwartenden Einrichtungen, Dienste und Stellen vorgehalten werden. Allerdings findet sich eine hohe Zahl der Angebote in der Kreisstadt, weshalb davon auszugehen ist, dass Klient_innen aus benachbarten kreisangehörigen Kommunen Angebote in der Kreisstadt wahrnehmen.

Tabelle 3 zeigt, dass sich die Mehrzahl der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung befragten Einrichtungen, Dienste und Stellen sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (67,7 %) befindet. Die privat-gewerblichen Anbieter (16,9 %) sind nahezu alle im Bereich der Pflege tätig.

Tabelle 11: Trägerschaft der Einrichtungen und Dienst

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
öffentlich/in kommunaler Trägerschaft	10	15,4	15,4
frei-gemeinnützig	44	67,7	67,7
privat-gewerblich	11	16,9	16,9
Gesamt	65	100,0	100,0

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Sofern die Vorannahmen zu den drei organisationalen Feldern der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie in Siegen-Wittgenstein gültig sind, müssen sich diese Felder auch durch relevante empirische Befunde voneinander abgrenzen lassen. Der vorliegende quantitative Untersuchungsteil nimmt in diesem Zusammenhang die leistungsrechtlichen Grundlagen, die Zielgruppen der Angebote, die Profession der beschäftigten Mitarbeiter_innen und soweit möglich die Kooperationsroutinen in den Blick.

Abgrenzung der drei Felder

Bezüglich der Feldzugehörigkeit wurde davon ausgegangen, dass sich die Einrichtungen, Dienste und Stellen anhand eindeutig erkennbarer Angebotsprofile zu einem Feld zuordnen lassen. In diesem Zusammenhang wurden zunächst die leistungsrechtlichen Grundlagen für die Angebote der jeweiligen Einrichtungen, Dienste und Stellen betrachtet. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine gemeinsame Feldzugehörigkeit sich u. a. daran zeigt, dass Einrichtungen, Dienste und Stellen Leistungen erbringen, die sich auf dieselben gesetzlichen Grundlagen beziehen.

Die folgende Tabelle setzt die zurückgemeldeten leistungsrechtlichen Grundlagen zur vorab angenommenen Feldzugehörigkeit der Einrichtungen, Dienste und Stellen in Beziehung. Bei der Beantwortung der entsprechenden Frage waren Mehrfachantworten möglich, sodass auch ein Bezug zu mehr als einem Leistungsgesetz abgebildet werden kann. Anhand der Darstellung wird deutlich, dass die im Rahmen der Untersuchung angesprochenen Einrichtungen, Dienste und Stellen vor allem Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern (SGB) V, IX, XI und XII erbringen. Genauer gefragt wurde nach den Leistungen der (Behandlungs-)Pflege (SGB V und XI) sowie der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Pflege (SGB XII). Die nachfolgende Betrachtung bezieht sich daher vor allem auf diese drei leistungsrechtlichen Grundlagen.

Tabelle 12: Rechtliche Grundlagen der Angebote nach Feldzugehörigkeit

	Behindertenhilfe	Pflege	Sozialpsychiatrie	Gesamt
SGB V	0	21	10	22
SGB XI	3	29	1	33
SGB XII	8	11	7	26

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Rechtliche Grundlagen von Einrichtungen, Diensten und Stellen der Behindertenhilfe bestehen vor allem im Bereich des SGB IX und des SGB XII. Als leistungsrechtliche Grundlage fungiert im Untersuchungszeitraum noch schwerpunktmäßig das SGB XII, hier v. a. Leistungen der Eingliederungshilfe nach §53f. SGB XII. Immerhin drei Einrichtungen, Dienste und Stellen des Feldes erbringen Leistungen nach dem SGB XI. Hierbei handelt es sich um verschiedene Typen offener Hilfen, wie z. B. familienunterstützende Dienste (FuD), welche sich in der Praxis beispielsweise aus Leistungen der Verhinderungspflege refinanzieren.

Der Bezug zum SGB IX und damit zum Rehabilitations- und Teilhaberecht ist auch für das Feld der Sozialpsychiatrie erkennbar. Leistungsrechtlich stützt sich dieses Feld auf einen Finanzierungsmix aus SGB V und SGB XII. Im Vergleich zur Behindertenhilfe fällt auf, dass es in diesem Bereich keine mit den FuD vergleichbaren, stunden- bzw. tageweise verfügbaren, Entlastungsangebote zu geben scheint, aber mehr offene Tagesangebote bestehen.

Eine Tendenz zur übergreifenden Nutzung unterschiedlicher Leistungssysteme wird am deutlichsten mit Blick auf die Pflege. Leistungsrechtliche Schwerpunkte entsprechender Angebote bestehen vor allem mit Blick auf das SGB V und das SGB XI. Deutlich erkennbar, wenngleich weniger stark ausgeprägt, ist ein weiterer Schwerpunkt im Bereich des SGB XII. Dieser Aspekt verweist auf die Hilfen zur Pflege im entsprechenden Leistungsgesetz (§61 SGB XII).

Einrichtungen und Dienste der wohnbezogenen Eingliederungshilfe finden sich sowohl in der Behindertenhilfe als auch in der Sozialpsychiatrie. Insbesondere zur Abgrenzung dieser beiden Felder voneinander müssen daher weitergehende Kriterien in den Blick genommen werden. In diesem Zusammenhang werden zunächst die zurückgemeldeten primären Zielgruppen der Einrichtungen, Dienste und Stellen betrachtet. Die folgende Tabelle setzt die zurückgemeldeten Zielgruppen in Beziehung zur Feldzugehörigkeit der Angebote. Bei der entsprechenden Frage waren Mehrfachantworten möglich, um ein breites Profil der Einrichtungen, Dienste und Stellen zu erhalten.

Tabelle 13: Zielgruppen der Angebote

Menschen mit...	B	P	S	Gesamt
... körperlichen Beeinträchtigungen	5	28	2	35
... geistigen Beeinträchtigungen	11	17	6	34
... Sinnesbeeinträchtigungen	4	6	2	12
... seelischen Beeinträchtigungen	6	13	20	39

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Es fällt auf, dass sich die Einrichtungen, Dienste und Stellen der Behindertenhilfe vor allem als Angebote für Menschen mit sogenannter geistiger Beeinträchtigung verstehen. Demgegenüber wird die Aufgabe im Feld der Sozialpsychiatrie in Angeboten für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung bzw. chronischer psychischer Erkrankung gesehen. Trotz gegebener Überschneidungen im Leistungsrecht grenzen sich beide Felder anhand ihrer Zielgruppe deutlich erkennbar voneinander ab.

Die Einrichtungen, Dienste und Stellen der Pflege weisen mit Blick auf die Zielgruppen ihrer Angebote ein breites Profil auf, wobei der Schwerpunkt im Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen liegt. Interessant ist ein unterschiedliches Verständnis der Kategorie ‚geistige Beeinträchtigung‘. Es kann davon ausgegangen werden, dass damit im Rahmen von Angeboten im Feld der Pflege vor allem Menschen mit altersbedingten dementiellen Erkrankungen gemeint sind. Diese Einschätzung unterstützen die Rückmeldungen auf die Frage nach der Altersgruppe, an die sich das eigene Angebot schwerpunktmäßig richtet. Demnach richten sich Einrichtungen, Dienste und Stellen im Bereich der Pflege schwerpunktmäßig an erwachsene

Personen mit einem deutlich erkennbaren Fokus auf Senior_innen. Folglich ist davon auszugehen, dass sich das Feld der Pflege als zuständig für ältere pflegebedürftige Menschen versteht und sich entsprechend gegenüber anderen Aufgaben abgrenzt.

Neben den leistungsrechtlichen Grundlagen der Angebote sowie ihrer Zielgruppe können Abgrenzungstendenzen in den Feldern der Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe auch anhand der beschäftigten Mitarbeiter_innen festgestellt werden. In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, dass Einrichtungen, Dienste und Stellen mit ähnlicher professioneller Struktur zum selben organisationalen Feld gehören. Weitergehend wird davon ausgegangen, dass sich auf diese Weise Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede z. B. zu professionellen Standards ausbilden, die sich mit der Kategorie des ‚organisationalen Feldes‘ fassen lassen.

Im Rahmen der Untersuchung wurden die befragten Personen nach den fünf Berufsgruppen gefragt, die hauptsächlich in der eigenen Einrichtung oder Dienst beschäftigt sind. Die entsprechenden Antworten wurden im Zuge der Auswertung codiert. Für die Identifikation wiederkehrender Profile innerhalb des Samples wurden zunächst Erzieher_innen (7 Nennungen), examinierte Pflegefachkräfte (55 Nennungen), Heilerziehungspfleger_innen (12 Nennungen) sowie Sozialarbeiter_innen bzw. -pädagoge_innen (31 Nennungen) und Therapeut_innen (14) berücksichtigt. Weitere Nennungen bezogen sich auf Ärzt_innen (1 Nennung), Hauswirtschaftskräfte (20 Nennungen), Verwaltungsmitarbeiter_innen (21 Nennungen), Hilfskräfte (40 Nennungen) sowie sonstige Fachkräfte (23 Nennungen). Unter ‚sonstigen Fachkräften‘ werden hier beispielsweise Angehörige handwerklicher Berufe in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen verstanden. Diese sind zwar grundsätzlich Fachkräfte, jedoch nicht im Sinne einer spezifischen Fachausbildung für die Arbeit mit Klient_innen in den Bereichen der Behindertenhilfe, Pflege oder Sozialpsychiatrie.

Auf der Grundlage der Einzelnennungen wurden zunächst drei Professionsprofile gebildet. Grundlage hierfür war die Zuordnung examinierter Pflegefachkräfte sowie therapeutischer Fachkräfte zum medizinisch-pflegerisch/-therapeutischen Bereich, die Zuordnung von Sozialarbeiter_innen bzw. -pädagoge_innen und Erzieher_innen zum pädagogischen Bereich sowie die Zuordnung von Heilerziehungspfleger_innen zum pädagogisch-pflegerischen Bereich. In den Ergebnissen können insgesamt sechs unterschiedliche Kombinationen dieser Profile gezeigt werden. Im Ergebnis finden sich im Bereich der Pflege wie zu erwarten überwiegend Profile mit medizinisch-pflegerischem/-therapeutischem Schwerpunkt. Diese werden jedoch punktuell durch pädagogische Fachkräfte ergänzt. Pädagogische sowie pädagogisch-pflegerische Fachkräfte bilden den Schwerpunkt der Belegschaften im Bereich der Behindertenhilfe. Das sozialpsychiatrische Feld unterscheidet sich von den beiden übrigen Feldern durch ein insgesamt breiteres Professionsprofil, das sozialpädagogische, psychologische und medizinische Berufsgruppen enthält und dadurch stärker akademisiert ist.

Bedarfsdeckung durch Einrichtungen, Dienste und Stellen

Feldübergreifend gehen die befragten Einrichtungen, Dienste und Stellen davon aus, dass sie die Bedarfe ihrer Klient_innen in etwa drei Viertel der Fälle vollständig decken können (76,9 %, n=65). Dies unterstützt die o. g. Annahme, wonach die (Selbst-)zuordnung von Klient_innen zu einem Feld in der Mehrzahl der Fälle zutreffend ist. Zugleich melden jedoch 21,5 % der Einrichtungen, Dienste und Stellen zurück, dass eine unvollständige Bedarfsdeckung ‚eher häufig‘ oder ‚sehr häufig‘ vorkommt. Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse in der Übersicht dar.

Tabelle 14: Unvollständige Bedarfsdeckung bei eigenen Klient_innen nach Feldzugehörigkeit

	Behindertenhilfe	Pflege	Sozialpsychiatrie	Gesamt
sehr selten oder nie	0	4	2	6
eher selten	8	28	8	44
eher häufig	4	4	3	11
sehr häufig	0	2	1	3
keine Angabe	0	1	0	1
Gesamt	12	39	14	65

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Aus dem o. g. Befund ergeben sich zwei weitergehende Fragestellungen. Zum einen ist zu klären, unter welchen Bedingungen unvollständige Bedarfsdeckungen auftreten. Zum anderen muss betrachtet werden, wie mit entsprechenden Fällen in der Praxis umgegangen wird. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Probleme dann entstehen, wenn zusätzliche und weniger eindeutige Bedarfe auftreten, die durch eigene Angebote nicht bedient werden. Mit Blick auf mögliche Reaktionen von Einrichtungen, Diensten und Stellen auf solche zusätzlichen Bedarfe sind drei Möglichkeiten zu diskutieren. Möglich ist eine Abdeckung zusätzlicher Bedarfe durch Kooperation (a), eine Abgabe bzw. Weitervermittlung der betroffenen Klient_innen an andere Organisationen (b) oder eine Nichtdeckung der zusätzliche Bedarfe (c).

Komplexe Bedarfe von Klient_innen

Die Zuordnung einer Person zu den Angeboten eines Feldes erfolgt in der Regel aufgrund ihres vorrangig eingeschätzten Hilfebedarfs. Probleme treten besonders dann auf, wenn Bedarfe gegeben sind, welche in der Sektoralisierungslogik üblicherweise durch ein anderes Feld zu bearbeiten wären. Tatsächlich finden sich problematisierende Einschätzungen in allen drei hier betrachteten Feldern, wenngleich die Ausprägung des Phänomens von Feld zu Feld variiert. Im Zusammenhang mit zusätzlichen Bedarfen wurden die Befragungsteilnehmer_innen nach Problemen im Umgang mit zusätzlichen Bedarfen eigener Klient_innen gefragt, die eigentlich in ein anderes Feld gehörten. Den Antworten zufolge führen zusätzliche pflegerische Bedarfe eigener

Klient_innen bei 40 % der befragten Einrichtungen, Dienste und Stellen der Behindertenhilfe zu Problemen. Gleiches gilt für 33 % der Einrichtungen, Dienste und Stellen des sozialpsychiatrischen Feldes. Umgekehrt gelingt es, den Selbstangaben zufolge, Einrichtungen des pflegerischen Feldes vergleichsweise besser, sich auf zusätzliche sozialpsychiatrische Bedarfe oder Bedarfe aus dem Bereich der Eingliederungshilfe und Alltagsgestaltung einzustellen. Letztere führen bei 16 % der Einrichtungen, Dienste und Stellen zu Problemen. Mit Blick auf zusätzliche sozialpsychiatrische Bedarfe werden von 24 % der Einrichtungen, Dienste und Stellen des pflegerischen Feldes Probleme angegeben. Zusätzliche sozialpsychiatrische Bedarfe führen demnach bei 30 % der hier repräsentierten Einrichtungen, Dienste und Stellen der Behindertenhilfe zu Problemen.

Zu vermuten ist in diesem Zusammenhang, dass Probleme nicht nur bei zusätzlichen Bedarfen auftreten, die den beiden jeweils anderen hier betrachteten Feldern zugeordnet werden können. Denkbar ist vielmehr, dass auch Bezüge zu anderen, hier nicht betrachteten, Feldern (z. B. Gesundheitssystem, Jugendhilfe, Sucht- und Drogenhilfe) zu ähnlichen Herausforderungen führen.

Bearbeitung zusätzlicher Bedarfe durch Verweis an andere Angebote

Eine Möglichkeit der Bearbeitung zusätzlicher Bedarfe eigener Klient_innen ist der Verweis an andere Angebote. Dabei müssen grundsätzlich zwei Möglichkeiten unterschieden werden. Zum einen ist es möglich, eigene Klient_innen innerhalb des eigenen Feldes zu verweisen. Einen entsprechenden Verweis stellt beispielsweise der Wechsel von der Betreuung durch einen ambulanten Fachdienst in eine stationäre Einrichtung dar. Daneben besteht die Möglichkeit, eigene Klient_innen an Angebote anderer Felder zu verweisen.

Insbesondere die Angaben bezüglich eigener Verweisanfragen bestätigen den Eindruck, dass Verweise innerhalb eines Sektors in der Praxis am häufigsten vorkommen. Zugleich wird die bereits vermutete Bedeutung weiterer Leistungsbereiche (z. B. Gesundheitswesen, Jugendhilfe), neben den hier betrachteten, deutlich. Im Zusammenhang mit Verweisen fällt weitergehend auf, dass kaum intersektorale Kooperationen erkennbar werden.

Bearbeitung zusätzlicher Bedarfe durch Kooperation

Neben der Abgabe von Klient_innen an Angebote des eigenen oder eines anderen Feldes besteht die Möglichkeit, mit anderen Angeboten zu kooperieren und so zusätzliche Bedarfe zu bearbeiten. Mit Blick auf feldübergreifende Kooperation wurde in diesem Zusammenhang allgemein danach gefragt, ob den befragten Personen Kooperationen zwischen Angeboten unterschiedlicher Felder aus dem Kreis Siegen-Wittgenstein bekannt sind. Die folgende Tabelle stellt die entsprechenden Rückmeldungen dar.

Tabelle 15: Leistungsbereichsübergreifende Kooperationen nach Feldzugehörigkeit

	Behindertenhilfe (B)	Pflege (P)	Sozialpsychiatrie (S)	Gesamt
Nicht bekannt	7	22	3	33
B / P	1	7	3	11
B / S	2	0	8	10
P / S	0	9	4	13
B / P / S	2	3	4	9
Gesamt	12	41	22	76

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Auffällig ist vor allem die hohe Zahl an Rückmeldungen, in denen darauf hingewiesen wird, dass entsprechende Kooperationen nicht bekannt seien. Am häufigsten zurückgemeldet werden Kooperationen zwischen den Bereichen der Pflege und Sozialpsychiatrie. Allerdings sind auch diese Kooperationen in der Praxis in Siegen-Wittgenstein offenbar selten. Um entsprechende Befunde weiter zu präzisieren, wurden die Befragungsteilnehmer_innen nach einer Einschätzung bezüglich eigener Kooperationen mit Akteuren der jeweils anderen Felder gefragt. Dabei wurde die Intensität bestehender Kooperationsbeziehungen mithilfe einer zehnstufigen Skala abgefragt, wobei der Wert 1 fehlenden und der Wert 10 sehr intensiven Kontakten entspricht. Die Befunde bestätigen die o. g. allgemeine Einschätzung der Befragungsteilnehmer_innen. Insbesondere im Feld der Pflege sind intersektorale Kooperationen selten vorhanden. Häufiger sind dagegen Kooperationen innerhalb des eigenen Feldes.

Gefragt wurde weiterhin nach dem Interesse an Kooperation. Ein starkes Interesse (Einschätzung sieben bis zehn auf einer zehnstufigen Skala) an entsprechenden Kooperationen besteht vor allem bei Einrichtungen, Diensten und Stellen des sozialpsychiatrischen Feldes (42,8 %) sowie der Behindertenhilfe (41,7 %). Deutlich geringer fällt dieses Interesse im Bereich der Pflege aus (17,9 %). Auf Kooperationen zwischen Akteuren des gleichen Feldes wird im Fortgang der Untersuchung vertiefend eingegangen.

Einen möglichen Hinderungsgrund für Kooperation mit Akteuren des eigenen Feldes stellt die Einschätzung einer starken Konkurrenz im eigenen Feld dar. Die entsprechenden Einschätzungen wurden mithilfe einer zehnstufigen Skala erfasst, wobei der Wert 1 für keine und der Wert 10 für sehr starke Konkurrenz steht. Die Einschätzungen hinsichtlich ‚starker Konkurrenz‘ (sieben bis zehn) variieren stark zwischen den Feldern. Am stärksten schätzen die Einrichtungen, Dienste und Stellen der Behindertenhilfe die Konkurrenz im eigenen Feld ein (58,3 %), weniger stark sind die Konkurrenz Erfahrungen in der Sozialpsychiatrie und es wird – eigentlich unerwartet – die Konkurrenz im Bereich der Pflege als vergleichsweise deutlich weniger ausgeprägt eingeschätzt.

Die Einschätzungen wurden mithilfe einer zehnstufigen Skala abgefragt. Tabelle 16 stellt die Ergebnisse in der Übersicht dar.

Tabelle 16: Einschätzungen hinsichtlich der Konkurrenzsituation im eigenen Feld nach Feldzugehörigkeit

	B	P	S	Gesamt
1 – keine Konkurrenz	0	3	1	4
2	0	2	0	2
3	2	5	1	8
4	0	4	3	7
5	0	2	1	3
6	1	4	2	7
7	4	6	1	11
8	2	3	3	8
9	1	4	1	6
10 – sehr starke Konkurrenz	0	2	0	2
keine Angabe	2	6	1	9
Gesamt	12	41	14	67

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Kenntnisse über Beratungsangebote anderer Felder

Zur Vorbereitung intersektoraler Verweise sowie intersektoraler Kooperationen erscheint es grundsätzlich hilfreich, wenn die Beratungs- und Informationsangebote anderer Felder bekannt sind. Vor diesem Hintergrund wurde nach der Bekanntheit entsprechender Angebote gefragt und deren Bekanntheit mithilfe einer zehnstufigen Skala gemessen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Befragungsteilnehmer_innen, die hier sieben bis zehn Punkte vergeben, über gute bis sehr gute Kenntnisse über die Beratungslandschaft des abgefragten Feldes verfügen.

Auffällig ist mit Blick auf die Ergebnisse besonders, dass die Einrichtungen, Dienste und Stellen der Pflege den eigenen Angaben zufolge nur selten über gute bis sehr gute Kenntnisse mit Blick auf Beratungsangebote der Behindertenhilfe (5 %, n=39) bzw. der Sozialpsychiatrie (18 %) verfügen. Im Vergleich dazu meinen 64 % (n=14) der Befragungsteilnehmer_innen aus dem Feld der Sozialpsychiatrie, über gute bzw. sehr gute Kenntnisse hinsichtlich der Beratungslandschaft in der Behindertenhilfe zu verfügen. Mit Blick auf die Beratungslandschaft im Bereich der Pflege

betrifft dies immerhin 43 % (n=14) der Befragungsteilnehmer_innen aus dem sozialpsychiatrischen Feld. Die Kenntnisse hinsichtlich der Beratungsangebote in anderen Feldern sind den Selbsteinschätzungen zufolge im Feld der Behindertenhilfe am geringsten ausgeprägt (n=12). Gute bzw. sehr gute Kenntnisse mit Blick auf die Pflege melden 16 % der Befragungsteilnehmer_innen aus diesem Feld zurück. Mit Blick auf Angebote der Sozialpsychiatrie sind es 8 % der Befragungsteilnehmer_innen. Vor dem Hintergrund der eher geringen Kenntnisse über die Beratungslandschaft in den jeweils anderen beiden Feldern kommt bestehenden persönlichen Kontakten sowie einer zentralen Koordination eine zentrale Rolle für den Ausbau intersektoraler Beziehungen zu.

Fachkräftemangel

Ein zentrales Problem für Einrichtungen und Dienste der sozialen Felder ist laut verbreiteter Annahme ein Mangel an einschlägigen Fachkräften. Dieser kann für die drei hier betrachteten Felder empirisch gezeigt werden. Ein entsprechender Mangel wird von den Akteur_innen aller drei Felder bestätigt, wenngleich diesbezüglich teils deutliche Unterschiede zwischen den drei Feldern bestehen. Die entsprechenden Einschätzungen wurden mithilfe einer zehnstufigen Skala abgefragt. Von einem spürbaren Mangel (Einschätzung sieben bis zehn) sprechen 27 % der Befragten aus der Behindertenhilfe und 21 % der Befragten aus der Sozialpsychiatrie. Am deutlichsten wird der Fachkräftemangel im Bereich der Pflege (66 %) artikuliert.

Kooperation mit kommunalen Akteuren

In allen drei hier betrachteten Feldern wurde nach der Bedeutung der Kooperation mit den kreisangehörigen Städten und Gemeinden für die eigene Einrichtungspraxis gefragt. Dabei wurden Einschätzungen zur Bedeutung einer Zusammenarbeit mit Blick auf die Sicherstellung einer guten Versorgung vor Ort, die Gewinnung sowie die Qualifizierung von Personal, die Entwicklung eines sozialräumlich orientierten Angebots sowie die Abstimmung von Interessen gegenüber dem eigenen Kostenträger abgefragt. Im Feld der Behindertenhilfe wird diese Kooperation tendenziell in drei Bereichen als ‚eher wichtig‘ oder ‚sehr wichtig‘ eingeschätzt. Deutliche Zustimmung findet sich mit Blick auf die Versorgung vor Ort, die Entwicklung sozialräumlicher Angebote sowie die Abstimmung von Interessen gegenüber dem Kostenträger. Mit Blick auf die Gewinnung und Qualifizierung von Personal zeigen die Befunde eine differenzierte Einschätzung mit leicht positiver Tendenz.

Noch deutlicher fällt die Einschätzung der Einrichtungen, Dienste und Stellen aus dem Feld der Pflege aus. Hier wird die Kooperation mit den kreisangehörigen Städten und Gemeinden in allen vier Bereichen als ‚eher wichtig‘ oder ‚sehr wichtig‘ eingeschätzt. Im Unterschied zur Behindertenhilfe wird diese Einschätzung auch mit Blick auf die Gewinnung und Qualifizierung von Personal von 68,8 % vorgenommen. In diesem Zusammenhang kann vermutet werden, dass die kommunale Ebene gerade auch als Kostenträger (Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII) für das Feld der Pflege insgesamt eine höhere Bedeutung hat als für die Einrichtungen der beiden anderen

Felder. Diese Vermutung legen auch die Einschätzungen der Befragten aus dem Feld der Sozialpsychiatrie nahe. In allen drei Felder wird interessanterweise den kreisangehörigen Städten und Gemeinden mit Blick auf die Entwicklung sozialräumlich orientierter Angebote die höchste Bedeutung beigemessen.

Auf der kommunalen Ebene spielt auch die Kreisverwaltung als Kooperationspartner eine Rolle. Die Bedeutung dieses Kooperationspartners wurde ebenfalls anhand der vier beschriebenen Themen abgefragt. In allen drei Feldern wird die Kooperation mit der Kreisverwaltung überwiegend als etwas weniger wichtig eingeschätzt. In der Zusammenschau mit den o. g. Befunden zur Bedeutung der Städte und Gemeinden unterstreichen diese Ergebnisse die hohe Bedeutung des räumlichen Nahumfeldes für die Tätigkeit der Einrichtungen, Dienste und Stellen, vielleicht aber auch die relativ schwache Machtposition des Kreises. Dies zeigt sich auch im Bereich der Behindertenhilfe, für den in Nordrhein-Westfalen maßgeblich die überörtliche Ebene der Landschaftsverbände zuständig ist. Die überörtliche Zuständigkeit für die wohnbezogene Eingliederungshilfe wird im Rahmen der vorliegend beschriebenen Untersuchung durch die Anbieterorganisationen aus dem Bereich der Behindertenhilfe mehrheitlich deutlich positiv eingeschätzt (75 %, n=8). Dagegen wird im Feld der Sozialpsychiatrie eine überwiegend negative Einschätzung (75 %, n=4) vorgenommen. Aufgrund der wenigen Einschätzungen müssen diese Ergebnisse jedoch mit Vorsicht betrachtet werden. Mit Blick auf das Feld der Pflege ist auf Grundlage der vorliegenden Antworten dazu keine Einschätzung möglich.

Kooperation im eigenen Feld hinsichtlich gemeinsamer Interessen

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Kooperation zwischen den Einrichtungen, Diensten und Stellen der hier betrachteten Felder vor allem zwischen Akteuren desselben Feldes stattfindet. Ungeachtet dessen wird der Kooperation zwischen den Einrichtungen, Diensten und Stellen in allen drei Feldern eine durchgängig hohe Bedeutung für die Entwicklung des eigenen Feldes beigemessen. Abgefragt wurden hierzu die vier Dimensionen: Sicherstellung einer guten Versorgung vor Ort, Gewinnung und Qualifizierung von Personal, Entwicklung eines sozialräumlich orientierten Angebots sowie Abstimmung von Interessen gegenüber Kostenträgern. In allen abgefragten Bereichen ist die feldübergreifend am häufigsten gewählte Antwortkategorie ‚sehr wichtig‘. Vor diesem Hintergrund ist von einer insgesamt hohen Einsicht in die Notwendigkeit auszugehen, mit anderen Akteuren des gleichen Feldes zu kooperieren. Dies sagt jedoch noch nichts darüber aus, ob die entsprechenden Kooperationen auch praktisch realisiert werden.

Kooperation mit zentralen Akteuren

Neben anderen Akteuren desselben Feldes sowie den kommunalen Verwaltungen existieren weitere zentrale Akteur_innen, die als Kooperationspartner_innen in Betracht kommen. Die entsprechenden Einschätzungen variieren wiederum stark feldspezifisch. Mit dem Beauftragten für die Belange der Menschen mit Behinderungen im Kreis kooperieren insgesamt immerhin 22 von 65 Einrichtungen, Diensten und Stellen. Allerdings sprechen nur zwei Befragungsteilneh-

mer_innen von einer ‚eher intensiven‘ bzw. ‚sehr intensiven‘ Kooperation. Die Befragungsteilnehmer_innen, welche ihre Kooperation als ‚sehr intensiv‘ einschätzen, gehören jeweils zu den Feldern der Behindertenhilfe und Pflege. Die Einschätzungen im Sinne von ‚eher intensiv‘ wurden innerhalb der Behindertenhilfe vorgenommen. Feldübergreifend wird für 18 Einrichtungen, Dienste und Stellen eine ‚eher schwache‘ Kooperation zurückgemeldet. Keine Kooperation besteht mit 38 Einrichtungen, Diensten und Stellen, wobei 22 dieser Akteure auch keine Kooperation anstreben. Diese gehören überwiegend (21) zum Feld der Pflege. Die verbleibende Nennung gehört zum Feld der Sozialpsychiatrie.

Ein ähnliches Einschätzungsbild zeigt sich auch mit Blick auf die Kooperation mit den Koordinator_innen für Inklusion des Kreises (keine Kooperation angestrebt: 22; noch keine Kooperation: 18; eher schwach: 16; eher intensiv: 3; n=59) sowie der Psychiatriekoordination des Kreises (keine Kooperation angestrebt: 22; noch keine Kooperation: 11; eher schwach: 15; eher intensiv: 10; n=58).

Für das Feld der Pflege sind insbesondere die Senioren- und Pflegeberatung des Kreises (keine Kooperation angestrebt: 4; noch keine Kooperation: 4; eher schwach: 18; eher intensiv: 8; sehr intensiv: 1; n=35) sowie die Senioren-Service-Stellen (keine Kooperation angestrebt: 2; noch keine Kooperation: 2; eher schwach: 17; eher intensiv: 9; sehr intensiv: 5; n=35) von Bedeutung. Die Kooperation ist auch in diesen Fällen überwiegend schwach ausgeprägt. Kooperationen von Akteur_innen der übrigen Felder mit den genannten Stellen sind eher die Ausnahme. Insofern ist von einer feldspezifischen Bedeutung beider Stellen auszugehen.

Feldübergreifend angefragte Kooperationspartner im Bereich zentraler Akteure sind am ehesten das Sachgebiet Sozialplanung des Kreises sowie der sozialpsychiatrische Dienst des Kreises. Die folgenden beiden Tabellen stellen die entsprechenden Rückmeldungen in der Übersicht dar.

Tabelle 17: Kooperation mit dem Sachgebiet Sozialplanung des Kreises nach Feldzugehörigkeit

	B	P	S	Gesamt
keine Kooperation (für das eigene Angebot nicht bedeutsam)	1	13	1	15
noch keine Kooperation (für das eigene Angebot bedeutsam)	3	9	6	18
eher schwach	3	7	7	17
eher intensiv	3	6	0	9
Gesamt	10	35	14	59

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Tabelle 18: Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises nach Feldzugehörigkeit

	B	P	S	Gesamt
keine Kooperation (für das eigene Angebot nicht bedeutsam)	2	13	0	15
noch keine Kooperation (für das eigene Angebot bedeutsam)	3	3	1	7
eher schwach	3	14	3	20
eher intensiv	0	2	1	3
Gesamt	8	32	4	45

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Bedeutung bestehender Gremien

Im Zusammenhang mit der vorliegend beschriebenen Untersuchung wurden die Befragungsteilnehmer_innen nach der Wirksamkeit gemeinsamer Gremien für Entwicklung eines guten Unterstützungsangebots in den drei Feldern gefragt. Mit Blick auf die Ergebnisse fällt zunächst auf, dass eine durchgängige Mehrheit der Befragungsteilnehmer_innen nur Angaben zur Situation im eigenen Feld macht.

Aus dem Feld der Pflege äußern sich beispielsweise lediglich drei Befragungsteilnehmer_innen zur Bedeutung des Behindertenbeirats. Diese schätzen ihn jeweils als ‚eher wirksam‘ (2) oder ‚sehr wirksam‘ (1) ein. 32 Befragungsteilnehmer_innen geben jedoch an, die Arbeit des Gremiums nicht beurteilen zu können (n=35). Offenbar handelt es sich bei den drei antwortenden Befragungsteilnehmer_innen um Personen, die mit dem Behindertenbeirat aus spezifischen Gründen in Kontakt stehen. Dies scheint jedoch für das Feld insgesamt nicht die Regel zu sein. Ebenfalls wenig bedeutsam für das Feld der Pflege erscheinen in diesem Zusammenhang der Psychiatriebeirat, die PSAG sowie die Regionale Planungskonferenz Eingliederungshilfe.

Aussagekräftiger sind dagegen die Rückmeldung zur Bedeutung der kommunalen Konferenz Gesundheit, Alter und Pflege. Diese wird von einer Mehrheit der Befragungsteilnehmer_innen aus der Pflege als ‚eher wirksam‘ (16) bzw. ‚sehr wirksam‘ (3) eingeschätzt (n=35). Explizit negativ wird die Konferenz von sechs Befragungsteilnehmer_innen eingeschätzt. Zehn Befragte nehmen keine Einschätzung vor. Eine tendenziell positive Einschätzung wird auch mit Blick auf den Seniorenbeirat vorgenommen. Hier geben 14 Befragungsteilnehmer_innen an, dieses Gremium sei für die Entwicklung eines Unterstützungsangebots im Bereich der Pflege ‚eher wirksam‘ (13) bzw. ‚sehr wirksam‘ (1). Dies entspricht immerhin 40 % der Befragungsteilnehmer_innen.

Die oben beschriebenen Befunde zum Gremienwesen im Bereich der Pflege deuten darauf hin, dass sich die drei Felder der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie auch im entsprechenden Gremienwesen abbilden. Vor diesem Hintergrund sind Einschätzungen zum Behindertenbeirat eher aus den Feldern der Behindertenhilfe sowie der Sozialpsychiatrie zu erwarten. Dieser wird von 50 % (n=12 %) der Befragungsteilnehmer_innen aus der Behindertenhilfe als ‚eher wirksam‘ (4) bzw. ‚sehr wirksam‘ (2) eingeschätzt. Im sozialpsychiatrischen Feld ist die Einschätzung hinsichtlich dieses Gremiums tendenziell negativ (28,6 %). Allerdings geben 8 von vierzehn Befragungsteilnehmer_innen aus diesem Feld an, hier keine Angaben machen zu können.

Mit Blick auf die Regionale Planungskonferenz Eingliederungshilfe nehmen ebenfalls Vertreter_innen von Einrichtungen und Dienste aus den Feldern der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie gleichermaßen Bewertungen vor. Diese wird von fünf (n=12) Befragungsteilnehmer_innen aus dem Feld der Behindertenhilfe als wirksam erlebt. Eine hohe Wirksamkeit wird hier von keinem Befragten zurückgemeldet. Die Einschätzung der Befragten aus dem Feld der Sozialpsychiatrie ist in diesem Zusammenhang weniger positiv. Die einschlägigen Gremien der Sozialpsychiatrie, die PSAG sowie der Psychiatriebeirat, werden aus dem Feld der Sozialpsychiatrie heraus tendenziell als ‚unwirksam‘ oder ‚eher unwirksam‘ eingeschätzt.

Planungsaktivitäten und Entwicklungsperspektiven

In der Vergangenheit haben im Kreis Siegen-Wittgenstein Planungsaktivitäten stattgefunden, die das Geschehen in den drei hier betrachteten Feldern in den Blick nehmen. Vor diesem Hintergrund sind die rückblickenden Einschätzungen der Befragungsteilnehmer_innen hinsichtlich dieser Aktivitäten ebenso interessant wie Einschätzungen hinsichtlich zukünftiger Entwicklungspotenziale. Diese werden im Folgenden zunächst in den Blick genommen. Im Fokus steht dabei wiederum Kooperation zwischen Einrichtungen, Diensten und Stellen.

Entwicklungsbedarfe hinsichtlich Kooperation

Weiteren Entwicklungsbedarf hinsichtlich einer Kooperation zwischen der eigenen Einrichtung sowie Anbietern der Behindertenhilfe sehen mehrheitlich die Befragungsteilnehmer_innen aus den Feldern der Behindertenhilfe und Pflege. Hier stimmen im Feld der Behindertenhilfe fünf Befragte eher und zwei voll zu (n=12). Im Feld der Pflege sind dies zehn bzw. eine oder ein Befragte_r (n=39). Im Feld der Sozialpsychiatrie stimmt eine Mehrheit für ‚eher nicht‘ (6) bzw. ‚nicht‘ (3) (n=14). Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Felder der Sozialpsychiatrie und der Behindertenhilfe sich im Bereich der wohnbezogenen Eingliederungshilfe organisational in hohem Maße überschneiden.

Eine analoge Frage bezog sich auf die Notwendigkeit weiterer Kooperationen mit Einrichtungen aus dem Feld der Pflege. Hierfür sehen die Befragten feldübergreifend mehrheitlich einen Bedarf. Diese Einschätzung trägt in den Feldern der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie vermutlich den Anforderungen einer zunehmend älter werdenden Klientel Rechnung, bei der auch mit zunehmenden altersbedingten Beeinträchtigungen zu rechnen ist. Außerdem konnte im Rah-

men der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden, dass insbesondere zusätzliche pflegerische Bedarfe in der Betreuung eigener Klient_innen zu Problemen führen. Die folgende Tabelle gibt die Einschätzungen in der Übersicht wieder.

Tabelle 19: Einschätzung hinsichtlich der Notwendigkeit zusätzlicher Kooperationen zwischen dem eigenen Angebot und Angeboten der Pflege nach Feldzugehörigkeit

	B	P	S	Gesamt
stimme nicht zu	0	5	1	6
stimme eher nicht zu	3	11	4	18
stimme eher zu	3	17	4	24
stimme voll zu	2	3	3	8
keine Angabe	2	0	2	4
Gesamt	10	36	14	60

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Zusätzliche Bedarfe für eine Kooperation mit Angeboten der Sozialpsychiatrie werden mehrheitlich in den Feldern der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie gesehen. Im Feld der Pflege sieht eine knappe Mehrheit der Befragungsteilnehmer_innen hier keinen Bedarf. Allerdings geben im selben Feld zehn Teilnehmer_innen an, diesbezüglich keine Einschätzung vornehmen zu können.

Der Kooperation mit den kommunalen Verwaltungen war bereits in den zuvor dargestellten Einschätzungen feldübergreifend eine hohe Bedeutung beigemessen worden. Dies gilt nicht zuletzt für die Kreisverwaltung. Vor diesem Hintergrund verwundert es wenig, dass die Befragungsteilnehmer_innen mehrheitlich einen Ausbau der Kooperation zwischen ihren Einrichtungen und Diensten bzw. Stellen mit der Kreisverwaltung befürworten. Diese wird offenbar auch perspektivisch als relevanter Ansprechpartner wahrgenommen. Die nachfolgende Tabelle stellt die entsprechenden Einschätzungen in der Übersicht dar.

Tabelle 20: Einschätzung hinsichtlich der Notwendigkeit zusätzlicher Kooperationen zwischen dem eigenen Angebot und der Kreisverwaltung nach Feldzugehörigkeit

	B	P	S	Gesamt
stimme nicht zu	0	3	0	3
stimme eher nicht zu	0	6	3	9
stimme eher zu	4	17	7	28
stimme voll zu	4	8	3	15
keine Angabe	2	2	1	5

Gesamt	10	36	14	60
---------------	----	----	----	----

Quelle: Eigene Darstellung; eigene Berechnung.

Ebenso wie bei der Kooperation mit der Kreisverwaltung wird auch der Kooperation mit den Verwaltungen der kreisangehörigen Kommunen insgesamt eine hohe Bedeutung beigemessen.

Bisherige Planungsaktivitäten des Kreises Siegen-Wittgenstein

In der Vergangenheit war der Kreis Siegen-Wittgenstein in allen drei hier betrachteten Feldern planerisch tätig. Diese feldspezifischen Aktivitäten werden in den drei Feldern jeweils stark unterschiedlich eingeschätzt. Mit Blick auf die Behindertenhilfe zeichnen die Befragungsteilnehmer_innen ein differenziertes Bild. Jeweils zwei Nennungen entfallen auf ‚nicht hilfreich‘, ‚eher nicht hilfreich‘ sowie ‚sehr hilfreich‘ (n=12). Drei Mal werden die Planungsaktivitäten als ‚eher hilfreich‘ eingeschätzt, drei Befragte geben an, keine Einschätzung vornehmen zu können.

Einheitlicher fallen die Einschätzungen der Befragungsteilnehmer_innen aus den Feldern der Pflege und Sozialpsychiatrie aus. 21 Befragungsteilnehmer_innen aus dem pflegerischen Feld schätzen die zurückliegenden Planungsaktivitäten des Kreises als ‚eher hilfreich‘ (17) bzw. ‚sehr hilfreich‘ (4) ein (n=35). Zehn Befragte machen hierzu keine Angaben, lediglich vier äußern sich tendenziell negativ. Im Kontrast dazu werden die Planungsaktivitäten des Kreises im sozialpsychiatrischen Feld tendenziell als wenig wirksam bewertet. Entsprechende Einschätzungen nehmen sieben Befragte vor (n=14). Demgegenüber schätzen drei Befragte die bisherigen Aktivitäten als ‚eher hilfreich‘ ein, vier machen keine Angaben.

Die Befragungsteilnehmer_innen wurden mit Blick auf zurückliegende Planungsaktivitäten gebeten, ihre Einschätzung zu erläutern bzw. zu ergänzen. In den Einschätzungen zeigen sich wiederum feldspezifische Unterschiede.

Befragungsteilnehmer_innen aus dem Feld der Behindertenhilfe bewerten insbesondere die bestehende Pflegebedarfsplanung eher kritisch. Die bisherigen Planungsaktivitäten im eigenen Feld werden als nicht ausreichend stringent und überwiegend quantitativ bezeichnet. Kritisiert wird ein Fehlen von Planungen mit Blick auf Menschen mit Hörbehinderung. Mit Blick auf die bestehenden Planungsgremien wird thematisiert, dass insbesondere der Psychiatriebeirat als flächendeckender Planungsakteur für die Region nicht ausreichend sei. Notwendig seien vielmehr kleinräumiger verortete Gremien.

Die Befragungsteilnehmer_innen aus dem Feld der Pflege heben ergänzend die vielfältige Angebotslandschaft im Kreis hervor. Kritisiert wird auch in diesem Zusammenhang der bestehende Pflegebedarfsplan. Dessen Fokus sei vor allem die Festsetzung der Pflegeplätze. In diesem Zusammenhang werden in Einzelmeinungen die Kapazitäten im Bereich der Kurzzeit- und Dauerpflege als unzureichend bezeichnet. Allgemein wird eine zu hohe Regulierung im Bereich der stationären Angebote kritisiert, welche jedoch nicht unmittelbar dem Kreis Siegen-Wittgenstein angelastet wird.

Die Befragungsteilnehmer_innen aus dem Feld der Sozialpsychiatrie zeichnen in ihren Ergänzungen ein ambivalentes Bild der Planungssituation. Positiv werden die Planungen im Rahmen von *Leben und Wohnen im Alter* sowie die Schaffung der Stelle eines bzw. einer Behindertenbeauftragten des Kreises bewertet. Mit Blick auf Planungsgremien werden im Einzelfall die Hilfeplan-konferenzen als geeignetes Forum wahrgenommen. Positiv bewertet wird daran vor allem der persönliche Kontakt zu den Hilfeplaner_innen. Dieser ermögliche zeitnahe und flexible Hilfen für betroffene Personen.

Hilfsangebote vor Ort, so wird es von einigen Akteur_innen bemängelt, weisen einen zu geringen Bekanntheitsgrad auf. Außerdem wird die personelle Situation im sozialpsychiatrischen Dienst als unzureichend beschrieben. Negativ eingeschätzt werden zudem der Psychiatriebeirat und die politischen Gremien. Letztere seien zu sehr auf das Feld der Pflege fokussiert, ersterer wird als unwirksam eingeschätzt.

Spezifisch für das Feld der Sozialpsychiatrie ist die Einschätzung, dass es aktuell im Kreis zu wenig Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischer Erkrankung gebe. Zudem würden geeignete regionale Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung fehlen. Weitergehend werden mehr qualifizierte Angebote für Geflüchtete gefordert.

4.3 Thesen zu Sektoralisierungsproblemen und Kooperation der untersuchten organisationalen Felder

Zum Abschluss des Untersuchungsschritts werden zentrale Befunde zusammengefasst. Für die Auswertung der hier dargestellten Untersuchung waren zwei Annahmen besonders relevant, die aus theoretischen Vorüberlegungen des Projektdesigns resultieren: Zum einen wurde davon ausgegangen, dass sich im Untersuchungsgebiet des Kreises Siegen-Wittgenstein die drei Hilfesysteme der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie innerhalb ihrer jeweiligen historischen Entwicklung in voneinander abgegrenzten organisationalen Feldern strukturiert haben. Weiterhin wird vermutet, dass die Routinen innerhalb ihrer jeweiligen Feldgrenzen so lange funktional erscheinen, wie die Komplexität der Anforderungen ein bestimmtes Maß nicht überschreitet.

Abgrenzung der drei organisationalen Felder

Die drei organisationalen Felder der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein lassen sich empirisch voneinander abgrenzen. Die Abgrenzung ist sowohl anhand der leistungsrechtlichen Grundlagen, der Zielgruppen der Angebote und der beschäftigten Berufsgruppen als auch anhand der praktizierten Routinen erkennbar.

Vollständige und unvollständige Bedarfsdeckung durch eigene Angebote

Die Mehrzahl der Einrichtungen und Dienste geht davon aus, dass ihnen eine vollständige Deckung bestehender Hilfebedarfe eigener Klient_innen überwiegend gelingt. Zugleich werden

Probleme hinsichtlich unvollständiger Bedarfsdeckungen sichtbar. Probleme entstehen in Anbieterorganisationen vor allem dann, wenn Klient_innen gleichzeitig Bedarfslagen aufweisen, die typischerweise in unterschiedlichen Feldern bearbeitet werden. Dazu gehören insbesondere erhebliche pflegerische Bedarfe sowie herausforderndes Verhalten. Dies kann zu unzureichenden Unterstützungsarrangements führen. Die entsprechenden Einschätzungen variieren von Feld zu Feld.

Kooperation und Konkurrenz mit anderen Einrichtungen

Der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und Stellen wird feldübergreifend eine hohe Bedeutung zugemessen. In diesem Zusammenhang wird vor allem ein Bedarf an fallbezogener Kooperation gesehen. Geringer eingeschätzt und praktiziert werden feldbezogene und feldübergreifende Kooperationen. Verweise von Klient_innen an andere Einrichtungen, Dienste und Stellen gehören zur Praxis aller drei Felder. Klient_innen werden vor allem dann weiter vermittelt, wenn im Rahmen des eigenen Angebots eine bedarfsgerechte Hilfe nicht oder nicht mehr möglich erscheint. Dabei sind Verweise an Akteure des eigenen Feldes wesentlich häufiger als Verweise an Akteure anderer Felder.

Die gegebene Konkurrenzsituation wird in den drei Feldern unterschiedlich wahrgenommen. Eine starke Konkurrenz im eigenen Feld sehen insbesondere Befragungsteilnehmer_innen aus dem Feld der Behindertenhilfe. Am geringsten ausgeprägt wird die Konkurrenzsituation im Bereich der Pflege gesehen. Die Gründe hierfür können u. a. in dem jeweils gegebenen Verhältnis von Angebot und Nachfrage gesehen werden.

Bisherige Planungsaktivitäten und Gremien auf Kreisebene

Es besteht eine grundsätzliche Offenheit für kommunale Planungsprozesse, die sich auf positive Planungserfahrungen der Vergangenheit stützt. Dies gilt insbesondere für das Feld der Pflege. Im Feld der Behindertenhilfe besteht eine mehrheitlich positive Sicht hinsichtlich der Auswirkungen der überörtlichen Zuständigkeit für die wohnbezogene Eingliederungshilfe. Zugleich wird jedoch auch Planungen auf kommunaler Ebene eine hohe Bedeutung in diesem Bereich beigemessen. Gefragt sind folglich Modelle, die beide Planungslogiken sinnvoll miteinander verknüpfen. Kritik an der überörtlichen Zuständigkeit wird vor allem aus dem Feld der Sozialpsychiatrie heraus geäußert.

Die Mitwirkung in bestehenden Gremien wird als grundsätzlich sinnvoll erachtet. Allerdings werden Gremien auf Kreisebene teilweise als wenig funktional wahrgenommen und der für die Organisationen verbundene Aufwand in ein kritisches Verhältnis zum Ertrag gesetzt.

Fachkräftemangel

In allen drei untersuchten Feldern besteht im Kreis Siegen-Wittgenstein ein spürbarer Mangel an einschlägigen Fachkräften. Insbesondere fällt es den Einrichtungen, Diensten und Stellen

schwer, Pflegefachkräfte zu rekrutieren. Diese Befunde waren vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Situation grundsätzlich zu erwarten. Gleichwohl werden neben überregionalen auch regionale Aktivitäten zur Verbesserung der Fachkräftesituation für erforderlich gehalten.

Professionelles Selbstverständnis im Feld der Pflege

Das Selbstverständnis der Pflegeeinrichtungen entspricht überwiegend dem von Hilfen für ältere Menschen. Fehlende Angebote für jüngere Menschen mit Pflegebedarf führen daher möglicherweise zu Fehlplatzierungen oder zu Verweisen an Einrichtungen außerhalb des Kreisgebiets. Die Tatsache, dass Menschen mit Demenz betreut werden zeigt, dass in den Pflegediensten Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit sogenannter geistiger Beeinträchtigung bestehen. Diese können in der Kooperation mit Akteuren anderer Felder nutzbar gemacht werden und umgekehrt.

Die hier vorgestellten Thesen wurden im Anschluss für eine qualitative Befragung von Mitarbeiter_innen mit Klient_innenkontakt in Einrichtungen, Diensten und Stellen operationalisiert.

5 Organisationale Handlungspraxis

Ausgehend von den Befunden der zuvor dargestellten Untersuchungen werden im Folgenden die Ergebnisse einer qualitativen Studie dargestellt, die sich auf die Erfahrungen von Mitarbeiter_innen mit Klient_innenkontakt bezieht. Im Rahmen des Forschungsprojekts verfolgt diese Untersuchung das Ziel, die in den Einrichtungen, Diensten und Stellen praktizierten Routinen und die zugrundeliegenden Skripts zu rekonstruieren und damit die bisherigen Befunde zu vertiefen.

5.1 Methodisches Vorgehen

Als Praktiken oder Routinen sind jene „(materiellen) Verhaltensweisen und (ideellen) Wissensbestände“ (Klatetzki 2003, S. 95) zu verstehen, über die letztendlich „[d]as theoretische Verständnis von Organisation als Praxis“ (Klatetzki 2003, S. 96) erfolgen kann. In diesem Untersuchungsschritt des Projekts sollen die Annahmen der Strukturierung von organisationalen Feldern (vgl. z. B. DiMaggio 1986, DiMaggio/Powell 1991, Wooten/Hoffmann 2017) nutzbar gemacht werden, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob bzw. inwieweit solche Routinen auch in den strukturierten Organisationen vorliegen und als feldspezifische Merkmale die Felder kennzeichnen bzw. in ihnen reproduziert werden. Der Fokus des hier beschriebenen Untersuchungsschritts liegt aus diesem Grund auf der Rekonstruktion solcher handlungspraktisch relevanten Routinen als „institutionalisierte Verhaltensweisen“ (Klatetzki 2003, S. 100). Mit anderen Worten: Es interessieren die jeweiligen „Skripts“ (Klatetzki 2003, S. 98), durch die praktizierte Routinen im organisationalen Kontext von Einrichtungen, Diensten und Stellen formatiert sind. „Situative Skripts“ (Klatetzki, S. 99) bezeichnen laut Klatetzki in diesem Kontext den abstrahierten Rahmen einer Sammlung von Routinen, die durch das Individuum assoziiert und ausgeführt werden. Sie umfassen jene „Ereignisschemata, in denen a) die Situation spezifiziert ist, b) mehrere Akteur*innen aufeinander abgestimmte Handlungen ausführen, und c) die Akteur*innen ein gemeinsames Verständnis in Bezug auf das Geschehen in der Handlungssequenz haben“ (Klatetzki 2003, S. 99).

In Anlehnung an Przyborski und Wohlrab-Sahr wird davon ausgegangen, dass der „Zugang zum handlungsleitenden Wissen der Akteure“ [sic] nicht „in deren expliziten Theorien und Erklärungen“, sondern in den „Beschreibungen und Erzählungen ihrer Handlungspraxis“ evident wird (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S. 20-21). Für den methodischen Zugang zu Skriptrekonstruktionen ist somit besonders relevant, wie Praktiker_innen auf bestimmte Situationen mit dem Wissen um und der Ausführung von Verhaltensroutinen reagieren. Aus diesem Grund orientieren sich das Vorgehen und die Entwicklung entsprechender Datenerhebungsinstrumente an der bei Klatetzki beschriebenen „[W]as, wenn“-Logik (Klatetzki 2003, S. 100)¹⁴, um gehaltvolle Erzählimpulse bei den befragten Personen zu erzeugen.

¹⁴ Im Folgenden als ‚Was-Wenn-Logik‘ vereinheitlicht.

Der hier beschriebene qualitative Untersuchungsschritt ergänzt entsprechend dem Forschungsdesign (s. o.) die quantitative Datenerhebung. In diesem vorangegangenen Untersuchungsschritt konnten aussagekräftige Indikatoren zur Thesenentwicklung des Projekts ermittelt werden. Er diene weiterhin dazu, Hypothesen im Hinblick auf die Auswertung der hier beschriebenen Interviewreihe aufzustellen. Die angestrebte methodische Verschränkung soll die im Rahmen der vorherigen Untersuchungsschritte aufgestellten Thesen qualitativ anreichern und weiter ausdifferenzieren. Es wird angenommen, dass auf Grundlage qualitativer Daten die Bedingungen der Sektoralisierung des Leistungsgeschehens und ihr Niederschlag in Praxisroutinen und Skripts der Praktiker_innen präziser identifiziert werden können, als dies im Rahmen der zuvor beschriebenen quantitativen Untersuchung möglich war.

Untersuchungssample

Die Auswahl der befragten Personen sollte vor allem zwei Kriterien berücksichtigen: Zum einen sollen die drei untersuchten organisationalen Felder durch die ausgewählten Einrichtungen möglichst umfassend repräsentiert werden. Zum anderen sollen durch die repräsentative Auswahl der befragten Praktiker_innen deren Einrichtungen und ihre organisationalen Praktiken möglichst genau erfasst werden. Hierzu musste zumindest eine bereits institutionalisierte Feldzugehörigkeit der Praktiker_innen angenommen werden. Es wird vermutet, dass sich eine Aneignung feldeigener institutioneller Regelwerke und verfestigter organisationaler Praktiken in der alltäglichen beruflichen Erfahrung erst ab einer gewissen Zeit und dann immer intensiver bei den Praktiker_innen niederschlägt. Hieraus ergeben sich folgende Anforderungen an die Profile der Befragungsteilnehmer_innen:

- (1) Als personenbezogene Bedingungen zur Auswahl von Befragungsteilnehmer_innen werden eine mehrjährige Betriebszugehörigkeit, Klient_innenkontakt in der täglichen Arbeit, die gleiche (mittlere) Hierarchieebene der beiden ausgewählten Personen sowie die Nichtzugehörigkeit zur Geschäftsführung oder Einrichtungsleitung vorausgesetzt. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die ermittelten Aussagen sich auf die operative Ebene der organisationalen Praxis beziehen und nicht symbolisch bleiben (vgl. Klatetzki/Ashauer 2002, S. 3).
- (2) Die Organisationen der Befragungsteilnehmer_innen sind jeweils eindeutig nach den o. g. Kriterien einem der drei organisationalen Felder sozialer Dienstleistungen zugeordnet. Es wird eine Aufteilung von sechs Organisationen pro Feld angestrebt, wobei zur besseren Kontrolle der erhobenen Daten jeweils zwei Praktiker_innen pro Organisation befragt werden sollen. Bei drei Feldern, jeweils sechs Organisationen und jeweils zwei Praktiker_innen ergibt sich ein Zieldatensatz von 36 Interviews in 18 Organisationen.
- (3) Als organisationsbezogene Bedingung zur Auswahl von Befragungsteilnehmer_innen werden die übergeordneten Bedarfe, die in allen Feldern anzutreffen sind, angenommen. Hierfür wurde zunächst der Lebensbereich des Wohnens ausgewählt. Es werden

dementsprechend aus jedem Feld vier Organisationen ausgewählt, deren Angebotsspektrum mindestens den Bereich des Wohnens betrifft. Zusätzlich werden pro Feld zwei Organisationen ausgewählt, deren Angebot mindestens den Bereich der Beratung umfasst.

Zur Auswahl der Befragungsteilnehmer_innen konnte auf eine Liste sämtlicher Einrichtungen, Dienste und Stellen der drei organisationalen Felder im Kreisgebiet zurückgegriffen werden, die bereits für die Onlinebefragung im vorangegangenen Untersuchungsschritt verwendet wurde. Die Auswahl der anzufragenden Organisationen erfolgte nach dem Zufallsprinzip gemäß der zuvor festgelegten Auswahlkriterien (Feldzugehörigkeit, Angebot im Wohn- oder Beratungsbereich). Bei Absage oder Nichtantwort der angefragten Organisationen in einem Zeitraum von mehreren Wochen erfolgten pro geplantem Kontakt bis zu drei Versuche der Anfrage einer anderen, ebenfalls nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Organisation mit den gleichen Auswahlkriterien. Das Vorgehen bei der Akquise von Teilnehmer_innen nach der Auswahl einer Organisation umfasst den telefonischen Erstkontakt zu Leitungskräften, das Versenden einer informativen E-Mail mit einer Übersicht über den geplanten Gesprächsverlauf der Interviews und der Bitte um eine Terminabsprache sowie telefonische Rückfragen bei Nichtantwort von Organisationen. Die Interviewdurchführung erfolgte schließlich aufsuchend, wobei das Forschungsteam sich bezüglich Zeit und Ort der Gespräche nach den Interviewteilernehmer_innen richtete. Die Interviews wurden gemeinsam von jeweils zwei Vertreter_innen der Forschungsgruppe durchgeführt.

Instrument

Dem methodischen Vorgehen lag die Annahme zugrunde, dass sich in den organisationalen Feldern Routinen und Skripts als Praxis der Bewertungen von Situationen und entsprechender Ressourcenanwendungen durch die befragten Fachkräfte abbilden lassen. Diese Routinen sind am jeweiligen Handlungsspielraum der Fachkräfte orientiert, der im Kontext der eigenen Position in der Organisation als verfügbar wahrgenommen wird. Dieser Annahme folgend sind zur Rekonstruktion situativer Skripts drei Dimensionen zentral:

- (1) die eigene Verortung des handelnden Subjekts in der Organisation und sein professionelles Selbstverständnis,
- (2) die als verfügbar wahrgenommenen Ressourcen, die bekannten institutionalisierten Regelwerke und Normen, die latenten Annahmen sowie vorhandenen Routinen in Form eines virtuellen Handlungskatalogs
- (3) sowie die Assoziation vollständiger Abfolgen von Routinen in spezifischen Situationen und die Ausführung oder Modifizierung der zugehörigen Handlungen.

Es ist weiterhin zu erwarten, dass – soweit die organisationalen Felder der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie im Kreis Siegen-Wittgenstein sektoralisiert sind – sich diese Sekto-

ralisierung auch in feldbezogenen Praktiken der Akteure niederschlägt. Insbesondere soll an dieser Stelle das Augenmerk auf derartige Routinen gelegt werden, die Anwendung finden, sobald Akteur_innen mit komplexen Anfragen konfrontiert werden. Hiermit sind Anfragen gemeint, die komplexe bzw. multiple Bedarfe aus zwei oder drei der Felder gleichzeitig umfassen. Um diese Routinen zu rekonstruieren, war ein entsprechender problembasierter Stimulus Bestandteil der Datenerhebung (vgl. Anhang B).

Als Datenerhebungsmethode wurden leitfadengestützte, halbstandardisierte ‚*Face-to-face-Interviews*‘ eingesetzt (vgl. Diekmann 2009, S. 437). Die persönliche Befragung von Praktiker_innen der drei untersuchten organisationalen Felder ist besonders vor dem Hintergrund der Komplexität und des Abstraktionsgrades der Fragestellungen und gegebenenfalls aufkommender Rückfragen der telefonischen oder offenen schriftlichen Befragung vorzuziehen. Zudem ermöglicht die kontrollierte Interaktion der Interviewsituation auch die Verwendung materieller Stimuli. Im Rahmen der hier beschriebenen Untersuchung erfolgen diese Erzählanreize in Form von Fallvignetten, die den Interviewpartner_innen ausgedruckt vorgelegt, vorgelesen und erklärt wurden.

Zur Leitfadenkonstruktion werden sechs Kategorien herangezogen, wobei sich das Erkenntnisinteresse und die Auswahl dieser Kategorien auf vorangegangene Untersuchungsschritte des Projekts stützen. Auf Grundlage des explorativen Vorgehens und der Erstellung von ‚Feldporträts‘ zur Annäherung an die organisationalen Feldstrukturen im Untersuchungsgebiet wurde theoriegeleitet ein Thesenkatalog entwickelt, kategorisiert und sukzessiv durch Erkenntnisse der quantitativen Erhebung geformt. Neben bereits in der quantitativen Erhebung verwendeten Kategorien (Kooperationen, Zuständigkeiten, Gelingensfaktoren von Unterstützungsleistungen) sind zur Leitfadenkonstruktion insbesondere jene Kategorien relevant, für die ein qualitativer methodischer Zugang zur Identifikation von Handlungsrouninen und Skripts maßgeblich angezeigt scheint: Entscheidungsprozesse, feldübergreifende Unterstützungsleistungen, sozialräumliche Orientierung sowie professionelles Selbstverständnis und Organisation.

Der Leitfaden führt mit Fragestellungen zum beruflichen und organisationalen Hintergrund der befragten Personen sowie Einschätzungen zur jeweiligen Zielgruppe und den Zugängen zur eigenen Einrichtung ein. Anschließend werden die oben genannten Kategorien in Form von Folgefragen auf einen spezifischen Erzählanreiz umgesetzt. Hierzu werden problembasierte Stimuli zur Rekonstruktion von feldbezogenen Skripts eingesetzt. Bei diesen Stimuli handelt es sich um vier kurze Fallvignetten¹⁵, die einen Bezug zur beruflichen Praxis der befragten Personen herstellen und Assoziationen provozieren sollen. Jede der Fallvignetten beschreibt den spezifischen Fall einer Person in ihrer individuellen Lebenssituation und mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen. Ausschlaggebend für den Erzählanreiz ist die Schilderung einer problematischen Situation im Fallverlauf, durch die sich die Bedarfslage der Person derart verändert, dass eine Anpassung der Unterstützungsleistungen angezeigt ist. Dabei schneidet eine Fallvignette jeweils

¹⁵ Die Fallvignetten finden sich im Anhang dieses Berichts.

zwei der drei untersuchten Felder der Pflege, Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie in den angeforderten Unterstützungsleistungen an:

Fallvignette 1: Herr Kerger (Behindertenhilfe stationär + Pflege)

Fallvignette 2: Frau Lietz (Behindertenhilfe + Sozialpsychiatrie)

Fallvignette 3: Herr Bauschen (Sozialpsychiatrie + Pflege)

Fallvignette 4: Frau Rusche (Behindertenhilfe ambulant + Pflege)

Die Fallvignetten legen somit insbesondere einen Fokus auf Schnittflächen der untersuchten Felder und Problemlagen, die sich aus multiplen Bedarfen ergeben. Als Stimuli im Verlauf eines Interviews wurden jeweils zwei dieser Fallvignetten derart verwendet, dass das Feld, dem die Organisation der befragten Person zugeordnet wird, mit den beiden anderen Feldern anhand der Erzählanreize kontrastiert wurde. Für Interviews im Feld der Behindertenhilfe wurden die Fallvignetten 1 und 2 verwendet, für das Feld der Pflege die Fallvignetten 3 und 4 und für das Feld der Sozialpsychiatrie die Fallvignetten 2 und 3. Nachdem den Interviewteilnehmenden eine Fallvignette präsentiert worden war und Nachfragen geklärt werden konnten, folgten die Formulierungen der Fragen des Leitfadens weiterhin einer ‚Was-Wenn-Logik‘, die den Abruf der bekannten Verhaltensroutinen in Reaktion auf die Fallvignetten anreizen soll. Es erfolgten Pre-Tests des Interviewleitfadens mit je einem bzw. einer Praktiker_in pro organisationalem Feld im Kreis Siegen-Wittgenstein, wobei jeweils eine unterschiedliche Zusammenstellung der Fallvignetten geprüft wurde (Behindertenhilfe/Pflege und Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie, Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und Sozialpsychiatrie/Pflege, Behindertenhilfe/Pflege und Sozialpsychiatrie/Pflege). Die Interviews wurden nach einer Einverständniserklärung der befragten Personen mit einem Audioaufnahmegerät aufgezeichnet.

Methodisches Vorgehen bei der Auswertung

Es erfolgte eine vollständige Transkription der Audioaufnahmen. Gemäß den formulierten Transkriptionsregeln wurde das Material hierbei geglättet, da keine formale, linguistische oder phonetische Auswertung beabsichtigt ist. Methodisch war die Transkription an Ausführungen von Przyborsky/Wohlrab-Sahr, Kuckartz et al. und Dresing/Pehl orientiert (vgl. Przyborsky/Wohlrab-Sahr 2014, S. 167; Kuckartz et al. 2008, S. 27-28; Dresing/Pehl 2017, S. 21-23). Im Zuge einer gemäßigten sprachlichen Glättung wurden Verzögerungs- und Füllworte, Stottern bei der Formulierung eines Wortes, Wortabbrüche mit anschließender Korrektur, dialektische Färbungen oder abgehackte Formulierungen angepasst transkribiert. Wortschleifungen wurden aufgelöst und betonte Wortdoppelungen beibehalten („Das ist sehr sehr sehr wichtig“). Da die Anonymisierung eine zentrale Voraussetzung für die Akquise von Befragungsteilnehmer_innen ist und gewahrt bleiben musste, war keine Veröffentlichung vollständiger Transkripte beabsichtigt. Zur Auswertung des Datenmaterials wurde ein strukturierendes inhaltsanalytisches Vorgehen verfolgt (vgl. Schreier 2014, o. S.). Im Zuge dessen wird theoriegeleitet ein Kategoriensystem entwickelt, das Material vollständig codiert und auf eine Auswahl auszuwertender Textpassagen

reduziert. Die Transkripte der drei organisationalen Felder wurden durch unterschiedliche Mitglieder des Forschungsteams eigenständig und unabhängig voneinander codiert. Nach der vollständigen Codierung des Materials tauschten sich die codierenden Forscher_innen über die jeweiligen Zuordnungen und Vorgehensweisen aus, woraufhin das Kategoriensystem angepasst und einzelne Codierungen präzisiert wurden. Hierdurch sollte eine „[h]ohe Intercoder-Reliabilität [als] Minimum-Standard [der] Inhaltsanalyse“ (Schnell et al. 2005, S. 413) gewährleistet werden. Das zur Auswertung entwickelte Codierungsschema baut auf den zur Leitfadenkonstruktion verwendeten Kategorien auf und differenziert weitergehend die Codes ‚Hilfebedarf und Klientifizierung‘ sowie ‚Verweislogik‘. Es umfasst die folgenden Codierungen:

- (1) Zuständigkeit und Zielgruppe
- (2) Hilfebedarf und Klientifizierung
- (3) Kooperation
- (4) Verweislogik
- (5) Bedeutung sozialräumlicher Bedingungen
- (6) Professionelles Selbstverständnis
- (7) Organisationale Rahmenbedingungen
- (8) Gelingensfaktoren

5.2 Darstellung der Ergebnisse

Von September bis Dezember 2017 wurden insgesamt 28 Interviews in 16 Einrichtungen, Diensten oder Stellen durchgeführt. Hierbei entfielen 9 Interviews auf 5 Organisationen der Behindertenhilfe, 9 Interviews auf 5 Organisationen der Pflege und 10 Interviews auf 6 Organisationen der Sozialpsychiatrie. Den bei der Kontaktaufnahme übermittelten Anforderungen an die Interviewteilnehmer_innen kamen alle teilnehmenden Organisationen im Rahmen ihrer Möglichkeiten nach.

Die Interviewteilnehmer_innen waren überwiegend weiblich (18 w, 10 m). Insbesondere fällt dies für das Feld der Pflege auf (8 w, 1 m). Das Durchschnittsalter der befragten Personen betrug gerundet 40,6 Jahre (Behindertenhilfe 37,9 Jahre; Pflege 45,6 Jahre; Sozialpsychiatrie 39,1 Jahre).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt und entlang des Codierungsschemas systematisiert. Hierbei erfolgt die Ergebnisdarstellung zunächst feldbezogen. Eine Zusammenführung erfolgt zum Ende des aktuellen Kapitels.

5.2.1 Pflege

Von den 5 Organisationen, in denen insgesamt 9 Interviews für das Feld der Pflege durchgeführt wurden, konnten im Voraus zwei dem stationären Pflegekontext, eine der ambulanten Pflege und zwei der Beratung zugeordnet werden. Im Folgenden werden in komprimierter Form die Ergebnisse der Codierung und Interpretation in Abgrenzungen zu den Feldern der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie dargestellt.

Zuständigkeiten und Zielgruppe

„Also generell ((seufzt)) (2) würde ich sagen, das ist kein Wunschkonzert. Wir (.) können uns unsere Klienten schon aussuchen. (.) Aber generell (3) würde ich sagen, dass-, was ich weiß, nehmen wir eigentlich jeden, der irgendwie selber nicht so gut kann und (.) auf Hilfebedarf angewiesen ist.“ (P1, Z. 175)

Die befragten Praktiker_innen aus dem Feld der Pflege sehen sich und die eigene Organisation originär für pflegebedürftige Menschen und deren Versorgung im Wohnkontext verantwortlich. Im Interviewmaterial finden sich diesbezüglich Abgrenzungen gegenüber den Organisationen und Akteur_innen anderer Felder. Diese Abgrenzungen erfolgen in erster Linie über die Reklamation eigener Fachkompetenz (vgl. P2, Z. 106) für Unterstützungsbedarfe bei körperbezogenen Verrichtungen (vgl. z. B. P2, Z. 102; P3, Z. 101; P5, Z. 131). Die eigenen Handlungen werden inhaltlich auf bestimmte Tätigkeiten und Aufgaben bezogen und von anderen Tätigkeits- und Aufgabenbereichen abgegrenzt: „Also wie Grundpflege, das ist unser täglich Brot. Das ist keine Frage. Da ist egal was kommt“ (P5, Z. 145).

Für andere Hilfebedarfe wird eine spezielle Fachkompetenz den Einrichtungen, Diensten oder Stellen (P3, Z. 101; P4, Z. 84-85; P8, Z. 95) der dafür zuständigen anderen Felder zugeschrieben. Es wird davon ausgegangen, dass innerhalb der Felder die Kompetenz verfügbar ist, die zur Lösung der jeweiligen Klient_innenprobleme benötigt wird. So wird von Mitarbeiter_innen in Beratungsstellen der Pflege beispielsweise angenommen, dass Organisationen der Behindertenhilfe ausreichend über Themen der Pflege bei Menschen mit Behinderungen informiert seien (vgl. P7, Z. 91-92).

Während sich im Interviewmaterial auch Hinweise auf eine Sensibilität der Praktiker_innen für feldübergreifende Bezüge finden, bleibt ihr Zuständigkeitsverständnis doch eindeutig im Bereich der Alten- und Krankenhilfe verortet. Für den Umgang mit demenzerkrankten Personen beanspruchen die Praktiker_innen beispielsweise zwar Expertise, klammern jedoch Menschen unter 60 als Zielgruppe eher aus. Gleiches gilt etwa auch für suchterkrankte Personen (vgl. P3, Z. 101; P5, Z. 131; P8, Z. 95). Gleiches gilt für bestimmte Formen herausfordernden Verhaltens: „Problem ist immer, wenn wir das nicht mehr händeln können. Wenn es eben- eine Selbst- oder Fremdgefährdung da ist. [...] Dann sind wir an unseren Grenzen“ (P5, Z. 161-163).

Derartige Abgrenzungen erscheinen besonders vor dem Hintergrund des formulierten breiten Zuständigkeitsanspruchs der Pflege widersprüchlich. Es ist zu vermuten, dass Organisationen der Pflege in einer Situation anhaltend hoher Nachfrage insbesondere solche Klient_innen vorzugsweise neu aufnehmen, die die organisationale Praxis mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht überfordern. Dies lässt Tendenzen im Feld der Pflege erkennen, sich bei der Auswahl von Klient_innen auf ältere pflegebedürftige Personen mit mehr oder weniger gut ausgeprägter Sozialkompetenz zu fokussieren.

Insgesamt wirkt die Pflege in der Gesamtschau des Interviewmaterials als stark selbstbezogenes Feld mit deutlichen Sektoralisierungstendenzen, von dem aus kaum Kooperationsanfragen an andere Felder ausgehen.

Hilfebedarf und Klientifizierung

„Oder manche erholen sich auch wieder, ne? [...] Kommt selten vor, aber wir hatten das auch schon, dass sich dann jemand- (.) also praktisch mit der Trage hier hereingekommen ist und nach einem, anderthalb Jahren sich einen BMW gekauft hat und weggefahren ist.“ (P5, Z. 208-210)

Der Unterstützungsbedarf von Klient_innen im Bereich der Pflege wird laut den befragten Praktiker_innen maßgeblich im Bereich der aktivierenden Lebensführung und dem Erhalt sozialer Kontaktstrukturen verortet (vgl. P5, Z. 71; P7, Z. 130; P8, Z. 93; P9, Z. 79). Die von den Interviewten vorgetragene Schilderung einer von Selbstbestimmung und Aktivierung geprägten Unterstützung erinnern zwar an die Leitideen der gesellschaftlichen, Teilhabe, wie sie auch im Feld der Behindertenhilfe formuliert werden (vgl. z. B. P9, Z. 79). Die Praktiker_innen aus dem Bereich der Pflege nehmen jedoch hinsichtlich der Grundannahmen über die Aufgaben der Felder dennoch deutliche Unterscheidungen vor:

„[...] die [Einrichtungen der wohnbezogenen Eingliederungshilfe] haben natürlich eine ganz andere Zielformulierung, ja. Da geht es um die Teilhabe und die Integration innerhalb der Gesellschaft und bei der Pflege ist die Ausrichtung eine andere. Da geht es natürlich auch um Aktivierung, um Betreuung, letztlich um Beschäftigung, aber mit einem anderen Ziel [...]“ (P8, Z. 93).

Diese Unterscheidung von feldbezogenen Normen wird von den Praktiker_innen der Pflege zudem sowohl im stationären als auch im ambulanten Kontext beschrieben:

„[D]ie [ambulanten Dienste der wohnbezogenen Eingliederungshilfe] pflegen die ja nicht, die machen das, was eine Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben angeht, oder alles, was im außerhäuslichen Bereich passiert. So. Aber eine Pflege innerhalb der eigenen Häuslichkeit übernehmen die ja nicht“ (P8, Z. 141).

Aufgrund der oft länger andauernden Unterstützung pflegebedürftiger Personen durch eine genutzte Organisation der Pflege ist zu vermuten, dass es im Feld der Pflege zur Klientifizierung von Personen kommt. Hiermit ist gemeint, dass mit der Neuaufnahme der Person in den Stamm von Klient_innen der Organisation eine unhinterfragte dauerhafte Bindung der Person an den entsprechenden Leistungsanbieter einhergeht, die auch bei Veränderungen der Bedarfslage Bestand hat. Hier deutet das Interviewmaterial auf Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Pflegeangeboten hin (vgl. z. B. P3, Z. 99). Obwohl auch Beziehungen zwischen ambulanten Pflegediensten und ihren Klient_innen meist über längere Zeiträume bestehen, scheint im ambulanten Bereich aufgrund des deutlicheren Dienstleistungscharakters der Unterstützung ein Wechsel oder Austausch des Dienstes eher möglich zu sein als im stationären Pflegekontext. Die

Klientifizierung fällt hier dementsprechend möglicherweise geringer aus als in der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie, wobei sich die Unterschiede zwischen den ambulanten und stationären Bindungsstrukturen auch in den letztgenannten Feldern abzeichnen.

Bezüglich der Neuaufnahme von Klient_innen besteht bei den befragten Fachkräften der Pflege aus dem stationären und dem ambulanten Bereich Klarheit über die gängige Praxis in der eigenen Organisation. Für den stationären Bereich beschreibt dies eine Pflegekraft so:

„Das ist ganz ganz leicht, also- man kann (.) ganz leicht Klient werden. (.) Man muss sich hier bei uns melden. Der Sozialdienst führt die ersten Gespräche. Dann gibt es ein Informationsgespräch oder so einen Interessenerstkontakt. Dann schaut man, wo kann die Person (.) hinpassen? Und dann gibt es einen Vertrag mit der Pflegeeinrichtung. Vielleicht Kurzzeitpflege, vielleicht vollstationär. Und dann kann man bei uns Klient werden. Ganz einfach.“ (P6, Z. 51)

Die jeweilige Verantwortung wird dabei den Einrichtungs- und Teamleitungen zugeschrieben. Das Wissen um Routinen im Kontext der Aufnahme von Klient_innen scheint bei den befragten Fachkräften vorhanden zu sein, wird aber als ‚Chefsache‘ von der eigenen Position in der jeweiligen Organisation abgegrenzt. Erstgespräche mit potenziellen Klient_innen werden im ambulanten Bereich von Pflegedienstleitungen, ihren Stellvertreter_innen oder anderen examinieren Pflegefachkräften geführt (vgl. z. B. P2, Z. 66; P3, Z. 57; P4, Z. 47), während im stationären Bereich hierfür auch Sozialarbeiter_innen im Sozialen Dienst der Einrichtungen verantwortlich sind (vgl. P5, Z. 64).

Im Verlauf der Interviews wurden die befragten Praktiker_innen dazu angeregt, typische Handlungsmuster und gefestigte Routinen zur Einschätzung der Hilfebedarfe zu äußern. Sowohl in Reaktion auf die verwendeten Fallvignetten als auch in selbstinitiierten Erzählungen der befragten Personen fanden sich derartige Routinen entsprechend der theoretischen Vorannahmen der Untersuchung in situativen Skripts gebündelt wieder.

„Also wenn wir jetzt den Anruf kriegt von der Dame, dass sie Hilfe braucht, dann würde einer von uns hinfahren. Also es muss immer jemand Examiniertes sein, also keine Hilfskraft. Und sie dann-, Erstgespräch machen und einfach die Örtlichkeiten anschauen und gucken und fragen, was an Hilfe nötig ist und ob man es sich leisten kann. Und dann einfach mit der Dame vereinbaren, also wirklich- was sie braucht und wie oft sie Einsätze braucht. Wenn das alles geklärt ist und geregelt ist, dann würden wir einen Kostenvoranschlag erstellen.“ (P3, Z. 57)

Das o. g. Beispiel umfasst etwa eine Abfolge assoziativer Darstellungen zum üblichen Ablauf eines Erstgesprächs in Reaktion auf die Fallvignette 4 (Frau Rusche). Die im Interviewmaterial nachhaltbaren Routinen von Akteur_innen im Feld der Pflege sind in der Gesamtbetrachtung durch eine Grundhaltung geprägt, die die ökonomische Beziehung zwischen Kunde bzw. Kundin und Dienstleistung betont. Dienstroutinen der befragten Personen richten sich im Schwerpunkt entlang eines Abgleichs mit dem Leistungsrecht auf die Erbringung von zu finanzierenden Leis-

tungen. Dies erweckt den Eindruck, dass die Interaktionen zwischen Klient_innen und Fachkräften insoweit rationalisiert werden, dass ihre inhaltliche Ausgestaltung vom Leistungsangebot der jeweiligen Organisation (und nicht von den ggf. möglichen oder angemessenen Unterstützungsangeboten) abzuhängen scheint (vgl. P3, Z. 77; P4, Z. 47; P6, Z. 84; P8, Z. 133; P9, Z. 85).

Bezüglich der Angebotsgestaltung lassen Aussagen einiger Praktiker_innen vermuten, dass Mitarbeiter_innen stationärer Einrichtungen im Feld der Pflege im Einzelfall die Platzierung oder Zuordnung von Klient_innen zu Einrichtungen der Entwicklung einer individuellen Passung oder eines (feldübergreifenden) Arrangements vorziehen:

„[...] Das sind all so Dinge, wo ich glaube, so diese Suchtgeschichte, da sind wir sowieso nicht zuständig, weil das dürfen wir ja gar nicht machen, da muss man ja noch eine Zusatzausbildung haben. Gibt ja auch diese ambulanten Dienste, die halt auch diese psychischen kranken Menschen versorgen. Da muss so und so lang psychiatrisch gearbeitet haben, sonst wird-. Also wir haben ganz selten einmal Suchtmenschen dabei.“ (P3, Z. 99)

„[...] Ich würde persönlich erst einmal denken: Er passt gar nicht hier hin.“ (P6, Z. 158)

Diese Tendenz zeigt sich in den Interviews schwächer bei Mitarbeiter_innen von ambulanten Pflegediensten und von Beratungsstellen. Während sich die Routinen ambulanter Pflegedienste maßgeblich auf den Wohnkontext der Klient_innen konzentrieren, äußern die befragten Mitarbeiter_innen, die überwiegend in der Beratung tätig sind, Annahmen über die Kompetenzen und Zielgruppen von Organisationen in den Feldern der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie (vgl. z. B. P7, Z. 90ff.; P8, Z. 141).

Im Interviewmaterial lassen sich weiterhin Verhaltensroutinen für das Feld der Pflege nachhalten, die sowohl feldintern auf die Aufnahme von Klientel, die Angebotsgestaltung, Verweise an andere Organisationen und den Abgang von Klientel als auch feldübergreifend Bezug nehmen (z. B. Feststellung der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Diagnostik und entsprechendes Vorgehen). Es ist bemerkenswert, dass die feldübergreifenden Routinen hierbei fast ausschließlich auf die Vervollständigung des eigenen Leistungsangebots und auf die Bedarfsabdeckung im Rahmen der eigenen organisationalen Praxis ausgerichtet sind.

Die befragten Praktiker_innen äußern nur vereinzelt Hinweise auf Routinen, die auf eine Herausführung von Klient_innen aus dem Feld hindeuten könnten. Es erscheint jedoch überwiegend die geteilte Annahme zu bestehen, dass die Pflegebedürftigkeit von Klient_innen im Regelfall zu- und nur im absoluten Ausnahmefall abnimmt: „Es ist wirklich selten, aber wir haben das schon. Also- sich stabilisiert. Das- und wieder in das häusliche Umfeld zurückkann“ (P5, Z. 214). Fachkräfte reflektieren etwa die Heranführung zum eigenständigen oder ambulant betreuten Wohnen nach einem stationären Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung im Sinne eines Übergangs von stationärer zu ambulanter pflegerischer Unterstützung. Hier schließen sich jedoch keine diesbezüglichen Verantwortlichkeiten oder Dienststrutinen an. Die Hilfe bei der Wohnungssuche wird beispielsweise nicht als Aufgabe der eigenen Organisation wahrgenommen und demnach als zu erwägende Handlung verworfen (vgl. P5, Z. 221-235). Zu erkennen ist zudem ein Fehlen von

Verhaltensroutinen, die Klient_innen aus dem Bereich der stationären Pflege herausführen könnten.

Es ist anzunehmen, dass die im Interviewmaterial erfassten feldbezogenen Routinen aufgrund ihrer Verrichtungsorientierung möglicherweise perspektivenverengend wirken und in der Praxis auch die Routinen von Fachkräften dementsprechend beeinflussen. Auffällig ist in diesem Kontext, dass die in den Interviews vertretenen Berufsgruppen der Sozialarbeiter_innen und Sozialpädagogen_innen trotz ihrer interdisziplinären Ausbildung vor allem die Routinen, Annahmen und Abgrenzungen ihrer jeweiligen Organisation als handlungsleitend wiedergeben. Einige der befragten Fachkräfte berichten außerdem von häufig akut zu lösenden Fällen ohne vorherige Vorbereitung durch die Klient_innen im Feld der Pflege, die schnelle Reaktionen und entsprechende Routinen bedingen. Beispielhaft wird hier etwa der Übergang von einem Krankenhausaufenthalt in die Pflegesituation ohne „große [...] Vorlaufzeit“ (P5, Z. 31) genannt. Professionelle agieren nach eigener Aussage unter „große[m] Druck“ (P5, Z. 199).

Kooperation

Für das Feld der Pflege legen die Interviewergebnisse nahe, dass feldübergreifende Kooperationen nur in geringem Umfang bestehen und äußerst selten von den feldeigenen Organisationen initiiert werden. Entsprechende Beispiele sind zudem besonders im stationären Kontext auf eine Ergänzung des eigenen Leistungsangebots ausgerichtet. Im ambulanten Kontext scheinen die Pflegedienste mit den entsprechenden Fachdiensten der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie zu kooperieren, Schilderungen von Kooperationshandlungen finden sich im Interviewmaterial jedoch nur selten (vgl. P3, Z. 99). Vereinzelt beschränkt sich diese feldübergreifende Kooperation zudem auf Kontakte zu den gesetzlichen Betreuer_innen der Klient_innen (vgl. P4, Z. 83). Die Schilderungen könnten weiterhin darauf hindeuten, dass derartige Verhaltensroutinen der Kooperation maßgeblich von den Fachdiensten der anderen Felder ausgehen und die Pflegedienste im Regelfall von diesen angefragt werden. Dies würde sich mit dem starken Selbstbezug innerhalb des Feldes der Pflege decken, der dazu führen könnte, dass auch ambulante Dienste erst dann feldübergreifende Bezüge herstellen, wenn sie ihr eigenes Leistungsspektrum fallbezogen als nicht mehr ausreichend einschätzen. In Einzelfällen wird von Organisationen aus dem Feld der Pflege zudem der medizinische Dienst der Krankenkassen direkt angefordert oder als Verweisreferenz angegeben, wenn es um Fragen zur Pflegefinanzierung oder der Wahl von Einrichtungen und Platzierungen geht.

Kooperation innerhalb des eigenen Feldes

„[...] ich würde die Dame erst einmal in das Krankenhaus schicken wollen, um das überhaupt abzuklären, ob sie einen künstlichen Darmausgang benötigt oder nicht. Wenn das dann halt schon erfolgt wäre, würde ich Sie halt auch zur Kurzzeitpflege herholen wollen (.) und dann aber (.) je nach dem, inwieweit sie sich entwickelt, auch wieder (.) gerne nach Hause, ne? Und

dass man das dann halt dadurch einen ambulanten Pflegedienst weiter unterstützt.“ (P2, Z. 156)

Innerhalb des Feldes der Pflege sind laut den befragten Praktiker_innen unterschiedliche Kooperationsroutinen etabliert. Diese beziehen sich in größerem Umfang auf die Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. z. B. P3, Z. 85) sowie seltener auf Kooperationen zwischen ambulanten Pflegediensten und Hospizdiensten bzw. Palliativnetzwerken (vgl. P3, Z. 33; P4, Z. 65).

Die kreisweit etablierten Senioren-Service-Stellen folgen dem Ziel einer dezentralen und sozialraumorientierten Beratungsstruktur, wobei einzelne Indikatoren diese Funktion in Frage stellen. So seien die Stellen sowohl ressourcenbezogen stark unterschiedlich ausgestattet und für Pflegeberatung laut des Kreises nicht zuständig als auch kaum im Netzwerk koordiniert oder in intransparenten Parallelstrukturen zur Senioren- und Pflegeberatung des Kreises organisiert (vgl. P9, Z. 37-57).

Aussagen einzelner befragter Fachkräfte zufolge bilde die sogenannte ‚24-Stunden-Pflege‘ im Kreis Siegen-Wittgenstein, die maßgeblich durch osteuropäische Privatdienstleister_innen erbracht werde, eine notwendige Ergänzung der Leistungen der eigenen Organisationen. Die Beschäftigungssituation der betroffenen Personen wird hierbei als prekär reflektiert, wobei keine Handlungsalternativen verfügbar scheinen (vgl. P3, Z. 71; P7, Z. 160).

Kooperation außerhalb des eigenen Feldes

„[...] Halt das, was der Bewohner halt an Bedarf hat. Da muss man dann halt nachgucken und dann werden die (.) Kompetenzen halt dazugezogen, ne?“ (P2, Z. 140)

Im Vergleich zur Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie liegen im Feld der Pflege deutlich weniger ausgeprägte feldübergreifende Kooperationsbezüge vor. Die in den Interviews adressierten Routinen regelmäßiger feldübergreifender Kooperation umfassen sowohl die fallbezogene Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt_innen der eigenen Klient_innen (vgl. P1, Z. 161; P2, Z. 175; P3, Z. 79; P4, Z. 49; P5, Z. 136; P6, Z. 144) als auch mit Kliniken bei der Überleitung von einem Behandlungs- in einen ambulanten oder stationären Pflegekontext (vgl. P1, Z. 236; P2, Z. 165; P3, Z. 97; P4, Z. 71; P5, Z. 31; P6, Z. 63; P7, Z. 94; P8, Z. 51; P9, Z. 73).

Es finden sich im Interviewmaterial weiterhin Anzeichen dafür, dass der sozialpsychiatrische Dienst des Kreises auch für das Feld der Pflege eine bedeutende Netzwerkrolle einnimmt und nach Auffassung von Fachkräften der Pflege eine feldübergreifende Auskunftsfunktion ausübt. Die Senioren-Service-Stellen und die Senioren- und Pflegeberatung des Kreises werden hingegen nicht unmittelbar als Auskunftsstandorte benannt (weder für die Pflege noch übergreifend). Hinsichtlich der Senioren- und Pflegeberatung des Kreises ist dies bemerkenswert, da hier über ein „abgestimmtes Verfahren mit den Einrichtungen der Pflege“ (P8, Z. 39) sowohl die „Kurzzeitpflegefälle“ als auch „Aufnahmen in stationärer Pflege“ (P8, Z. 39) an den Kreis gemeldet werden

sollen und diesbezüglich ein regelmäßiger Kontakt zwischen Einrichtungen und Senioren- und Pflegeberatungsstelle angezeigt ist. In den Interviews finden sich Hinweise auf schwach ausgeprägte Kooperationen zwischen einigen Senioren-Service-Stellen (vgl. P7, Z. 77). Es bleibt unklar, ob und in welchem Maße der Großteil der Senioren-Service-Stellen tatsächlich Beratungsaufgaben für das Feld der Pflege erbringt oder ausschließlich der Senioren- und Pflegeberatung des Kreises entsprechende Anfragen zuweist. Weiterhin scheint nur vereinzelt ein koordinativer Austausch zwischen Senioren-Service-Stellen der kreisangehörigen Kommunen und der Senioren- und Pflegeberatung des Kreises stattzufinden. Während der Kreis über keine weiteren organisationsübergreifenden Zusammenschlüsse verfügt, die von Bedeutung für das Feld der Pflege sind, liegen derartige Verbünde im Bereich der frei-gemeinnützigen Angebote als Teil der lokalen Feldhistorie sehr wohl vor (z. B. kirchlich-karitative Pflege).

Konkurrenz

„[...] betreutes Wohnen, das ist überall eine derart große Nachfrage, dass wir jetzt nicht die Schwierigkeit haben, unsere Plätze voll zu kriegen.“ (P7, Z. 186)

„Ja, man muss ja auch ganz ehrlich sagen, es gibt zwar Pflegedienste genug, aber die sind alle von den Kapazitäten her so voll, die haben-. Es läuft nichts mehr. [...]“ (P3, Z. 43)

Es finden sich im Datenmaterial keine Aussagen zu negativen Auswirkungen von Konkurrenz auf die organisationale Praxis im Feld der Pflege. Der Wettbewerb zwischen Anbietern wird im ambulanten Bereich als von übermäßiger Nachfrage überdeckt wahrgenommen. Im stationären Bereich relativieren sich eventuelle Überschneidungen im Einzugsgebiet der Organisationen durch die Größe der entsprechenden Regionen und die Anzahl der potenziellen Klient_innen (vgl. z. B. P6, Z. 57).

Verweislogik

Im Datenmaterial finden sich Hinweise auf Verweispraktiken von Organisationen im Feld der Pflege. Bezüglich der in diesen Organisationen bestehenden Annahmen von Mitarbeiter_innen über die Grenzen der organisationalen Handlungsreichweite zeigen sich Unterschiede zwischen Neu- und Bestandsfällen. Treten bei bereits als Klient_innen angenommenen Personen zusätzliche Bedarfe auf, so äußern die befragten Personen Bestrebungen, die Grenzen der eigenen Handlungsreichweite zu belasten, um an den Klient_innen festzuhalten (vgl. P3, Z. 76-77; P5, Z. 77ff.; P6, Z. 220ff.). Neufälle mit vergleichbaren Bedarfen werden jedoch aufgrund dieser Merkmale möglicherweise nicht als Teil der eigenen Zielgruppe angenommen und an andere Einrichtungen verwiesen, sofern Alternativen bekannt sind, oder auch alternativlos abgewiesen: „Wir würden ablehnen. Würden sagen, das machen wir nicht“ (P2, Z. 108). An dieser Stelle wird auch die Platzierungslogik der Handlungsroutinen erneut deutlich. Die befragten Personen suchen nach einer passenden, bereits bestehenden Verweisoption, erwägen jedoch die Möglichkeit einer zusammengesetzten oder feldübergreifenden Unterstützungsgestaltung hierbei in der Regel nicht.

Verweise innerhalb des eigenen Feldes

„[...] Und ich würde da jetzt vorschlagen, der wird in eine Einrichtung gehen. Man muss ihn nicht ins Altenheim tun, es gibt ja auch Einrichtungen, wo jüngere Menschen- gerade auch so Querschnittsabteilung gibt es ja viele und Einrichtungen oder Beatmungshäuser, wo vielleicht so zehn Leute zusammenwohnen, da ist er vielleicht ganz gut aufgehoben. Aber wir als Pflegedienst, das geht nicht, ne. Also würde ich sagen.“ (P3, Z. 101)

Die befragten Praktiker*innen benennen im Zuge ihrer Platzierungsüberlegungen für Klient*innen, die innerhalb des Feldes der Pflege verwiesen werden sollen, auch Verweisziele, die offensichtlich ebenfalls die Bedarfe der jeweiligen Klient*innen nicht angemessen abdecken: „[...] Aber es ist schwer, für junge Leute eine Einrichtung zu finden, die hier ortsnah ist. (..) Da ist Brachland“ (P5, Z. 75) oder „[...] Das Problem ist, es wird kein-, es gibt kein-, keine Pflege für junge, ich sage jetzt einmal, junge Menschen. Das ist nahezu-. (.) Ne, das gibt es bei uns nicht“ (P8, Z. 99).

Verweise außerhalb des eigenen Feldes

„[...] Also jemand, der aktiv Alkohol konsumiert, der kann nicht in eine Einrichtung der Altenhilfe gehen, das ist ausgeschlossen. Das können die überhaupt nicht auffangen. Also, weil da sind ja auch gewisse Verhaltensweisen und gewisse Tagesstrukturen mit verbunden, das sprengt deren Rahmen, absolut. Das-, das ist einfach ausgeschlossen.“ (P8, Z. 109)

Verweise aus dem Feld der Pflege finden sich im Datenmaterial ausschließlich in Bezug auf Klient_innen, deren psychische Probleme oder Erkrankungen als problematisch für die eigene Organisation eingeschätzt werden oder für die sich die Fachkräfte nicht zuständig sehen. In diesen Fällen suchen die befragten Praktiker_innen nach entsprechend spezialisierten Einrichtungen des sozialpsychiatrischen Feldes, in denen die jeweiligen Klient_innen platziert werden könnten (vgl. P3, Z. 99; P9, Z. 89). Vereinzelt wählen Praktiker_innen auch statt eines platzierenden Verweises nur die Weiterleitung an Stellen, die dann erneut, aber kompetenter beraten sollen: „Ich würde ihn zu einer Beratungsstelle verweisen. [...] Beratungsstelle (.) für Suchterkrankungen. [...] Oder einen Kontakt zur Selbsthilfe aufbauen. [...] Das abgeben. Das müssen dann andere regeln“ (P6, Z. 206-218).

Auf die Informationslage und Orientierung von abgewiesenen Personen bezüglich einer für sie angemessenen Unterstützung angesprochen verweisen einzelne Praktiker_innen in einer ersten Reaktion auf die Beratungsangebote der Krankenkassen (vgl. P1, Z. 236; P2, Z. 38, Z. 110, P3, Z. 103), während eine Person das Fehlen einer ‚zentralen Stelle‘ anspricht, die bei Fragen zur Unterstützungsgestaltung von komplexen Fällen angelaufen werden könne (vgl. P5, Z. 102).

Bedeutung sozialräumlicher Bedingungen

„Wir bieten das auch Menschen an, die mit uns nur in losem Kontakt stehen, durch Veranstaltungen wie Kunst etc. oder Musik. Dass hier jederzeit ein Kaffeetrinken und offenes Haus ist. Und (.) das funktioniert sehr gut. Ich lade auch manchmal Interessenten ein, dass sie mit mir erst einen Kaffee trinken, bevor wir überhaupt eine Zeile hier gesprochen haben. Weil viele ganz viele Vorurteile haben. Vor so einer Einrichtung. Und Ängste. Dann sage ich ‚trinken wir erst einmal unverbindlich Kaffee‘. [...] Und ‚keine Angst. Einfach einmal hereinkommen (.) und Sie können jederzeit gehen‘ ((lacht auf)).“ (P6, Z. 258-261)

Für die stationäre Pflege finden sich im Interviewmaterial kaum Ansätze einer Sozialraumorientierung im Sinne der Erschließung von wohnortnahen Ressourcen oder bestimmten informellen Angeboten für Klient_innen. Vereinzelt werden Informationsangebote oder Aktionen mit vorurteilslösender Intention geschaffen (z. B. gemeinsames Frühstück, Musikveranstaltungen, ‚Tag der Offenen Tür‘). Es zeigt sich hier eine passive, auf Anfragen ausgerichtete Zugangsstruktur. Informationen über das Angebot einzelner Einrichtungen werden laut Aussage aller befragten Personen maßgeblich über ‚Mundpropaganda‘ und persönliche Empfehlungen vermittelt (vgl. P1, Z. 21; P2, Z. 38; P3, Z. 41; P4, Z. 25; P5, Z. 39; P6, Z. 43; P7, Z. 43, 176; P8, Z. 39; P9, Z. 29).

In der ambulanten Pflege findet sich laut Aussage der Praktiker_innen eine Konzentration auf Abläufe innerhalb des Wohnraums, während soziale Bezüge nicht unmittelbar Teil der Handlungsroutinen sind. Der Umfang sozialräumlicher Versorgung wird von Professionellen in erster Linie als von finanziellen Ressourcen der Klient_innen abhängig gesehen:

„[...] Man kann das alles machen, das ist alles auch eine Frage des Geldes. Wenn die Pflegekasse viel zahlt, kann sie sich sowas vielleicht auch leisten. Oder wenn sie gespart hat vielleicht.“ (P3, Z. 87)

„[...] Von daher denke ich, dass dann also, so eine häusliche Versorgung für einen Menschen, das ist- die wirklich reich sind, und alle anderen sind im Heim besser aufgehoben.“ (P7, Z. 152)

„[...] Aber überlegen-, klar gibt es diese Profis, aber die muss man doch bezahlen können. Der Pflegedienst, der kommt im Eilverfahren, wäscht der morgens, wäscht der abends, schiebt die Ta-, ich überspitze jetzt so ein bisschen, schiebt die Tabletten rein, aber alles bitte schnell. [...] Und dann, klar, kann man dann Lieferdienste beanspruchen, aber auch das, auch Mahlzeiten-dienste, auch Lieferdienste kosten Geld. Es ist immer auch eine finanzielle Frage.“ (P9, Z. 85)

Die Aufrechterhaltung der sozialen Bezüge von Bewohner_innen wird im Bereich der stationären Pflege zwar von Fachkräften als Aufgabe definiert, wobei der zu berücksichtigende Sozialraum in diesen Fällen zu einem Großteil auf den jeweiligen Einrichtungskontext reduziert bleibt: „Von Übernahme pflegerischen Bedarfs eines Einzelnen bis hin zu Versorgung Haushalt. Also kein Mensch ist hier unversorgt, bekommt (.) Ernährung, Wäsche, Pflegebedarf. Und auch viele soziale Angebote. So (.) das bieten wir. Individuelles Wohnen“ (P6, Z. 25). Eine Ausnahme bildet an dieser Stelle die aufsuchende Dienstleistung im Rahmen des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI, die von stationären Einrichtungen der Pflege in geringem Umfang ebenfalls angeboten wird und eine Brücke zum häuslichen Kontext der Klient_innen schlägt:

„[...] [A]lso wir haben Betreuerinnen hier, die auf die 45b-Leistungen zu den Menschen nach Hause fahren und mit denen irgendwie spazieren gehen oder spielen. Oder sie holen sie ab und haben hier auch eine Möglichkeit sich zu treffen. Hauswirtschafterinnen haben wir einige die halt-, das wird sehr in Anspruch genommen, (.) die Leute ja auch einfach nicht mehr dann ihren Haushalt alleine regeln können“ (P3, Z. 39).

Professionelles Selbstverständnis

„[...] Wir arbeiten nach unseren ganzen Handlungsleitlinien, die wir uns ja zum Größten selber ja auch geschaffen haben, aber natürlich kommt man auch schon einmal an Grenzen, wo man denkt, Oh, jetzt ist so ein Punkt da, da musst du jetzt eigentlich mal sagen ‚hier so nicht‘, ne.“ (P3, Z. 107)

Der Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung wird von den dort tätigen Fachkräften selbst als solange wie möglich zu vermeidender und auswegloser bzw. „so traurig[er], so trostlos[er]“ (P9, Z. 79) Lebensabschnitt wahrgenommen, der erst eintreten sollte, sobald keine adäquate Lebensführung mit Sozialraumanbindung mehr möglich erscheint (vgl. P5, Z. 208ff.) und die „Menschen in einer Einrichtung landen“ (P9, Z. 81). Das professionelle Selbstverständnis der Fachkräfte umfasst den Anspruch, eine umfassende pflegerische Versorgung für Klient_innen zu gewährleisten. In der organisationalen Praxis besteht hier laut den befragten Mitarbeiter_innen jedoch ein in der aktuellen Situation scheinbar unauflösbares Spannungsfeld zwischen idealer und maximal möglicher Versorgung (vgl. z. B. P9, Z. 79). So wird das zu dokumentierende Soll im stationären Bereich als nicht erfüllbar vorausgesetzt (vgl. P2, Z. 225ff.), während im ambulanten Bereich nicht zu dokumentierende, zusätzliche Handlungen (z. B. das Abholen von Rezepten, kleinere Gefallen) zum Wohl der Klient_innen als notwendig angenommen werden (vgl. P4, Z. 52-53). Einzelne befragte Personen berichten zudem von einer hohen persönlichen Belastung wegen Übergriffigkeiten von Klient_innen und der Notwendigkeit, eine emotionale Distanz zum Arbeitsalltag zu wahren (vgl. P3, Z. 107).

Organisationale Rahmenbedingungen

„[...] Oftmals ist es halt wirklich so: Ist es halt nicht geschrieben, ist es nicht gemacht. [...] Und dann schreibt man halt immer mehr, als dass man- (.) man möchte halt immer viel tun und immer für die Bewohner- [...] Da sein. [...] Aber es geht halt leider nicht immer, ne?“ (P2, Z. 225-231)

Fachkräfte im Feld der Pflege vertreten überwiegend die Einschätzung, dass die Bedarfe der Klientel der eigenen Organisation durch diese vollständig abgedeckt werden können. Sobald komplexe Bedarfe nicht vollständig abgedeckt werden können oder diesbezüglich Irritationen auftreten, zeigt sich die Tendenz, dass Einrichtungen der Pflege an Klient_innen festhalten. Dies ist neben der angenommenen Bindungstendenz und Platzierungslogik möglicherweise zusätzlich darauf zurückzuführen, dass keine überlegenen Alternativen wahrgenommen werden (vgl. P5, Z. 75). Der in Interviews geäußerte Wunsch von Fachkräften im Feld der Pflege, Klient_innen bei der aktiven Lebensführung zu unterstützen, wird nach Aussage der befragten Personen somit strukturell eingeschränkt durch den organisatorischen Rahmen (Dokumentationen, Vorgaben) und die zur Verfügung stehenden Ressourcen (Zeit, Personal) der eigenen Arbeit: „[...] Das, was die Einrichtung oft will, oder (.) was der MDK oder Heimaufsicht verlangt, ist in der- ist im alltäglichen (.) Pflegen nicht zu gewährleisten“ (P2, Z. 219). Diese strukturell erzeugte Diskrepanz zwischen Vorgaben und Praxis muss als Belastung dauerhaft von den Fachkräften ausgehalten werden.

Gelingensfaktoren

„[...] Ja und was halt eben da sein müsste, klar, wir müssten ein ganz anderes System haben, wie wir mit Alten und oder pflegebedürftigen Menschen umgehen. [...] Und da würde ich mir einfach wünschen, dass da mehr Geld vorhanden wäre und halt eben viel gezielter und viel genauer auf die Personen eingegangen werden kann.“ (P9, Z. 79)

Die befragten Praktiker_innen der Pflege äußern im Verlauf der Interviews mehrere Faktoren, die ihrer Ansicht nach zu einer ‚guten Versorgung‘ ihrer Klient_innen im Sinne einer feldübergreifenden Unterstützung von Menschen mit multiplen Bedarfen notwendig sind. Mehrere Fachkräfte benennen diesbezüglich zusätzliches und ausreichend qualifiziertes Personal (vgl. P1, Z. 120ff.; P2, Z. 142, P9, Z. 79). Auch die frühzeitige und umfassende Kommunikation und Information zwischen allen fallbeteiligten Akteur_innen (vgl. P3, Z. 85) wird hervorgehoben. Hierbei werden besonders Entwicklungsbedarfe bei der Koordination von Überleitungen aus Kliniken betont (vgl. P4, Z. 73; P8, Z. 49). Vereinzelt finden sich zudem Überlegungen zu Notwendigkeiten struktureller Veränderungen, die sich etwa auf eine stärkere aktivierende Lebensführung für Klient_innen und Kritik an der Arbeitspraxis im Feld der Pflege im Allgemeinen beziehen (vgl. P5, Z. 189; P9, Z. 79).

5.2.2 Behindertenhilfe

Die erhobenen Aussagen zum Feld der Behindertenhilfe ergeben sich auf Grundlage von 9 durchgeführten Interviews in 5 Organisationen, von denen im Voraus zwei dem stationären Wohnkontext, eine dem ambulant betreuten Wohnen und zwei der Beratung (beide im Bereich des ambulant betreuten Wohnens) zugeordnet wurden. Im Folgenden werden die feldbezogenen Untersuchungsergebnisse entlang der Codierung dargestellt und interpretiert. Weiterhin werden die Befunde in einen Zusammenhang mit den Untersuchungsergebnissen für die Felder der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie gesetzt.

Zuständigkeit und Zielgruppe

„Ganz grundsätzlich würde ich sagen sind hauptsächlich im Fokus Menschen mit klassischen Beeinträchtigungen, also geistige Beeinträchtigungen, körperliche Beeinträchtigungen und Sinnesbeeinträchtigungen. Es kommen natürlich auch immer wieder Berührungspunkte mit psychischen Beeinträchtigungen mit hinzu oder im Bereich Schule ist natürlich der Bereich soziale emotionale Beeinträchtigung ein ganz großer Bereich. Aber da ist es eben dann auch immer wieder Thema, wie grenzen wir uns ab und welche Zielgruppe ist dann wirklich die, auf die wir uns konzentrieren wollen oder müssen.“ (B2, Z. 12)

Im Zuge der durchgeführten Interviews mit Praktiker_innen aus dem Hilfesystem der Behindertenhilfe wurde eine feldbezogene Positionierung der Fachkräfte anhand ihrer bestehenden Handlungspraktiken, abgrenzenden Routinen und vorherrschenden Wissensbestände bzw. institutionalisierten Annahmen angeregt. Die befragten Praktiker_innen formulieren als operativen Ausdruck ihrer Handlungspraxis für die eigene Tätigkeit und die eigene Organisation abgrenzende Einschätzungen zu den Feldern der Pflege und Sozialpsychiatrie, die sich beispielsweise auf die eigene Zielgruppe und die zugrundeliegenden rechtlichen Rahmenbedingungen der Leistungsfinanzierung beziehen. Die befragten Mitarbeiter_innen der Fachdienste und Wohnrichtungen im Untersuchungsgebiet äußern dabei eine klare Vorstellung über die Zielgruppe der von ihnen angebotenen Leistungen. Die Angebote richten sich demnach in erster Linie an Menschen mit Behinderungen, wobei es sich laut den befragten Praktiker_innen in den ausgewählten Wohnstätten in allen Fällen um Menschen mit sog. geistigen Beeinträchtigungen und ggf. zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen handelt (vgl. B3, Z. 10; B4, Z. 12; B5, Z. 25; B6, Z. 61), während ambulante Dienste auch Menschen mit komplexeren Diagnosen betreuen:

„[...] Primär [richten wir uns] an Menschen mit geistiger Behinderung. Halt oft an der Grenze zur Lernbehinderung. Aber dann gibt es natürlich auch teilweise oder immer mehr auch Doppeldiagnosen, also Menschen, die auch noch eine leichte psychische Beeinträchtigung haben. Aber (.) unsere originäre Gruppe sind halt Menschen mit geistiger Behinderung“ (B8, Z. 22).

Die befragten Praktiker_innen halten sich weitergehend nicht für Personen zuständig, bei denen psychische Beeinträchtigungen, auch trotz zusätzlicher kognitiver oder körperlicher Beeinträchtigungen, überwiegen:

„[...] Dann könnte man eben noch überlegen, wie stark ist hier der psychische Aspekt? Sind wir dann der richtige Anbieter? Oder sollte man dann doch einen Anbieter, der für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zuständig ist, hier eher hinzuziehen, also natürlich schon versuchen eben den Blick zu weiten und zu gucken, was ist hier sinnvoll“ (B2, Z. 69).

In der Gesamtschau deuten die Interviewergebnisse darauf hin, dass sich das Feld der Behindertenhilfe in Beziehung zu den Hilfesystemen der Pflege und Sozialpsychiatrie tatsächlich sektoralisiert verhält. Diese Einschätzung stützt die theoretischen Vorannahmen des Untersuchungsschritts bezüglich der Strukturierung organisationaler Felder im Untersuchungsgebiet und der entsprechenden Entwicklung von Parallelstrukturen, spezialisierten Handlungspraktiken und Abgrenzungstendenzen.

Die Angebote der unterschiedlichen Träger im Bereich der wohnbezogenen Eingliederungshilfe werden im Rahmen der Interviews miteinander verglichen. In diesem Zusammenhang werden sie als zum Teil identisch bzw. inhaltlich austauschbar beschrieben. Diese Einschätzung wird etwa von einer Person vermittelt, die in der Vergangenheit bei einem anderen Träger in einem ähnlichen Angebot tätig war: „Das war eigentlich genau dieselbe Einrichtung wie hier, nur halt von einem anderen Träger“ (B3, Z. 20). Vor diesem Hintergrund kann mit Blick auf die wohnbezogene Eingliederungshilfe im Feld der Behindertenhilfe möglicherweise von einer fortgeschrittenen Isomorphie der Träger und ihrer Angebote ausgegangen werden.

Weiterhin zeichnet sich ab, dass zur näheren Untersuchung der feldbezogenen Ausprägung von Sektoralisierung zwischen Settings ambulanter und stationärer Unterstützung unterschieden werden muss und dass die Ausprägungen der Sektoralisierung innerhalb des Feldes zwischen diesen Settings variieren bzw. dass einstellungsbezogene Wechselwirkungen auftreten. Es ist anzunehmen, dass eine stärkere Prägung des Feldes durch offene Hilfen im ambulanten Kontext Auswirkungen auf die Entspezialisierung und den Zielpersonenkreis von Organisationen im gesamten Feld haben könnte. Insbesondere träfe dies zu, sobald die Handlungsroutinen offener Hilfen einen größeren relativen Anteil an der innerhalb des Feldes vermittelten Informationsmenge und somit einen stärkeren Einfluss auf die Entwicklung geteilter Annahmen und Normen hätten.

Hilfebedarf und Klientifizierung

„Also natürlich erst einmal die Grundversorgung, Grundpflege, in begrenztem Rahmen Behandlungspflege und dann halt so alltägliche Sachen, Wäschepflege, Nahrungszubereitung, Freizeitgestaltung, Urlaube, sowas alles. Also eigentlich komplett umfassend, eigentlich alle Lebensbereiche. Bis auf bestimmte geschäftliche Sachen und so, bürokratische Sachen, da übernehmen einen Teil die gesetzlichen Betreuer.“ (B4, Z. 14)

„Viele Leute, die hier sind, (.) waren als Jugendliche schon bei [Name des Einrichtungsträgers].“ (B5, Z. 609)

Im Zuge der Interviews wurden die befragten Personen gebeten, Routinen der Aufnahme bzw. Erhaltung von Personen als Klient_innen in der eigenen Organisation zu beschreiben. Die in der Interviewführung der Untersuchung zentrale ‚Was-Wenn-Logik‘ und die entsprechende Verwendung von Erzählanreizen ermöglichen es hierbei, feldbezogene Merkmale diesbezüglich präziser einzuschätzen. Ob eine Aufnahme von Klient_innen stattfindet, richtet sich laut den befragten Mitarbeiter_innen somit in erster Linie nach den Bedarfen der Klient_innen und danach, ob diese innerhalb der Einrichtung als in ausreichendem Maße abdeckbar eingeschätzt werden. Während die Grundpflege von nahezu allen befragten Personen übernommen beziehungsweise angeleitet werden kann, wird bei nötiger Behandlungspflege nach Aussage der Befragten aufgrund von fehlendem Fachpersonal in den meisten Fällen von einer Aufnahme abgesehen. Die stationären Einrichtungen der wohnbezogenen Eingliederungshilfe haben Schwierigkeiten, auf komplexe Pflegebedarfe von betreuten Menschen mit Behinderungen zu reagieren (vgl. z. B. B3, Z. 64). Dies ist insofern erstaunlich, da von fachlicher Seite vielfach angenommen wird, dass gerade die spezialisierten stationären Einrichtungen für Menschen mit schwereren oder komplexeren Behinderungen geeigneter seien (vgl. Schädler und Reichstein 2018). Im Bereich der ambulanten Dienste verweisen Praktiker_innen vereinzelt auf Angebote der ‚Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung‘, in deren Rahmen Klient_innen mit einem hohen Pflegeaufwand sowie Assistenzbedarf im häuslichen Umfeld unterstützt werden.

Die Interviewergebnisse legen die Vermutung nahe, dass ambulante Fachdienste über Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten auf erhöhte Pflegebedarfe ihrer Klientel reagieren können. Die Vorgehensweise, Pflegedienste zu beauftragen, wird von den befragten Mitarbeiter_innen stationärer Wohneinrichtungen hingegen nur als Routine formuliert, wenn bereits die Einrichtung bewohnende Personen einen neuen Bedarf entwickeln (vgl. B3, Z. 35). In einem solchen Fall werden seitens der Mitarbeiter_innen kreative Lösungen gesucht, um die Klient_innen in der Einrichtung zu halten. Hierauf scheinen zudem persönliche Bindungen zu Klient_innen Einfluss zu nehmen: „[...] dass wir bei denen alles versuchen würden, damit sie wirklich hier in der Umgebung bleiben, auch wenn so ein Fall eintreten würde“ (B3, Z. 62). Bei der Neuaufnahme von Klient_innen werden Aufnahmeanfragen von Personen mit komplexen Bedarfslagen, die nicht typischerweise der Zielgruppe der Menschen mit Behinderung zugeordnet werden können, offensichtlich eher abgelehnt.

Ambulante und stationäre Skripts und Handlungsrouinen

„[...] Der praktische Zugang im Bedarfsfall der besteht darin, dass nach einer ersten Kontaktaufnahme Gespräche vereinbart werden. Sofern noch keine Kostenzusage vorliegt, wird (.) ein Antrag von uns begleitet. Das heißt, wir füllen die Formulare für den LWL aus mit den Klienten und haben auch ein Auge darauf, dass da alles komplett ist, die sozialrechtlichen Unterlagen-. Erklären denen, was sie wo noch dazu bringen müssen. Und stellen dann einen Antrag. Ja. Ja und dann geht es über das übliche Verfahren Hilfeplankonferenz beim Gesundheitsamt, da nehmen die Klienten teil, oft in unserer Begleitung. Das ist zumindest unser Angebot. Und sofern dem Antrag zugestimmt wird, legen wir los.“ (B9, Z. 28)

Innerhalb des Feldes der Behindertenhilfe in Siegen-Wittgenstein unterscheiden sich ambulante Fachdienste und stationäre Wohneinrichtungen sowohl in Bezug auf die angebotenen Leistungen als auch in Bezug auf die Routinen ihrer Mitarbeiter_innen. Die dazu in den Interviews beschriebenen Vorgänge beziehen sich auf die Neuaufnahme von Klient_innen und den Umgang mit Neubedarfen bei bestehenden Klient_innen. Dabei ist zwischen dem formalen Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe und den einrichtungsinternen Routinen, die den Aufnahmeprozess einer Person wesentlich beeinflussen, zu unterscheiden.

Über die Neuaufnahme entscheidet in der stationären Praxis laut den befragten Praktiker_innen in der Regel eine Leitungsperson (vgl. z. B. B3, Z. 70). In ambulanten Diensten scheint es sich indes häufiger um Teamentscheidungen zu handeln oder um Situationen, in denen die Leitungsperson das Team in ihre Abwägungen einbezieht (vgl. z. B. B2, Z. 80). Seitens der Mitarbeiter_innen bestehen Erwartungen und Vermutungen bezüglich der wahrscheinlichen Entscheidung der Leitung über die Neuaufnahme von Klient_innen. Die wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten der Basismitarbeitenden scheinen trägerunabhängig ähnlich ausgeprägt zu sein (vgl. B3, Z. 20).

In den stationären Wohnangeboten des Feldes besteht die Annahme, dass bestehende Klient_innen dauerhaft in der Einrichtung leben sollen:

„I2: Das heißt es kommt auch eher selten vor, dass Bewohner ausziehen und neue einziehen?“

B4: Also das gab es hier schon im Haus, also zwei sind hier schon verstorben, und dann ist hier natürlich ein Platz frei, aber in der Regel sollte es natürlich so sein, dass wenn die einmal eingezogen sind, die auch quasi bis zum Ende hierbleiben, weil es ja eine Wohneinrichtung ist.“

(B4, Z. 20-21)

Entsprechend wird eine Aufrechterhaltung des Betreuungsarrangements möglichst bis zum Lebensende angestrebt:

„[...] Wir haben (.) hier im Haus- beziehungsweise ist das bei allen Einrichtungen so, dass man eine ganz lange Warteliste hat. (.) Und dass man auch nur ein neuer Bewohner werden kann, wenn jemand anderes leider hier austritt, indem er verstirbt, oder (.) ja der Pflegeaufwand so gravierend hoch wird, dass (.) gegebenenfalls derjenige in ein Altenheim muss“ (B3, Z. 3).

Schwierigkeiten entstehen in diesem Zusammenhang vor allem dann, wenn bei Klient_innen zusätzliche hohe Pflegebedarfe auftreten. In diesen Fällen werden verstärkt Routinen geschildert, die den Verweis von Klient_innen an stationäre Pflegeeinrichtungen vorsehen (vgl. B3, Z. 91). Diese Verweise werden von den Mitarbeiter_innen auch als übliche Routine aufgefasst, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung als Einrichtung der ‚Altenhilfe‘ antizipiert und nicht als angemessene Alternative für die Klient_innen wahrgenommen wird: „[...] Also ich glaube- also ich will da nichts unterstellen, aber ich glaube, wir sind so ein bisschen mehr (2) mit dem Herz dabei. So“ (B3, Z. 170-171).

Die Zuordnung zu ambulanten bzw. stationären Angeboten erfolgt im Zusammenhang mit der erstmaligen Kontaktaufnahme zu professionellen Hilfen des Feldes und ist mit Klientifizierungsdynamiken verbunden. Hiermit ist die Tendenz von angesteuerten Organisationen gemeint, die unterstützungssuchende Person zur eigenen Klientel hinzuzufügen und auf Dauer als solche zu halten, auch wenn das Leistungsangebot der Organisation der Bedarfslage der Person möglicherweise nur unzureichend gerecht wird. Mit der Annahme dauerhafter Zuständigkeit für die eigenen Klient_innen verbindet sich in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe die Annahme, dass das eigene Angebot für die jeweiligen Klient_innen genau passend sei. Dennoch werden Übergänge in ambulant betreute Wohnkontexte des gleichen Feldes von Praktiker_innen erwähnt, wenngleich diese Wechsel als selten beschrieben werden: „[...] Und sonst der Klassiker ist halt wie gesagt immer vom Sozial- (2) stationären Einrichtungen zum ambulant betreuten Wohnen. (1) Aber das hat auch so bei vielen auch eine Hemmschwelle“ (B8, Z. 74). Bei steigendem Unterstützungsbedarf sind laut der befragten Personen jedoch Wechsel in umgekehrter Richtung Teil der Verweisroutinen (vgl. z. B. B9, Z. 95).

Aus den o. g. Befunden lässt sich grundsätzlich die Annahme ableiten, dass das stationäre Wohnangebot als solches innerhalb des Feldes der Behindertenhilfe nach wie vor in hohem Maß als angemessen und legitim erscheint. Andernfalls wäre davon auszugehen, dass Übergänge eigener Klient_innen in ambulante Betreuungsarrangements häufiger angestrebt bzw. in der Praxis vorkommen würden. Zugleich wird jedoch eine externe Infragestellung des eigenen Angebots wahrgenommen. Insbesondere mit Blick auf das im Dezember 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) bestehen Sorgen dahingehend, ob das eigene Angebot in der aktuellen Form zukünftig und unter den veränderten Rahmenbedingungen des BTHG aufrechterhalten werden kann. In diesem Zusammenhang wird von Beharrungstendenzen seitens der Wohnstätten berichtet: „[...] und die Wohnstätten sind natürlich auch froh, wenn sie ihre vermeintlich fitten Bewohner auch noch ein bisschen behalten können ((lacht kurz auf)). (.) Man könnte sarkastisch sagen, man weiß ja nie was kommt, wenn der fitte Bewohner X Y jetzt auszieht“ (B8, Z. 80). Diese aus der Handlungspraxis aufgenommene Erwartungshaltung der Praktiker_innen, dass eine Wohneinrichtung des eigenen Trägers auf die beschriebene Art und Weise verfährt, lässt möglicherweise Rückschlüsse auf implizit geteilte Annahmen zu, die eine feldweite Bedeutung tragen können.

Kooperation

Fachkräfte innerhalb der Behindertenhilfe berichten von Kooperationen mit unterschiedlichen Akteur_innen als Teil der organisationalen Handlungspraxis. Insbesondere Fachärzt_innen werden für den Bereich des stationären Wohnkontextes hier angeführt (vgl. B3, Z. 80). In ambulanten Kontexten sind es häufig Pflegedienste, die als Kooperationspartner erwähnt werden (vgl. B1, Z. 28; B2, Z. 53; B7, Z. 331; B8, Z. 130, B9, Z. 66), während Praktiker_innen aus stationären Einrichtungen den Einbezug von Pflegediensten in die eigene organisationale Praxis nur in Einzelfällen („für Massagen“, B5, Z. 423) beschreiben. Weiterhin werden Kooperationen mit Physio- und Ergotherapeut_innen im stationären Kontext erwähnt (vgl. B5, Z. 409). Es liegen Anzeichen dafür vor, dass Kooperationen mit dem Feld der Sozialpsychiatrie, insbesondere zu Diagnose- und Beratungsstellen, häufig stattfinden. Die Zusammenarbeit mit psychiatrischen Angeboten scheint von Mitarbeiter_innen der Behindertenhilfe als grundsätzlich hilfreich wahrgenommen zu werden. Hervorgehoben wird speziell die psychiatrische Institutsambulanz im Kreiskrankenhaus, der eine unterstützende Rolle zugeschrieben wird.

Kooperation innerhalb des eigenen Feldes

„[...] Und dann könnte der Herr K. zum Beispiel den Wunsch äußern, ‚ich möchte zu[...] [Name eines Trägers], zu[...] [Name eines Trägers], zu[...] [Name eines Trägers]‘, was auch immer. Und dann könnten wir Kontakt aufnehmen, fragen, ob da Kapazitäten vorhanden sind und (.) dann (.) geht das relativ schnell und zügig. Also jetzt vor kurzem auch bei einem Klient-, da ging es um weit (.) weniger umfangreiche Sachen, aber das waren 2 Telefonate und dann war klar, ab dem Tag X, das waren 2 Tage später, kommt dann in dem Fall [Name eines Trägers] und macht das. Und das geht immer sehr (.) unkompliziert und schnell eigentlich.“ (B8, Z. 111)

Insbesondere bei der Übernahme von Klient_innen von anderen Einrichtungen oder Diensten der Behindertenhilfe des eigenen Verbandes scheint es im Sinne der Klient_innen eine gute Kooperation der aufnehmenden mit den abgebenden Diensten und Einrichtungen zu geben. Übergabegespräche zwischen den Fachkräften finden in nahezu allen dieser Fälle statt und werden seitens der Fachkräfte auch eingefordert, um eine komplikationsfreie Vorgehensweise und eine gute Versorgung der Klient_innen gewährleisten zu können. Weiterhin werden Kooperationen mit anderen, der Behindertenhilfe zugeordneten Einrichtungen beschrieben, wie den Förder-schulen, den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (vgl. B7, Z. 489 oder auch spezialisierten Einrichtungen wie einem Autismustherapiezentrum (B5, Z. 262-263). Üblicherweise wird auch mit den gesetzlichen Betreuer_innen kooperiert.

Kooperation außerhalb des eigenen Feldes

„[...] diese Kooperationen finden immer statt, das geht gar nicht anders. Also die Lebensbereiche überschneiden sich so immens, also zwischen gerade Arbeit und Wohnen, und dann in unserem Fall auch noch Pflege. Und dann halt dementsprechend auch Gesundheit, also es

gibt immer Schnittmengen mit jedem anderen, der irgendwie an dem Fall beteiligt ist, auf welche Art und Weise auch immer.“ (B7, Z. 472)

Im Bereich der Behindertenhilfe entscheidet die Komplexität der Hilfebedarfe über Art und Umfang der Kooperationen außerhalb des eigenen Feldes. Insbesondere bei psychiatrischen Belangen bestehen Kooperationen zur Institutsambulanz im Kreiskrankenhaus (vgl. B2, Z. 40; B4, Z. 84; B7, Z. 493; B8, Z. 159; B9, Z. 130). Diesbezüglich wird allerdings auch der Wunsch nach einer Einrichtung formuliert, in der Menschen mit Beeinträchtigungen bei psychiatrischen Ausnahmesituationen kurzfristig untergebracht werden können (vgl. B8, Z. 155). Hier fehle es laut den befragten Personen an spezialisierten Einrichtungen, ebenso an Fachärzt_innen für Psychiatrie, die Erfahrung mit Menschen mit kognitiv-intellektuellen Beeinträchtigungen haben¹⁶. Kooperationen zum Feld der Pflege bestehen insbesondere mit den ambulanten Fachdiensten. Diesbezüglich wird die Qualität der Kooperation von den befragten Fachkräften als ‚gut‘ eingeschätzt (vgl. z. B. B2, Z. 63).

Konkurrenz

„[...] Also (.) gerade in dem Bereich mit geistiger Behinderung ist [Name eines anderen Leistungsanbieters] so der größte (.) hätte fast gesagt Konkurrent, aber [...] bei dem bewegen sich meines Wissens die Fachleistungsstunden auch eher so in dem Bereich wie er bei [Name des eigenen Leistungsanbieters] [...] üblich und typisch ist.“ (B8, Z. 56)

In den vorliegenden Interviews finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Konkurrenz der Einrichtungen untereinander sich negativ auf ihre organisationale Praxis auswirkt. Sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich erfahren eine hohe Nachfrage nach den angebotenen Leistungen. Insbesondere bei den stationären Einrichtungen wird von langen Wartelisten für neue Klient_innen berichtet, da ein Ausscheiden aus den Einrichtungen selten sei (B3, Z. 35; B4, Z. 21) und häufig der Wohnkontext bis zum Tod der Klient_innen gewährleistet werden sollte: „[...][A]uch wenn sich das schlimm anhört, bleiben sie bis zum Ende hier“ (B5, Z. 115). Für den Bereich ambulanter Hilfen finden sich in den Interviews keine Anzeichen dafür, dass die Gewinnung von neuen Klient_innen durch Auswirkungen von Konkurrenz erschwert ist.

Verweislogik

Insbesondere große, seit Jahrzehnten im Kreis Siegen-Wittgenstein etablierte Träger der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung verfügen über ein großes Repertoire an Angeboten, wie Suchtberatungsstellen, Förderschulen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Freizeitangebote oder Trainings-WGs, in denen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf

¹⁶ Als Schritt in die hier beschriebene Richtung zeichnet sich die Einrichtung des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit geistiger oder Mehrfachbehinderung (MZEB) am Kreisklinikum Siegen ab. Entsprechende Planungen wurden am 29.11.2017 im Gesundheitsausschuss des Kreises befürwortet (vgl. Gesundheitsausschuss des Kreises Siegen-Wittgenstein 2017).

ein selbstbestimmtes Leben vorbereitet werden sollen. Diese Träger zeichnen sich durch eine beständige, häufig auch lebenslange Bindung ihrer Klient_innen an die trägereigenen Organisationen aus (B9, Z. 163). Im Falle der Entstehung von zusätzlichen Hilfebedarfen ihrer Klient_innen berichten Mitarbeiter_innen der ambulanten Hilfen in den durchgeführten Interviews, dass in einem solchen Fall eigens Personen eingestellt oder vorhandene Mitarbeiter_innen geschult und weitergebildet werden (vgl. z. B. B2, Z. 47). Diese Bindungstendenzen einer Organisation in Bezug auf ihre Klient_innen werden von den befragten Praktiker_innen auch für den stationären Bereich formuliert:

„[...]Wir haben hier im Haus die Einstellung, dass alle Leute, die jetzt momentan hier wohnen und die auch schon sehr lange hier wohnen (.), dass wir bei denen alles versuchen würden, damit sie wirklich hier in der Umgebung bleiben, auch wenn so ein Fall eintreten würde. [...] dass wir alles Menschenmögliche tun würden, um das irgendwie (.) hin zu bekommen“ (B3, Z. 60).

Im vorliegenden Datenmaterial finden sich neben dieser Tendenz von Organisationen der Behindertenhilfe, Klient_innen auch bei Veränderungen ihrer Bedarfslage zu halten, zusätzlich Hinweise auf Verweispraktiken dieser Organisationen. Bei Neufällen, für die die eigene Organisation als unpassend empfunden wird, oder bei Bestandsfällen, in denen die Klient_innen selbst einen Wechsel der Organisation anregen (z. B. bei persönlichen Problemen mit den Betreuer_innen im Wohnkontext) (vgl. B8, Z. 72; B9, Z. 118), scheint die geteilte Annahme zu bestehen, dass sie an andere, passende und zuständige Einrichtungen oder Dienste der Behindertenhilfe weiterverwiesen werden sollen.

Verweise innerhalb des eigenen Feldes

„[...] Und einmal gucken, woran auch dieser Trägerwechsel dann liegt, weil es ist schon auffällig, wenn man von einem ambulanten-, also ambulanten unterstützten Wohnen ins andere wechselt. Dann muss ja irgendetwas trägermäßig nicht so gewesen sein, wie sie es sich vorgestellt haben.“ (B7, Z. 488)

„[...] Ja es ist (2) so ein Grenzfall, so ein-, möglich-. (.) Ich finde, für den Mann gibt es kein richtiges Haus. [...] was wäre dafür nötig? Eine Einrichtung, wie die unsere, die (.) 50 Prozent mehr (.) Krankenpflegekräfte hat.“ (B6, Z. 568-570)

Wenngleich die Konkurrenzsituation nicht besonders ausgeprägt ist, finden sich im Datenmaterial nur wenige Hinweise auf feldinterne Verweise innerhalb der Behindertenhilfe im Kreis Siegen-Wittgenstein. Die Befunde unterstützen die Annahme, dass innerhalb der verschiedenen Einrichtungen überwiegend ähnliche Arbeit geleistet wird bzw. dass geteilte Annahmen darüber bei den Praktiker_innen bestehen, dass sich die Handlungsrountinen in den Organisationen sehr ähneln (B3, Z. 20). Insofern wird nur dann auf Einrichtungen anderer Träger verwiesen, wenn es sich um sehr spezialisierte Angebote handelt, die sich auf ein bestimmtes Krankheits- oder Behinderungsbild beziehen (B5, Z. 298 ff).

Verweise außerhalb des eigenen Feldes

„Der wäre eher ein Kandidat für ein Altenheim.“ (B3, Z. 66)

„Dann könnte man eben noch überlegen, wie stark ist hier der psychische Aspekt, sind wir dann der richtige Anbieter? Oder sollte man dann doch einen Anbieter, der für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zuständig ist, hier eher hinzuziehen? Also natürlich schon versuchen, eben den Blick zu weiten und zu gucken, was ist hier sinnvoll? Alter Anbieter, wir oder ein Anbieter aus dem anderen Bereich und einer anderen Spezifizierung?“ (B2, Z. 69)

Die Mitarbeiter_innen der Behindertenhilfeeinrichtungen verweisen insbesondere dann an andere Leistungsanbieter, wenn die Bedarfe der Klient_innen nicht denen der eigenen Zielgruppe entsprechen. Dies trifft beispielsweise auf Personen zu, bei denen psychische Probleme oder eine chronische psychische Erkrankung den überwiegenden Unterstützungsbedarf bedingen. In solchen Fällen nehmen die befragten Praktiker_innen etwa Organisationen des sozialpsychiatrischen Feldes als zuständig wahr und benennen diese als Ziele zum Verweis. Vereinzelt sind den Fachkräften auch keine alternativen Unterstützungsmöglichkeiten bekannt oder es wird ein Psychiatrieaufenthalt erwogen: „[...][E]s wäre kein Wohnheim gewesen oder wie auch immer, sondern eine Psychiatrie. [...] Da gibt es glaube ich auch-. Also ich wüsste keine Alternative bei so einem Fall.“ (B3, Z. 297). Es wird hingegen in umgekehrter Richtung auch von Fällen berichtet, bei denen über die psychiatrische Institutsambulanz des Kreisklinikums eine gezielte Weiterleitung an einzelne Leistungsanbieter der Behindertenhilfe erfolgte (vgl. B6, Z. 405).

Verweise an stationäre Wohneinrichtungen im Feld der Pflege werden von den befragten Praktiker_innen ebenfalls beschrieben, wobei diese Einrichtungen den Beschreibungen zufolge als nicht erstrebenswerte Unterbringungsform und somit als äußerste Notlösung für den Verweis zu verstehen seien (vgl. B6, Z. 472ff.; B7, Z. 460). Weiterhin ist laut den befragten Mitarbeiter_innen der Behindertenhilfe davon auszugehen, dass in Einrichtungen der Pflege auf die individuellen Bedarfe der Klient_innen, die nicht mit der Pflege einhergehen, aufgrund von Fachkräfte- und Zeitmangel nicht angemessen eingegangen werden könne (vgl. z. B. B3, Z. 182). Vereinzelt besteht bei den Praktiker_innen die Einschätzung, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe Hilfen, die die ganze Person betreffen, angeboten würden und dass die persönlichen Belange der Klient_innen mehr im Mittelpunkt stünden als in Pflegeeinrichtungen (vgl. B3, Z. 170).

Sozialraumorientierung

„[...] dann würde ich mit dem Herrn K. ins Gespräch kommen darüber, wie er unter den momentan gegebenen Voraussetzungen seiner Bettlägerigkeit sich vorstellt, seinen Alltag zu gestalten. Einen Teil werden wir schon besprochen haben, aufgrund der Antragsstellung, da werden wir uns basalerweise mit der Frage auseinandergesetzt haben halt, was soll an Tagesstruktur geschehen? Wie stellt er sich das vor? Er liegt ja erst einmal im Bett. Ich habe jetzt nur eine vage Vorstellung, kann er zum Beispiel stundenweise vielleicht einmal in den Rollstuhl, kann er einmal raus? Einen Spaziergang machen, wie auch immer, ne? (.) Da von dieser

Basis, die abgesprochen ist, würden wir dann weiter im Detail planen halt, wie sieht es aus mit Kontakt zu Verwandten, Freunden, Bekannten? (.) Welche Pläne hätte er [...]“ (B9, Z. 68)

Für die stationäre Behindertenhilfe finden sich im Interviewmaterial nur wenige Ansätze sozialraumorientierter Arbeit. In einigen Fällen findet Öffentlichkeitsarbeit in Form von Informationsständen auf z. B. Märkten oder bei anderen öffentlichen Veranstaltungen statt (vgl. B8, Z. 66). In der Regel werben die Einrichtungen aber nicht aktiv für ihre Angebote, sondern Informationen zu den Angeboten der Einrichtungen werden überwiegend passiv weitergegeben, insbesondere durch ‚Mund- zu-Mund-Propaganda‘ (vgl. B1, Z. 18; B7, Z. 141; B9, Z. 26). In der Folge werden die Einrichtungen im Sozialraum überwiegend problemorientiert wahrgenommen und es kommt für die Bewohner_innen zu einer Separierung innerhalb des Sozialraumes. Die Dienste der ambulanten Behindertenhilfe suchen die Menschen dort auf, wo sie leben. Informelle Ressourcen im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens werden von den befragten Personen in ihren Überlegungen zur Angebotsgestaltung in den Interviews jedoch kaum erwähnt und beschränken sich vereinzelt auf die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, die Freizeitgestaltung oder die Mobilität im Sozialraum (vgl. z. B. B7, Z. 497; B9, Z. 147).

Professionelles Selbstverständnis

„[...] die Kompetenz, hier zu arbeiten, ist- [...] die kann man nicht so (3) das hat wenig mit Ausbildung zu tun, finde ich. Wir sind [...] Profis in Familie machen. [...] es ist nicht wirklich Familie, aber es ist ein sehr verlässliches Umfeld.“ (B6, Z. 781-788)

Das Interviewmaterial lässt die Annahme zu, dass das professionelle Selbstverständnis von Mitarbeiter_innen der Behindertenhilfe tendenziell von der Identifikation mit der eigenen Organisation und den dort geteilten Überzeugungen geprägt wird. Dies scheint insbesondere für Mitarbeiter_innen des Gruppendienstes im stationären Wohnkontext zuzutreffen, da dort die Herstellung einer schützenden, fürsorgenden Wohnsituation als zentrale Handlungsmaxime formuliert wird. Das professionelle Selbstverständnis der Fachkräfte innerhalb der Behindertenhilfe beinhaltet demnach den Anspruch, den Klient_innen ein „schönes Leben und einen schönen Wohnbereich“ (B3, Z. 389) zu gestalten. Neben der Grundversorgung umfasst dies im Bereich der stationären Hilfen eine Gestaltung familienähnlicher Strukturen. In den meisten Fällen gehen die Vorstellungen eines guten Vorgehens für Klient_innen mit den Vorgaben der Einrichtungen konform. Bezüglich der Förderung von Klient_innen lässt sich eine auf einer passiven Haltung begründete Vorgehensweise erkennen. Einzelne Mitarbeiter_innen sprechen ihren Klient_innen beispielsweise sowohl die Fähigkeit als auch den Wunsch nach Selbstbestimmung oder persönlicher Entwicklung ab:

„Ich lerne unsere Leute über die Jahre kennen als weniger daran interessiert, ihren Charakter auszubilden als vielmehr sicher und aufgehoben zu sein und (3) zwei Stück Kuchen statt eins zu bekommen.“ (B6, Z. 302)

„[...] Und (.) ich möchte sagen, dass (.) zum Thema Förderung und Entwicklung von Zukunftsperspektiven (.) [bei] 50 Prozent aller hier lebenden Personen überhaupt nicht ein Wort einfällt.“ (B6, Z. 921)

Die Berufsgruppen der befragten Personen umfassen Sozialpädagog_innen, Sozialarbeiter_innen, Heilerziehungspfleger_innen sowie ungelernete Kräfte. Insbesondere im Bereich der ambulanten Hilfen werden laut Aussage der Praktiker_innen häufig ungelernete Kräfte als Assistenzkräfte eingesetzt. Irritationen hinsichtlich des professionellen Selbstverständnisses gibt es vor allem dann, wenn die gesetzliche Betreuung von mit Klient_innen verwandten Personen übernommen wird und sich die Ansichten bezüglich eines angemessenen Vorgehens für die Klient_innen zwischen den gesetzlichen Betreuer_innen und den Fachkräften unterscheiden (vgl. B4, Z. 115).

Identifikation mit organisationalen Vorgaben

„[...] Die Vorgaben, die es bei uns gibt-, die gibt es natürlich. Wir haben ein umfangreiches Qualitätsmanagement, auch für unsere Abteilung. Und da gibt es für jeden Schiss einen Standard. Verhalten in diesen oder jenen Situationen, bla bla bla. Aber das was vorgegeben ist, entspricht sehr meinen-, auch meinen eigenen Wertvorstellungen oder professionellen Vorstellungen. Und an vielen Punkten ist das letztlich dann doch so offengehalten.“ (B9, Z. 155)

Die Aussagen der Mitarbeiter_innen lassen eine große Loyalität gegenüber den Einrichtungen und Diensten erkennen, bei denen sie beschäftigt sind (vgl. z. B. B1, Z. 77; B2, Z. 93; B7, Z. 505; B8, Z. 180). Die befragten Praktiker_innen schätzen das ihnen entgegengebrachte Vertrauen und die vergleichsweise hohe Verantwortung sowie Autonomie, die ihnen bei ihrer Tätigkeit eingeräumt wird (vgl. B3, Z. 351; B9, Z. 155). Kritik an den organisationalen Rahmenbedingungen richtet sich maßgeblich gegen den Personalschlüssel der eigenen Organisation, der vereinzelt als zu niedrig beschrieben wird (vgl. B5, Z. 715ff.), sowie gegen die „Förderpläne [...] von oben“ (bezogen auf den Leistungsträger), die sich nicht mit den „tatsächlichen Bedürfnissen“ der Klient_innen decken (B6, Z. 885). Die organisationale Wahrnehmung innerhalb des Feldes beinhaltet die geteilte Annahme, dass Klient_innen von stationären Wohneinrichtungen in einem „familiären Kontext“ und unter entsprechenden Rahmenbedingungen leben (vgl. B6, Z. 266, Z. 784). Zur Wahrnehmung gehört weiterhin eine deutliche Abgrenzung zu Organisationen der ‚stationären Pflege‘, deren organisationale Praxis als unpassend für die Zielgruppe der Behindertenhilfe betrachtet wird (vgl. B3, Z. 170).

Gelingensfaktoren

„[...] Weil das wirklich so ein Fall ist, wo mehrere (.) Dienste gleichermaßen- oder mehrere Leute in der Arbeit beteiligt sind, würde ich wirklich sagen, Kommunikation und Kooperation. Also man muss wirklich sehr sehr genau miteinander zusammenarbeiten und auch mit dem Herrn K. sehr gut zusammenarbeiten können. [...] dass der wirklich Ansprechpartner in allen Bereichen hat, mit denen er gut klar kommt. Weil ich glaube, darauf basiert das dann. Die

Menschen bekommen ja mit, dass wir mit unterschiedlichen anderen Personen kooperieren, die irgendwie an ihrem eigenen Fall beteiligt sind.“ (B7, Z. 468)

Die in den vorliegenden Daten häufig erwähnten Faktoren, die für die Herstellung einer guten Versorgungssituation im Sinne der Klient_innen als notwendig eingeschätzt werden, sind eine ausgedehnte Kommunikation aller beteiligten Akteur_innen (z. B. B8, Z. 136) sowie ein erhöhter Betreuungsschlüssel (vgl. B1, Z. 42; B2, Z. 57; B4, Z. 97; B8, Z. 178). Die Notwendigkeit des Informationsaustausches insbesondere bei der Übernahme von Klient_innen wird weiterhin ebenso von Praktiker_innen betont wie die Notwendigkeit des Engagements der gesetzlichen Betreuer_innen ihrer Klient_innen. Hier werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext Probleme geschildert, sobald die Einstellungen und das Vorgehen der gesetzlichen Betreuer_innen nicht mit den Vorstellungen der Mitarbeiter_innen von einem ‚guten Vorgehen‘ übereinstimmen. Dies trifft laut Aussagen der Befragten insbesondere dann zu, wenn es sich bei den gesetzlichen Betreuer_innen um Verwandte oder Angehörige der Klient_innen handelt (vgl. B4, Z. 109; B9, Z. 157).

5.2.3 Sozialpsychiatrie

Auch im Zusammenhang mit Einrichtungen und Diensten des sozialpsychiatrischen Feldes interessiert vor allem, ob und wie, d. h. über welche alltäglichen Routinen, sich die Mitarbeiter_innen aus Einrichtungen, Stellen und Dienste von jenen aus den Feldern der Behindertenhilfe und Pflege abgrenzen. Nachfolgend werden zunächst die in den Interviews vorgenommenen Abgrenzungen zu anderen Feldern betrachtet.

Zuständigkeiten und Zielgruppe

„Wir betreuen Menschen mit einer psychischen Erkrankung, einer Suchterkrankung und / oder einer geistigen Behinderung. Also quasi der gesamte Strauß ((lacht kurz)).“ (S1, Z. 19)

Im Fokus der Angebote im Feld der Sozialpsychiatrie stehen vor allem Klient_innen mit psychiatrischen Erkrankungen sowie Suchterkrankungen (vgl. z. B. S1, Z. 19). Im Vorfeld der Befragung wurde, ausgehend von den Ergebnissen der quantitativen Befragung, vor allem eine Selbstabgrenzung der Befragten anhand ihrer Zielgruppe erwartet. In diesem Zusammenhang zeigten sich im Interviewmaterial sowohl Abgrenzungen zu den Feldern der Behindertenhilfe und Pflege als auch zum Gesundheitswesen. Insbesondere wird von den Befragten auf die hohe Bedeutung von Fachärzt_innen sowie Therapeut_innen hingewiesen (vgl. z. B. S1, Z. 60).

In das Spektrum psychischer Erkrankungen fallen auch Abhängigkeitserkrankungen. Ausgehend von der o. g. Selbstabgrenzung anhand der Zielgruppe wäre grundsätzlich zu erwarten, dass die befragten Mitarbeiter_innen von Einrichtungen, Diensten und Stellen des sozialpsychiatrischen Feldes sich auch für diese Personengruppe zuständig sehen. In diesem Punkt kann jedoch keine einheitliche Haltung herausgearbeitet werden. Eine Befragte merkt an, dass der Umgang mit

suchterkrankten Klient_innen auch innerhalb ihres Teams kontrovers eingeschätzt werde. Während ein Teil der Kolleg_innen sich offen für eine Betreuung des Personenkreises zeige, bestünden bei anderen Personen diesbezüglich Vorbehalte. Insbesondere die Betreuung aktiv trinkender Menschen mit Alkoholerkrankung werfe Fragen auf, die „nicht so leicht [...] abschließend zu beantworten“ (S4, Z. 193) seien.

Der unterschiedliche Umgang mit Klient_innen, welche aktiv Suchtmittel konsumieren, wird auch im Zusammenhang mit den während der Interviews vorgestellten Fallvignetten deutlich. Mit Blick auf den Fall von Frau Lietz merkt ein befragter Mitarbeiter einer stationären Wohneinrichtung an, dass es „ja schon mal Voraussetzung [sei], überhaupt keinen Alkohol zu konsumieren“ (S9, Z. 47). Eine Aufnahme der vorgestellten Klientin in der eigenen Einrichtung sei daher nicht möglich (vgl. S9, Z. 47). In anderen Einrichtungen und Diensten besteht dagegen eine grundsätzliche Offenheit auch für die Betreuung von Personen, die aktiv Suchtmittel konsumieren (vgl. z. B. S10, Z. 17).

In den Interviews werden Gewalterfahrungen von Klient_innen sowie Gewalthandlungen durch Klient_innen thematisiert. Entsprechende Fortbildungsangebote für Mitarbeiter_innen werden ebenfalls thematisiert (vgl. z. B. S1, Z. 122; S10, Z. 313). Daneben werden zurückliegende Gewalterfahrungen der Klient_innen angesprochen, welche bei der Auswahl der zuständigen Mitarbeiter_innen berücksichtigt werden. Dies betrifft nicht zuletzt die Betreuung von Klientinnen, die in der Vergangenheit „Gewalterfahrungen mit Männern gemacht haben“ (S3, Z. 350).

Gewalthandlungen von Klient_innen führen mitunter zum Abbruch der Betreuung. Explizit wird berichtet, dass Gewalt gegen Mitarbeiter_innen oder andere Klient_innen in der Vergangenheit zur Kündigung von Betreuungsverhältnissen geführt habe (vgl. z. B. S8, Z. 112). Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass Gewalt in den berücksichtigten Betreuungssettings Teil des üblichen Betreuungsalltags ist.

Im Zusammenhang mit den o. g. Berichten über Gewaltsituationen wird ausgeführt, dass es wichtig sei, der eigenen Klientel gegenüber eine gewisse Distanz zu wahren. Dies gelte für sozialpsychiatrische Klientel insgesamt und führe beispielsweise zu der Praxis, dass Klient_innen in der Einrichtung gesiezt würden (vgl. z. B. S8, Z. 104). Diese Konvention werde jedoch von Klient_innen mit geistiger Behinderung nicht immer eingehalten, wodurch es zu Konflikten innerhalb des Hauses komme (vgl. S8, Z. 104).

Ausgehend von der angenommenen Zuständigkeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt sich die Frage danach, wie Einrichtungen, Dienste und Stellen des sozialpsychiatrischen Feldes auf Bedarfe reagieren, die üblicherweise in anderen Feldern bearbeitet werden. In diesem Zusammenhang werden vor allem pflegerische Bedarfe sowie Bedarfe nach Leistungen der Hilfen für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung thematisiert. Nach Meinung der Befragten grenzen sich die Einrichtungen und Dienste der Sozialpsychiatrie am deutlichsten von den Einrichtungen und Diensten der Pflege ab. Pflegerische Bedarfe der Klient_innen werden

jedoch unterschiedlich bearbeitet. In einzelnen Einrichtungen und Diensten werden Pflegedienste hinzugezogen, um pflegerische Bedarfe abzudecken (vgl. z. B. S1, Z. 58). Ungeachtet dessen führt ein hoher pflegerischer Bedarf dazu, dass Klient_innen nicht (mehr) im Rahmen sozialpsychiatrischer Angebote betreut werden (vgl. z. B. S3, Z. 431; S4, Z. 501; S9, Z. 87).

Grundsätzlich herrscht in den hier berücksichtigten Einrichtungen und Diensten des sozialpsychiatrischen Feldes Konsens dahingehend, dass zur Klientel schwerpunktmäßig Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören. Umstritten ist hier allenfalls die Frage, ob aktiv Suchtmittel konsumierende Klient_innen durch das eigene Angebot betreut werden können. Weitgehender Konsens besteht dagegen wiederum in der Annahme, dass Klient_innen mit hohem pflegerischem Unterstützungsbedarf in Pflegeeinrichtungen betreut werden sollen. Zugleich besteht ein Bewusstsein dafür, dass diese Einrichtungen gegebenenfalls einem sozialpsychiatrischen Hilfebedarf nicht gerecht werden (vgl. z. B. S9, Z. 87). Weniger deutlich grenzen die befragten Personen die eigenen Klient_innen von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung ab. Allerdings bestehen vereinzelt Annahmen hinsichtlich des Verhaltens dieser Personengruppe, welche eine gemeinsame Betreuung mit der vorrangig wahrgenommenen eigenen Klientel zumindest erschweren (vgl. z. B. S8, Z. 104; S3, Z. 372).

Hilfebedarf und Klientifizierung

„(...) Wir sind eine Einrichtung der Eingliederungshilfe. Teilhabe. Wir machen im Prinzip alles. Von Alltagsstrukturierung über Behördengänge (.) über Medikamentenvergabe, über Zukunftsplanung. Ja, all das was ansteht. Koordination, Schnittstellenarbeit mit (.) psychiatrischen Einrichtungen, mit dem Kreisklinikum, mit gesetzlichen Betreuern, mit sogenannten Teilhabebegleitern. All sowas machen wir. Ja und auch so ganz konkret einfach Einkaufsbegleitung. Solche Sachen. Grundpflege, Hygiene (.) hauswirtschaftliche Unterstützung. Wir machen Kochangebote, wir machen Freizeitangebote, es gibt Rehamaßnahmen, Rehafreizeiten, Ausflüge (.) so. Also wenn Sie Nachfragen haben, immer fragen. Ob das reicht, weiß ich nicht.“
(S 10, Z. 22)

Innerhalb des sozialpsychiatrischen Feldes in Siegen-Wittgenstein besteht ein grundsätzlicher Konsens dahingehend, dass vor allem Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zur Klientel der eigenen Angebote gehören. Im Zusammenhang mit diesem Personenkreis sind, neben den hier berücksichtigten Angeboten, auch niedergelassene Ärzt_innen und Therapeut_innen sowie die psychiatrischen Abteilungen der örtlichen Krankenhäuser bedeutsam. Auch seitens ambulanter Fachdienste wird grundsätzlich ein zeitweiliger stationärer Behandlungs- bzw. Betreuungsbedarf eigener Klient_innen angenommen (vgl. z. B. S5, Z. 369). Die Aufnahme neuer Klient_innen im sozialpsychiatrischen Feld erfolgt, entsprechend den o. g. Vorannahmen, durch eine vorangegangene ärztliche, d. h. psychiatrische Diagnose. Diese ist Voraussetzung für die Betreuung in einem Angebot der wohnbezogenen Eingliederungshilfe. Hieraus ergibt sich eine Art ‚natürliche Schnittstelle‘ zwischen den Feldern der Sozialpsychiatrie und des Gesundheitswesens.

Innerhalb des Feldes ist die Entscheidung über Neuaufnahmen potenzieller Klient_innen vor allem Aufgabe von Leitungskräften. Diese nehmen somit auch die Zuordnung eines bestehenden Hilfebedarfs zum Leistungsspektrum des Feldes vor. Die Einschätzungen hinsichtlich des individuellen Hilfebedarfs werden dagegen vor allem innerhalb des Arbeitsbündnisses zwischen den Basismitarbeiter_innen und den Klient_innen sowie deren persönlichem Umfeld verhandelt (vgl. z. B. S10, Z. 23). In Problemfällen, beispielsweise bei der Wahrnehmung zusätzlicher Bedarfe, werden jedoch Kolleg_innen sowie Leitungskräfte hinzugezogen.

Ambulante und stationäre Handlungsrouinen und Skripts

„Das geht dann normalerweise über die Fachleitung. Also- [...] Unseren Vorgesetzten, den Herrn M. [...] Der würde dann (.) ein Infogespräch führen. [...] Um zu gucken: Was ist bisher gelaufen? Wie sieht es mit den (.) Stunden aus? Welche Hilfe braucht sie? Wären wir überhaupt zuständig dafür? Wäre es da eher nötig, (.) sie in das Stationäre zu überweisen? Ist ambulant wirklich möglich?“ (S 3, Z. 654 bis 669, die Auslassungen betreffen bestätigende Lautäußerungen der interviewführenden Person.)

Die Einrichtungen, Dienste und Stellen des sozialpsychiatrischen Feldes in Siegen-Wittgenstein können im Wesentlichen in zwei Gruppen eingeteilt werden. Zu unterscheiden sind erstens die betreuenden Fachdienste sowie zweitens die trägerunabhängigen Beratungsangebote. Innerhalb der Trägerorganisationen müssen zusätzlich die jeweiligen Hierarchien berücksichtigt werden. Die etablierten Verhaltensroutinen und Skripts des sozialpsychiatrischen Feldes in Siegen-Wittgenstein orientieren sich an einer klaren Aufgabenverteilung zwischen den beteiligten Organisationen.

Die in den Interviews beschriebenen Szenen beziehen sich, ausgehend von den vorgestellten Fallvignetten, vor allem auf Neuanfragen möglicher Klient_innen sowie auf zusätzliche Bedarfe vorhandener Klient_innen. Die Fallvignetten wurden dabei bewusst so ausgewählt, dass eine sektorübergreifende Bearbeitung der dargestellten Hilfebedarfe angezeigt scheint.

Nahezu einhellig geben die befragten Personen an, dass es sich bei der Neuaufnahme von Klient_innen um Leitungsaufgaben handelt. Diese Personen entscheiden auch über die Aufnahme bzw. gegebenenfalls den Weiterverweis neuanfragender Personen (vgl. z. B. S3, Z. 267, 271). Wesentliches Entscheidungskriterium ist nach Einschätzung der befragten Personen die Antwort auf die Frage, ob der eigene Dienst bzw. die eigene Einrichtung den angesprochenen Hilfebedarf angemessen bearbeiten kann. In diesem Zusammenhang bestehen bei den befragten Mitarbeiter_innen feste Annahmen darüber, wie die Anfragen in den vorgestellten Fällen beantwortet würden. Zentrales Ausschlusskriterium scheint vor allem ein sehr hoher Pflegebedarf neuanfragender Klient_innen zu sein. Dieser löst einen Verweis an eine stationäre Pflegeeinrichtung aus (vgl. z. B. S3, Z. 271; S10, Z. 107). Unterschiedlich bewertet wird ein aktiver Suchtmittelkonsum anfragender Personen. Dem Hilfeplanverfahren des LWL wird nur eine geringe Steuerungswirkung zugemessen.

Die Entscheidung über Verweis oder Aufnahme erfolgt entweder unmittelbar bei Kontaktaufnahme oder im Verlauf eines ersten Informationsgesprächs zwischen dem angefragten Dienst bzw. der angefragten Einrichtung und dem Anfragenden. Wenngleich sich insbesondere pflegerische Bedarfe als Problem herausstellen können, wird bei der Gestaltung einer rein ambulanten Versorgung die Möglichkeit der Hereinnahme eines ambulanten Pflegediensts als üblicher Lösungsansatz vorgestellt (vgl. z. B. S1, Z. 58). Mit Blick auf mögliche Verweise an stationäre Pflegeeinrichtungen besteht die Sorge, dass diese Organisationen etwaige sozialpsychiatrische Hilfebedarfe nicht hinreichend bearbeiten könnten (vgl. z. B. S9, Z. 87). In diesem Zusammenhang besteht die Annahme, dass nicht für alle (potenziellen) Klient_innen ein hilfreiches Arrangement möglich sei. In der Praxis werde vor allem der vorrangig erkenn- und bearbeitbare Bedarf fokussiert (vgl. S9, Z. 87).

Unterschiede in der Bearbeitung ergeben sich für den Fall, dass zusätzliche Bedarfe bei eigenen Klient_innen auftreten. Die Möglichkeit eines intersektoralen Verweises an eine stationäre Pflegeeinrichtung besteht auch hier. Damit verbindet sich auch in diesen Fällen die o. g. Sorge um eine hinreichende Berücksichtigung sozialpsychiatrischer Bedarfe in entsprechenden Einrichtungen. Wohl aus diesem Grund besteht insgesamt eine hohe Neigung, eigene Klient_innen auch mit zusätzlichen Bedarfen im eigenen Angebot zu halten. Auch die beanspruchte höhere sozialpsychiatrische Fachkompetenz und bessere Kenntnis über die Lebensumstände der Personen im Vergleich zu Neuanfragen spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle.

Kooperation

In vorangegangenen Abschnitten ist herausgearbeitet worden, dass das sozialpsychiatrische Feld in Siegen-Wittgenstein deutliche Sektoralisierungstendenzen aufweist. Dies hat zur Folge, dass hinsichtlich der angestrebten bedarfsgerechten Unterstützung mancher Klient_innen potenziell Probleme auftreten. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden in diesem Zusammenhang schwerpunktmäßig Probleme betrachtet, die im Zusammenhang mit Bedarfen aus den Bereichen Pflege bzw. Eingliederungshilfe für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung entstehen. Eine mögliche Antwort auf entsprechende Problemanzeigen ist die Kooperation mit anderen Akteur_innen des eigenen oder eines anderen Feldes. Zusätzlich zu einer klaren Vorstellung von den Grenzen der eigenen Handlungskompetenz setzt insbesondere die Kooperation mit Akteur_innen außerhalb des eigenen Feldes voraus, dass die jeweiligen Kompetenzen entsprechender Akteur_innen bekannt sind und anerkannt werden.

Kooperation innerhalb des eigenen Feldes

„Aber wie diese Fälle [die vorgestellten Fallvignetten, Anm. d. Verf.] die sie hier haben- um eine längerfristige Sache geht, wo nicht sofort am gleichen Tag gehandelt werden muss-, sind wir hier schon ganz gut aufgestellt auch so mit den Betreuern oder mit den anderen Fachdiensten. [...] das funktioniert dann schon gut, so eine vertrauensvolle Zusammenarbeit- immer möglich-, ja.“ (S7, Z. 97)

Innerhalb des sozialpsychiatrischen Feldes in Siegen-Wittgenstein besteht die Annahme, dass das Angebot der unterschiedlichen Anbieter sehr ähnlich ist. Insofern beziehen sich Kooperationen mit Akteur_innen des eigenen Feldes eher allgemein auf Informationsaustausch sowie auf gemeinsame Initiativen. Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiter_innen in diesem Bereich wird als ‚vertrauensvoll‘ beschrieben (vgl. z. B. S7, Z. 97).

Kooperation außerhalb des eigenen Feldes

„[...] Also erst einmal würde man wahrscheinlich versuchen, durch gemeinsames Tun sie entsprechend anzuleiten. Aber übernehmen, das tun wir nicht. Also wir machen nur gemeinsam, mit dem Ziel einer Verselbstständigung. Wenn es nicht funktioniert, haben wir in der Vergangenheit wirklich dann auch mit Pflegediensten zusammengearbeitet und haben gesagt, wir brauchen hier eine Hauswirtschaftskraft. (.) Ja und (.) durch das Pflegestärkungsgesetz (.) wird das ja mittlerweile auch eher über die Pflegekasse finanziert. (2) Ja.“ (S1, Z. 59)

Ausgehend von der Annahme, dass das eigene Angebot eine klar abgrenzbare Klientel aufweist, bestehen im sozialpsychiatrischen Feld zahlreiche sektorenübergreifende Bezüge. Beispielsweise wird auf die Expertise von Akteur_innen aus anderen Feldern hingewiesen. Insbesondere Ärzt_innen sowie Therapeut_innen werden dabei als notwendige Ergänzung zum eigenen Angebot sowie als potenzielle Kooperationspartner_innen wahrgenommen (vgl. z. B. S1, Z. 60). Hintergrund sind wahrgenommene fachliche sowie rechtliche Grenzen des eigenen Angebots (vgl. z. B. S1, Z. 60).

Akteur_innen des pflegerischen Feldes werden in der hier berücksichtigten sozialpsychiatrischen Einrichtungspraxis unterschiedlich wahrgenommen. Als potenzielle Kooperationspartner kommen insbesondere ambulante Pflegedienste in Betracht (vgl. z. B. S1, Z. 58; S2, Z. 19). Im Fokus steht hier vor allem die Ergänzung eigener Angebote in Bereichen, in denen eine Bedarfsdeckung aus eigenen Mittel nicht möglich erscheint. Stationäre Pflegeeinrichtungen werden vor allem als Perspektive für Klient_innen wahrgenommen, die nicht oder nicht mehr im Rahmen des eigenen Angebots betreut werden können. Vereinzelt wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass dort gegebenenfalls Defizite hinsichtlich der sozialpsychiatrischen Betreuung bestehen. Diese Einschätzung wird explizit an organisationalen Rahmenbedingungen festgemacht sowie auf den professionellen Hintergrund der dort beschäftigten Mitarbeiter_innen zurückgeführt. Pflegekräfte, insbesondere in Krankenhäusern, seien „nicht so empathisch“ (S9, Z. 93) und Patient_innen mit sozialpsychiatrischem Unterstützungsbedarf „stört[en] dann die Abläufe“ (S9, Z. 93).

Ebenso wie bereits mit Blick auf die sektorale Abgrenzung sind auch die sektorenübergreifenden Bezüge zu den Hilfen für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Vergleich weniger eindeutig. Denkbar erscheint allenfalls eine Kooperation im konkreten Einzelfall. Zugleich werden jedoch einschlägige Akteur_innen in ihrem Bereich als kompetent wahrgenommen und als

potenzielle Informationsquellen benannt (vgl. z. B. S4, Z. 438; S8, Z. 116). Bei eigenen Klient_innen mit entsprechendem Hilfebedarf wird jedoch vor allem auf Expertise innerhalb der eigenen Einrichtung bzw. des eigenen Dienstes zurückgegriffen. Konkret bezieht sich dies auf Mitarbeiter_innen, die in der Vergangenheit mit Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung gearbeitet haben (vgl. z. B. S4, Z. 438; S8, Z. 166). Abgaben von Klient_innen scheinen vor allem in stationäre Pflegeeinrichtungen zu erfolgen. Dies betrifft auch Fälle, in denen sich bestehende kognitive Beeinträchtigungen verstärkt haben (vgl. z. B. S10, Z. 186).

Die Befragten lassen erkennen, dass sie die Voraussetzungen zur intersektoralen Kooperation vor allem bei Angeboten aus den Feldern des Gesundheitswesens (z. B. Ärzt_innen, Krankenhäuser) sowie der Pflege erfüllt sehen. Pflegedienste werden dabei als (potenzielle) Kooperationspartner für die Bereitstellung von Hauswirtschaftskräften (vgl. z. B. S1, Z. 58) sowie als Partner im Bereich der Grund- und Behandlungspflege wahrgenommen (vgl. z. B. S1, Z. 71). Konkret werden zwei Modi einer möglichen Zusammenarbeit zwischen sozialpsychiatrischen Fachdiensten und Pflegediensten beschrieben. Grundsätzlich ist es möglich, dass Pflegedienst und sozialpsychiatrischer Fachdienst die gleiche Person betreuen, ohne direkt miteinander zusammenzuarbeiten (vgl. z. B. S1, Z. 77). Daraus folgt, dass die Koordinationsverantwortung nicht bei den beteiligten Diensten liegen kann. Hier kommen vielmehr die Klient_innen selbst, deren rechtliche Betreuer_innen oder anderweitige Akteur_innen in Betracht. Hiervon klar abzugrenzen ist die Möglichkeit einer unmittelbaren Kooperation zwischen zwei Diensten. Dieser Fall wird von den befragten Personen sowohl hypothetisch (vgl. z. B. S1, Z. 95) als auch konkret anhand von Beispielen thematisiert (vgl. z. B. S2, Z. 23). Voraussetzung für eine unmittelbare Kooperation mehrerer Dienste ist ein Verständnis füreinander sowie eine klare Aufgabenteilung (vgl. z. B. S1, Z. 97).

Seltener kooperieren Einrichtungen und Dienste des sozialpsychiatrischen Feldes mit stationären Pflegeeinrichtungen. Entsprechende Kooperationen beziehen sich vor allem auf die Überleitung von Klient_innen. Überleitung meint in diesem Zusammenhang die Neuaufnahme durch den sozialpsychiatrischen Fachdienst in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten nach einem stationären Aufenthalt, aber auch die Abgabe von Klient_innen an die stationäre Pflegeeinrichtung nach einer vorangegangenen ambulanten Betreuung. Kooperationen mit Fachdiensten für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung sind laut Aussage der befragten Personen selten. Sofern Bedarfe aus dem Bereich der Eingliederungshilfe angefragt sind, wird versucht, diese mit eigenen Ressourcen abzudecken (vgl. z. B. S2, Z. 79), was auf Überschneidungen mit dem Feld der Behindertenhilfe schließen lässt.

Konkurrenz

„Sowohl als auch. Also [Anderer Anbieter des sozialpsychiatrischen Feldes] hat ganz viele Standpunkte, die machen auch hier relativ viel Öffentlichkeitsarbeit, sind an Weihnachtsmärkten, Herbstmärkten immer irgendwie vertreten, haben ein riesengroßes Auto mit Werbung, haben wir alles nicht.“ (S8, Z. 189)

Eine Konkurrenz zwischen den Anbietern des sozialpsychiatrischen Feldes in Siegen-Wittgenstein wird in den Interviews kaum thematisiert. Lediglich in einem Interview wird ein anderer Anbieter explizit als „Konkurrenz“ (S8, Z. 185) bezeichnet. Dies bezieht sich im Kontext des Interviews ausschließlich auf die stärkere Öffentlichkeitsarbeit des anderen Anbieters. In diesem Zusammenhang sieht die befragte Person vor allem ein Defizit beim Träger ihrer eigenen Einrichtung (vgl. S8, Z. 189). Die grundsätzliche Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen, Diensten und Stellen wird im Rahmen der Interviews, wie bereits ausgeführt wurde, als ‚vertrauensvoll‘ beschrieben (vgl. z. B. S7, Z. 97).

Zur etablierten Wahrnehmung der eigenen Organisation gehört eine Abgrenzung gegenüber anderen Akteur_innen des eigenen Feldes, die jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Im Ergebnis zeigt sich hier eine komplexe Gemengelage. Einerseits nehmen sich die Akteur_innen des sozialpsychiatrischen Feldes in Konkurrenz zueinander wahr (vgl. z. B. S8, Z. 185), andererseits berichten sie davon, Aufgaben gemeinsam zu bearbeiten (vgl. S7, Z. 97). Die hier angedeutete Gleichzeitigkeit von Konkurrenz und Kooperation innerhalb desselben organisationalen Feldes ist keineswegs untypisch. Interessant mit Blick auf das hier betrachtete Feld ist jedoch, dass die Akteur_innen klare Vorstellungen hinsichtlich dieser Situation haben. Hierbei hilft eine klare Vorstellung von den Aufgaben und Grenzen der eigenen Angebote und ihres Leistungsspektrums.

Verweislogik

Neben der direkten oder indirekten Zusammenarbeit im Einzelfall besteht die Möglichkeit, mit anderen Akteur_innen des eigenen oder eines anderen Feldes durch Verweis von Klient_innen zu kooperieren. Dieser Verweis kann intra- und intersektoral erfolgen. Neben der Frage, an welche Einrichtungen und Dienste in der Regel verwiesen wird, ist hier auch die Frage der Entscheidungsfindung zu klären.

„Also wenn die Klientin sagt, ich möchte da eine Überleitung und der vorher betreu- Fachdienst sagt ‚So machen wir das jetzt‘, dann würden wir ein Übergabegespräch machen und dann können wir das von einer Woche zur nächsten machen. Weil ich denke, so gerade in dem Fall muss man ja auch schnell reagieren. Da kann man ja nicht sagen, wir warten jetzt erst einmal. Bis dahin (.) ist sie end- (.) gültig verwahrlost. Ja.“ (S1, Z. 50)

Intrasektorale Verweise können zwischen Einrichtungen und Diensten gleichen oder unterschiedlichen Typs erfolgen. Denkbar sind also Wechsel zwischen einem ambulanten und einem stationären Angebot sowie Wechsel zwischen zwei ambulanten oder zwei stationären Angeboten. Wechsel zwischen zwei ambulanten Fachdiensten werden im Rahmen der Interviews vor allem anhand der vorgestellten Fallvignetten thematisiert. Hier entsteht der Eindruck, dass solche Wechsel eher von den betreuenden Fachdiensten angestoßen werden (vgl. z. B. S1, Z. 37). Wechsel auf Initiative betroffener Klient_innen kommen jedoch ebenfalls vor (vgl. z. B. S1, Z. 49). Die Gründe sind jeweils vom individuellen Einzelfall abhängig, wobei jedoch insbesondere

Gewalthandlungen von Klient_innen zum Ende der Betreuung und somit zu einer Überleitung führen (vgl. z. B. S8, Z. 112).

Den häufigsten Fall eines intrasektoralen Verweises im sozialpsychiatrischen Feld stellt der Wechsel von einem ambulanten in ein stationäres Wohnangebot oder umgekehrt dar. Grundsätzlich kommen beiden Formen in der Praxis vor (vgl. z. B. S1, Z. 29; S3, Z. 62). Mit Blick auf stationäre Angebote besteht durchaus die Annahme, dass ein entsprechender Aufenthalt temporär gestaltet werden kann. Er sei, so eine befragte Person, mitunter aus fachlichen Gründen zeitweilig geboten (vgl. S5, Z. 369).

Verweise außerhalb des eigenen Feldes

„Also auch hier, wie bereits im ersten Fall würde es tatsächlich darauf- davon abhängen, wer mich kontaktiert, ne. Wenn- ich würde auch da abklären, ob weiterhin eine Betreuung durch den ambulanten Fachdienst stattfindet und würde in dem Fall eigentlich auch relativ klar sagen, dass der Fachdienst da eigentlich vorrangig zuständig ist, auch gegebenenfalls um weitere Hilfen zu installieren. Das heißt, Pflegegrad beantragen, Pflegedienst gegebenenfalls einschalten, grundsätzlich- (.) auch grundsätzlich zu klären, ob weiterhin eine eigenständige Lebensführung möglich ist mit dieser zusätzlichen sage ich einmal körperlichen Beeinträchtigung.“ (S6, Z. 66)

Verweise von (potenziellen) Klient_innen an Einrichtungen und Dienste anderer Sektoren erfolgen entweder unmittelbar im Zusammenhang mit der Kontaktaufnahme oder bei Hinzukommen neuer Bedarfe im Betreuungsverlauf. Die Kontaktaufnahme neuer Klient_innen erfolgt in der Regel über Mitarbeiter_innen in Leitungsposition. Folglich sind diese auch für unmittelbare Verweise in andere Felder zuständig (vgl. z. B. S3, Z. 271; S10, Z. 107).

Ausgangspunkt für Verweisescheidungen ambulanter Fachdienste des sozialpsychiatrischen Feldes ist eine fachliche Einschätzung dahingehend, ob eine ambulante Betreuung (noch) möglich ist (vgl. z. B. S3, Z. 271, 556; S5, Z. 296). In diesem Zusammenhang ist auch die Entscheidung der betroffenen Personen von zentraler Bedeutung (vgl. z. B. S3, Z. 271). Die Zuständigkeit für Einzelfallentscheidungen wird also zunächst vor allem beim aktuell betreuenden Fachdienst gesehen. Diese Einschätzung teilen vor allem die befragten Mitarbeiter_innen trägerunabhängiger Beratungsangebote (vgl. z. B. S6, Z. 66).

Verweise an Angebote der Hilfen für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung werden im Rahmen der Interviews lediglich von einer befragten Person angesprochen. Diese geht davon aus, dass Personen mit einer ausschließlichen sogenannten geistigen Behinderung in der eigenen Einrichtung nicht aufgenommen würden (vgl. S10, Z. 121). Zugleich wird jedoch die entsprechende Führungskraft in der Verantwortung gesehen.

Bedeutung des Sozialraums

„[...] die haben in Berleburg den Hauptstandort, in Laasphe eine Zweigstelle quasi. Also das gehört in Wittgenstein schon alles irgendwie zusammen, auch wenn es drei Kommunen sind mit A., aber irgendwie gibt es oft nur einen Träger für so etwas und die sind dann an verschiedenen Orten. Von daher macht es glaube ich gar nicht so einen großen Unterschied, ob wir jetzt über Laasphe oder Berleburg oder A. sprechen.“ (S2, Z. 47)

Die Trägerorganisationen des sozialpsychiatrischen Feldes in Siegen-Wittgenstein orientieren sich grundsätzlich an den Gebietskörperschaften, in denen sie tätig sind. Dabei unterscheidet sich die Perspektive der befragten Personen vor allem aufgrund ihrer Position in der Hierarchie der Organisation. Während Führungskräfte aufgrund der breiteren Zuständigkeit größere Gebiete in den Blick nehmen (vgl. z. B. S1, Z. 5), orientieren sich Mitarbeiter_innen anhand kleinerer Einheiten (vgl. z. B. S2, Z. 23).

Mit Blick auf konkrete Sozialräume der eigenen Klient_innen lassen sich in der Stadt Siegen Besonderheiten beobachten. Deutlich wird dies anhand der Angaben einer Mitarbeiter_in, die im Interview eine geplante Verlegung des Trägerbüros anspricht. Dieses soll aus der Innenstadt in einen eher randständigen Stadtteil von Siegen verlegt werden (vgl. S3, Z. 139). Diese Entscheidung des Trägers wird laut Aussage der Interviewpartnerin insbesondere von Klient_innen kritisiert, die zentral in Siegen wohnen (vgl. S3, Z. 139, 145). Sie selbst deutet an, dass sie der Kritik zumindest teilweise zustimmt (vgl. S3, Z. 139, 147). Die Einschätzung ist mit der Sorge verbunden, dass Klient_innen zukünftig die offenen Angebote des Trägers nicht mehr aufsuchen werden (vgl. S3, Z. 154). In der Zusammenschau können diese Äußerungen als Ausdruck einer fehlenden räumlichen Sensibilität einzelner Träger zumindest mit Blick auf die Stadt Siegen gedeutet werden. Die Einschätzung der Mitarbeiter_innen geht hier vom Sozialraum der eigenen Klient_innen aus und differenziert zwischen den einzelnen Teilen der Kreisstadt. Dieser Aspekt scheint jedoch bei der Auswahl der Einrichtungsstandorte durch den Träger, zumindest in der Wahrnehmung der (mit) betroffenen Mitarbeiter_innen, nur eine untergeordnete Rolle zu spielen (vgl. z. B. S3, Z. 650).

Mit der stärkeren Orientierung der Mitarbeiter_innen am unmittelbaren Tätigkeitsgebiet geht vereinzelt ein starker Bezug zu den beiden Altkreisen Siegen und Wittgenstein einher. In diesem Zusammenhang merkt eine befragte Person an, dass „in Wittgenstein schon alles irgendwie zusammen [gehöre]“ (S2, Z. 47). Die gleiche befragte Person merkt an, dass die professionellen Akteur_innen und die Selbsthilfe im sozialpsychiatrischen Feld in Wittgenstein einen starken Bezug zum Altkreis aufweisen (vgl. S2, Z. 47). In der Zusammenschau mit den vorangegangenen Überlegungen zur Kreisstadt kann vermutet werden, dass sich innerhalb der Kreisstadt sowie in Wittgenstein jeweils eigene sozialpsychiatrische Feldstrukturen herausgebildet haben. Diese sind mit den Strukturen im übrigen Kreis zwar verknüpft, agieren jedoch zumindest teilweise autonom (vgl. z. B. S2, Z. 47; S3, Z. 139). Mögliche Ursachen liegen in der Größe der Kreisstadt im Vergleich zum übrigen Kreis sowie in der historischen Existenz zweier Kreise auf dem Gebiet des heutigen Kreises Siegen-Wittgenstein.

Professionelles Selbstverständnis

„Sehr allgemeine Frage, welche Leistungen oder Angebote. Wir sind (.) eine Einrichtung der Eingliederungshilfe. Teilhabe. Wir machen im Prinzip alles. Von Alltagsstrukturierung über Behördengänge (.) über Medikamentenvergabe, über Zukunftsplanung. Ja, all das, was ansteht.“ (S10, Z. 23)

Das professionelle Selbstverständnis der befragten Personen ist eng mit der jeweiligen Organisation verknüpft. Beispielsweise ist das Gefühl der Zuständigkeit für einen bestimmten Personenkreis unmittelbar mit dem Profil der Einrichtung verbunden. Dies bedeutet in einem Fall, dass die eigene Zuständigkeit ausschließlich für Klient_innen mit Mehrfachdiagnosen gesehen wird (vgl. S10, Z. 17).

Die eigene erlernte Profession tritt gegenüber dem Profil der Einrichtung bzw. des Dienstes in den Hintergrund. Wesentlicher Bezugspunkt ist im Bereich der Hilfen zum Wohnen die Annahme, für eine Einrichtung bzw. einen Dienst der Eingliederungshilfe zu arbeiten. Mit dieser Tätigkeit gehe zudem ein breites Aufgabengebiet einher:

„[...] Koordination, Schnittstellenarbeit mit (.) psychiatrischen Einrichtungen, mit dem Kreisklinikum, mit gesetzlichen Betreuern, mit sogenannten Teilhabebegleitern. All so etwas machen wir. Ja und auch so ganz konkret einfach Einkaufsbegleitung. Solche Sachen. Grundpflege, Hygiene (.) hauswirtschaftliche Unterstützung. Wir machen Kochangebote, wir machen Freizeitangebote, es gibt Rehamaßnahmen, Rehafreizeiten, Ausflüge (.) so.“ (S10, Z. 23)

Das beschriebene Profil findet sich auch in den übrigen berücksichtigten Einrichtungen der wohnbezogenen Eingliederungshilfe. Auffällig ist, dass es unabhängig von der eigenen Berufsgruppe auch von explizit pflegerischem Personal adaptiert wird (vgl. z. B. S9, Z. 40). Auf den direkten Vergleich angesprochen räumt eine befragte Person ein, dass die pflegerische Tätigkeit in der Einrichtung, hier eine stationäre Einrichtung der wohnbezogenen Eingliederungshilfe, in Art und Umfang nicht mit der Arbeit in einem Pflegeheim oder einem Krankenhaus vergleichbar sei. Es sei jedoch insgesamt eine Zunahme pflegerischer Tätigkeiten in der Einrichtung zu beobachten (vgl. S10, Z. 26).

In den hier berücksichtigten Einrichtungen und Diensten zeigt sich eine klare Trennung bezüglich der Verantwortlichkeiten von Mitarbeiter_innen und Führungskräften. Dies bezieht sich vor allem auf die Zuständigkeit von Führungskräften für die Akquise neuer sowie gegebenenfalls die Abgabe aktueller Klient_innen. Dies wird beispielsweise mit Blick auf die vorgestellten Fallvignetten deutlich. Hier wird seitens der Mitarbeiter_innen teils vehement die Verantwortlichkeit bei namentlich benannten Personen auf Leitungsebene verortet (vgl. z. B. S3, Z. 314). Im Miteinander beider Statusgruppen erwarten Mitarbeiter_innen, dass Führungskräfte auf ihre persönlichen und fachlichen Bedürfnisse eingehen und beispielsweise ihren Schutz vor Übergriffen gewährleisten (vgl. z. B. S8, Z. 199).

Mit der klar ausgeprägten Vorstellung bezüglich der eigenen Klientel geht ein Gefühl der Verantwortlichkeit für den Personenkreis einher (vgl. z. B. S1, Z. 19). Dieser Verantwortlichkeit wird im Zusammenspiel mit Akteur_innen des eigenen sowie anderer Felder nachgekommen. Sie steht jedoch im Zusammenhang mit einer Abgrenzung gegenüber Klientelen anderer Felder. Beispielsweise wird durchgängig die Annahme erkennbar, dass die eigenen Kompetenzen im Bereich der Pflege nicht ausreichen, um alle Bedarfe in diesem Bereich abdecken zu können. Dies wird besonders anhand der Fallvignette von Herrn Bauschen deutlich, der nach Aussage einer befragten Person „kein Klient [wäre], der jetzt hier aufgenommen werden würde“ (S9, Z. 85).

In den hier berücksichtigten reinen Beratungsangeboten wird mit Blick auf die Verantwortung im Einzelfall explizit auf die betreuenden Fachdienste verwiesen (vgl. z. B. S6, Z. 66). Das eigene Angebot wird hier vor allem ergänzend und unterstützend verstanden.

Identifikation mit organisationalen Vorgaben

„Ein konkretes Beispiel habe ich jetzt so gerade nicht, aber natürlich ist halt heute so der wirtschaftliche Faktor einer Einrichtung sehr hoch. Und da habe ich schon manchmal das persönliche Gefühl, dass generell-, ich glaube das kann man nicht auf eine Einrichtung festlegen, das ist ein generelles Problem, das [das] Wirtschaftliche vor dem Persönlichen des Klienten steht. Und das finde ich manchmal sehr schade. Aber wie gesagt, das würde ich jetzt eher als generelles Problem im sozialen Bereich in Deutschland sehen.“ (S2, Z. 74)

Die zuvor genannten Faktoren wirken sich auch auf das Zusammenspiel von individueller Profession und Organisation aus. Grundsätzlich artikulieren die befragten Personen eine hohe Kongruenz zwischen den eigenen Vorstellungen hinsichtlich einer guten Arbeit für die Klient_innen und den Vorgaben der Organisation (vgl. z. B. S1, Z. 113; S5, Z. 625). Kritisiert werden eher allgemeine Rahmenbedingungen, wie eine gefühlt-zunehmende ökonomische Orientierung der Sozialen Arbeit insgesamt (vgl. S2, Z. 74) oder mögliche Gefahren im Zusammenhang mit der eigenen Arbeit (vgl. S8, Z. 199). Im letztgenannten Fall kann die eher allgemein gehaltene Kritik teils als versteckte, aber konkret begründete Kritik an eigenen Vorgesetzten aufgefasst werden. Dies gilt, wenngleich weniger konkret, auch für den zuvor beschriebenen Fall einer geplanten Standortverlagerung, die als potenzielles Problem für die Klient_innen wahrgenommen wird.

Die befragten Mitarbeiter_innen von Einrichtungen und Diensten des sozialpsychiatrischen Feldes nehmen die eigenen Organisationen sowohl anhand ihrer Funktionen im Hilfesystem als auch als Akteur_innen im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem wahr. Insbesondere im Bereich der Hilfen zum Wohnen wird die Rolle der Einrichtungen und Dienste als Angebote der Eingliederungshilfe betont (vgl. z. B. S10, Z. 23). Diese Perspektive wirkt sich auch auf die Wahrnehmung von Einrichtungen und Diensten anderer Felder aus. Die Praktiker_innen lassen eine hohe Loyalität gegenüber den sie beschäftigenden Einrichtungen und Diensten erkennen. Kritik am Handeln der eigenen Organisation erfolgt entweder allgemein (vgl. S2, Z. 74) oder mit klarer Beschränkung auf konkrete Themen (vgl. S3, Z. 139, 147; S8, Z. 199).

Mit der o. g. klaren Vorstellung bezüglich der eigenen Zielgruppe sowie der eigenen Aufgaben als Beratungsstelle bzw. Angebot der wohnbezogenen Eingliederungshilfe geht eine ebenso konkrete Wahrnehmung der Organisationen anderer Felder einher. Die Einschätzungen hinsichtlich des Angebots für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung sind dabei vor allem durch das verbreitete Verständnis von Eingliederungshilfe geprägt. Wenngleich die Kompetenz der entsprechenden Einrichtungen und Dienste mit Blick auf die konkrete Zielgruppe im Rahmen der durchgeführten Interviews nicht in Frage gestellt wird, so besteht doch die Annahme, dass die eigenen Kompetenzen im Bereich der Eingliederungshilfe zumindest gleichwertig sind. Hieraus folgt die Wahrnehmung, dass Einrichtungen und Dienste für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung sowie deren (ehemalige) Mitarbeiter_innen vor allem als zusätzliche Informationsquelle bedeutsam sind. Geringer wird ihre Bedeutung für die Bearbeitung konkreter Bedarfe bei eigenen Klient_innen eingeschätzt. Dies verhält sich mit Blick auf Akteur_innen des Gesundheitswesens sowie der Pflege deutlich anders. Die Akteur_innen des Gesundheitswesens werden durchgängig als kompetente und zugleich notwendige Kooperationspartner_innen beschrieben. Gleiches gilt für den Bereich der Pflege mit Blick auf komplementäre Unterstützung im individuellen Einzelfall.

Gelingensfaktoren

„Also da haben wir ganz klar ein riesengroßes Defizit. Öffentlichkeitsarbeit.“ (S8, Z. 189)

Ausgehend von der zuvor beschriebenen Gleichzeitigkeit von Konkurrenz und Kooperation innerhalb des eigenen organisationalen Feldes ist davon auszugehen, dass fördernde und hemmende Faktoren für ein gelingendes Erreichen gemeinsamer Ziele des Feldes bestehen. Die Bestimmung entsprechender Faktoren setzt zunächst die Identifikation gemeinsamer Ziele voraus. Dies sind beispielsweise die Gestaltung einer guten Versorgungslandschaft insgesamt sowie die Gewährleistung einer guten Versorgung im Einzelfall. Mit der Versorgung im Einzelfall verbindet sich konkret die Zielsetzung einer möglichst angemessenen Versorgung der eigenen Bestandsklientel. Darüber hinaus besteht das Interesse, die Wahrnehmung der eigenen Klientel im Außenverhältnis zu verbessern. Als bedeutsames Mittel hierzu wird vor allem die Öffentlichkeitsarbeit der Träger wahrgenommen, wenngleich hier einzelne befragte Mitarbeiter_innen sich mehr Engagement ihres Arbeitgebers wünschen (vgl. z. B. S8, Z. 185).

Unter dem Eindruck von Konkurrenz und Kooperation besteht ein zentraler Gelingensfaktor der intra- wie intersektoralen Zielerreichung in einer Zusammenarbeit, die als „vertrauensvoll“ (S7, Z. 97) erlebt wird. Mit Blick auf die intersektorale Zusammenarbeit wird weitergehend eine klare Aufgabenverteilung angemahnt, welche den unterschiedlichen Kompetenzen Rechnung trägt (vgl. z. B. S1, Z. 97).

5.3 Vergleichende Analyse organisationaler Praxis

Die feldbezogenen Auswertungen werden im Folgenden vergleichend zusammenführt.

Zuständigkeit, Zielgruppe und organisationale Wahrnehmung

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich in allen drei untersuchten organisationalen Feldern verfestigte Annahmen der Praktiker_innen über die Zielgruppe der eigenen Organisation erkennen lassen. Damit geht in der Regel eine Abgrenzung zu anderen Zielgruppen einher. Eine entsprechende Abgrenzung erfolgt hierbei dadurch, dass Fachkompetenzen beansprucht werden, die sich auf spezifische Bedarfslagen beziehen. Gleichzeitig besteht die Tendenz, anderen Organisationen in deren Feldern ebenfalls spezifische Fachkompetenzen zuzuschreiben.

Innerhalb einzelner Felder bestärken die Ergebnisse die Notwendigkeit, in der Analyse der Felder zwischen stationären und ambulanten Hilfeformen deutlich zu unterscheiden. Im Bereich ambulanter Dienste erscheint es feldübergreifend so zu sein, dass die Annahmen über die Zielgruppe breiter gefasst sind und Angebote der Organisationen entsprechend deutlich weniger spezialisiert ausfallen. Dies geht einher mit einer höheren Zahl an Schnittstellen zu ambulanten Diensten anderer Felder, mit denen vergleichsweise mehr Kooperationsbeziehungen bestehen, als es zwischen stationären Organisationen der Felder der Fall ist.

Die befragten Praktiker_innen geben an, dass ihre Organisationen die Bedarfe der beschriebenen Zielgruppen durch ihre Fachkompetenzen in den meisten Fällen angemessen abdecken. Es wird aber durchaus auch gesehen, dass in Einzelfällen Probleme auftauchen können, die sich aufgrund von komplexen Anforderungen der Klient_innen ergeben. Als problematisch werden in diesen Fällen fehlendes Wissen, fehlende sachliche Voraussetzungen vor Ort (z. B. Türweite, Barrierefreiheit), rechtliche Vorgaben (z. B. für Behandlungspflege), personelle sowie zeitliche Ressourcen (z. B. für Personen mit herausforderndem Verhalten oder hohem Pflegebedarf) genannt. Gleichzeitig konnten bei den befragten Mitarbeiter_innen übergreifend geteilte grundsätzliche Annahmen über ‚richtige‘ und ‚falsche‘ Platzierungen von Personen mit spezifischen Bedarfsprofilen festgestellt werden.

Innerhalb der einzelnen Felder finden sich Hinweise darauf, dass sich die Einrichtungen und Dienste, ungeachtet verschiedener Trägerschaften, konzeptionell und praktisch sehr ähnlich sind. Dies kann als Anzeichen für isomorphe Entwicklungen gedeutet werden (vgl. DiMaggio/Powell 1991, S. 67). Hierfür finden sich Belege sowohl bei den ambulanten Hilfen als auch im Bereich der stationären Angebote. Dies deutet darauf hin, dass die Besonderheiten einzelner Träger z. B. hinsichtlich weltanschaulicher Ausrichtungen in einem der Hilfesysteme weniger bedeutsam für die Ausgestaltung der Angebote sind als vielmehr das ‚institutionelle Modell‘ (vgl. Schädler 2003, S. 143), das dem jeweiligen Angebotstyp zugrunde liegt. Insbesondere konnte dies am Lebensbereich des Wohnens von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen deutlich gemacht werden. Hieraus ergeben sich weitere Erklärungszusammenhänge für vorhandene Parallelstrukturen in den drei untersuchten organisationalen Feldern.

Handlungsspielraum im Umgang mit Hilfebedarfen

Die Deckung von Hilfebedarfen, deren Art und Schwere zum eigenen Einrichtungstyp in der Selbstzuordnung passt, wird von den Befragten nicht weiter problematisiert. Überwiegend wird

für die konkret im eigenen Angebot betreuten Personen angenommen, dass die jeweiligen Betreuungsformen für diese Personen die Richtigen seien. Die Sensibilität für mögliche Fehlplatzierungen von Personen in der eigenen Einrichtung scheint am ehesten in der Altenpflege ausgeprägt zu sein und bezieht sich z. B. auf Personen, die eigentlich als ‚zu jung‘ für ein Altenheim gelten. Im Bereich der Sozialpsychiatrie ist eine vergleichbar hohe Sensibilität dafür festzustellen, dass eine Veränderung von Hilfebedarfen zu einer möglichen Fehlplatzierung führen könnte oder einen Wechsel (eine Anpassung) der Betreuungsform eher angezeigt erscheinen lässt. Die Befunde deuten darauf hin, dass in der Sozialpsychiatrie eher von einem dynamischen Bedarfsbegriff ausgegangen wird. Dieser wiederum lässt es als sinnvoll erscheinen, ein abgestuftes Unterstützungskonzept vorzuhalten. Zu vermuten ist, dass darin auch der Rehabilitationsauftrag der Sozialpsychiatrie zum Ausdruck kommt. In Einzelfällen kann dies auch dazu führen, dass Hilfeprozesse beendet werden und somit eine Deklientifizierung erfolgt. Im Bereich der Behindertenhilfe lässt sich ein solcher Anspruch allenfalls in Ansätzen feststellen. Vielmehr ist der Anspruch erkennbar, eine gesicherte Unterbringung der Klient_innen lebenslang zu gewährleisten. Im Hintergrund besteht offenbar noch immer die Erwartung, dass dem stationären Wohnbereich eine familienersetzende Funktion zukommt.

Es finden sich für alle drei Felder Beispiele dafür, dass Klient_innen zwischen Organisationen weiterverwiesen werden. Zugleich bestehen auch Tendenzen, Betreuungsverhältnisse eigener Klient_innen möglichst lange aufrecht zu erhalten. Auslöser von Verweisescheidungen ist offensichtlich die Annahme, dass die Angebote der eigenen Organisation für die betroffenen Klient_innen nicht (mehr) passend erscheinen. Auffällig ist, dass in den oben genannten Fällen auch Verweise an Organisationen erfolgen, von denen wiederum angenommen wird, dass sie vorhandene Bedarfe ebenfalls nicht vollständig abdecken können. Hier scheinen Praktiker_innen vor dem Hintergrund mangelnder Alternativen auf das ‚geringste Übel‘ einer Platzierung der Klient_innen zurückzugreifen. Wird beispielsweise angenommen, dass die Organisation den Bedarfen eines jungen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und hohem Pflegebedarf nicht gerecht wird, so kommt es vor, dass als Reaktion die Routine ‚Verweis an ein Altenheim‘ abgerufen wird.

Weiterhin ist zu beobachten, dass die Unterscheidung zwischen Neu- und Bestandsfällen im Umgang mit komplexen Bedarfen eine weitreichende Bedeutung hat. Im Datenmaterial finden sich Anzeichen dafür, dass Klient_innen mit komplexen Bedarfen, die als Neufälle mit Aufnahmeanfragen auf Einrichtungen und Diensten zukommen, mit höherer Wahrscheinlichkeit von diesen abgelehnt oder weiterverwiesen werden. Demgegenüber wird berichtet, dass Personen, die bereits betreut werden und bei denen vergleichbar schwierige Bedarfslagen auftreten, sehr häufig in den Einrichtungen verbleiben können. Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen im Umgang mit ähnlich gearteten Bedarfslagen lassen auf erhebliche Handlungsspielräume schließen, die Ansatzpunkte für Gestaltungsstrategien aufzeigen.

Bei der Zusammenschau der Interviewergebnisse fällt auf, dass die Skripts der professionellen Helfer_innen, auf die diese bei der Einschätzung von Unterstützungsbedarfen zurückgreifen,

feldübergreifend offensichtlich primär einer Platzierungslogik folgen. Typisch sind Formulierungen wie ‚Dann kommt Herr X in die Einrichtung X‘ oder ‚Dann passt Frau Y ins Betreute Wohnen‘. Nur sehr vereinzelt zeigen sich Routinen, die auf die Entwicklung eines Unterstützungsarrangements durch mehrere Leistungserbringer und/oder informelle Ressourcen im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens ausgerichtet sind. Hier spiegeln sich vielleicht auch verinnerlichte Organisationsinteressen wider, denen zufolge die abrechenbaren Leistungen an Klient_innen so lange wie möglich im Rahmen der eigenen Trägerorganisation erbracht werden sollen. Das Feld der Sozialpsychiatrie zeigt hier am ehesten Tendenzen zur Entwicklung von Unterstützungsarrangements, die sich auf mehrere Anbieter stützen. Dies ist möglicherweise auch durch die feldhistorisch gegebene gemeindepsychiatrische Orientierung bedingt, die sich u. a. auf Kooperationskonzepte stützt. Insgesamt aber scheint nach Ansicht der Praktiker_innen feldübergreifend ein Verständnis zu dominieren, wonach die Fachkompetenzen der einzelnen Anbieterorganisationen im Regelfall nur die angemessene Unterstützung der jeweils eigenen Zielgruppe gewährleisten können. Wenn die Grenzen der eigenen Handlungsreichweite überschritten werden, führt dies zu Verunsicherung und Ratlosigkeit. Organisations- oder feldübergreifende Fallkonferenzen bei komplexen Fallkonstellationen, die neue Arrangements oder veränderte Settings erfordern, sind eher selten und nicht Teil der Routinen im örtlichen Hilfesystem.

Im Spannungsfeld zwischen der Motivation von Fachkräften und ihren dienstlichen Vorgaben scheinen die befragten Organisationen auch im Hinblick auf die Erbringung komplexer Unterstützung deutlich flexibler, als die Schilderungen der befragten Praktiker_innen bezüglich ihrer Zielgruppe zunächst vermuten lassen. Um Klient_innen, die bereits betreut werden, trotz verändertem Hilfebedarf weiter betreuen zu können, berichten Praktiker_innen aller drei Felder von Anstrengungen, die über die Grenzen ihrer ursprünglich formulierten Handlungsreichweite hinausgehen. Dabei werden auch feldübergreifende Ressourcen aktiviert. Bei Neuaufnahmen werden Klient_innen mit komplexeren Bedarfen entsprechend eines angenommenen Primärbedarfes ausgewählt, was bei der Annahme einer Sektoralisierung der Felder folgerichtig erscheint. Auffällig ist zudem, dass in keiner Situation auf die Möglichkeit zur Initiierung eines feldübergreifenden Hilfeplanverfahrens hingewiesen wird. Übergreifende Formen der Steuerung durch Kostenträger scheinen nicht Teil der Handlungsroutinen zu sein.

Ökonomisierungseffekte

Es wird davon ausgegangen, dass der Bereich der Sozialen Dienste insgesamt seit Anfang der 1990er-Jahre durch Ökonomisierungstendenzen beeinflusst wurde. Damit gemeint sind einerseits Prozesse der ‚Verbetriebswirtschaftlichung‘ nach innen und der ‚Vermarktlichung‘ nach außen (vgl. Heinze/Schmidt/Strünck 1997). Diese Prozesse schlagen sich auch in der Ausgestaltung der helfenden Beziehung zu Klient_innen nieder. In den Vordergrund tritt demnach der Dienstleistungscharakter in den Interaktionen mit Klient_innen, wobei diese Interaktionen nach Vertragsprinzipien organisiert werden und die Aushandlung und Vereinbarung von Leistungen und Kosten umfassen. In den Interviews zeigt sich, dass die hier untersuchten Felder in unterschiedlichem Maße von Ökonomisierungstendenzen durchdrungen sind (vgl. z. B. P3, Z. 57).

Für das Feld der Pflege lassen die Interviews eine ganz offene Bezugnahme der Professionellen im Umgang mit Klient_innen auf finanzielle Aspekte erkennen. Dies ist auch umgekehrt der Fall. Ganz selbstverständlich wird mit Klient_innen über die Kosten und Finanzierung der durch die eigene Organisation angebotenen Leistungen gesprochen. Es gehört zu den selbstverständlichen Handlungsrountinen des Feldes, Kostenvoranschläge zu unterbreiten und die Klient_innen zu Fragen von Finanzierungsmöglichkeiten zu beraten. Die Gründe hierfür sind sicherlich in der Leistungslogik der Pflegeversicherung (SGB XI) zu suchen, die im Vergleich zum sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis der Eingliederungshilfe nach SGB XII eher ein ‚Kund_innen-Lieferant_innen-Verhältnis‘ entstehen lässt. In den über Eingliederungshilfe nach SGB XII finanzierten Feldern der Behindertenhilfe oder der Sozialpsychiatrie ist den Interviewergebnissen zufolge in der Praxis von solchen Ökonomisierungsphänomenen wenig zu erkennen. Sieht man von der Verwendung des ‚Kund_innenbegriffs‘ (vgl. z. B. B1, Z. 16; B5, Z. 483) für Klient_innen bei einigen Anbieterorganisationen ab, so lässt sich aus den Interviewergebnissen heraus vermuten, dass die Ökonomisierungseffekte sich in den beiden letztgenannten Feldern bisher auf formale Verwaltungsabläufe begrenzen und die Praxis weitgehend unberührt gelassen haben. Fragen zur Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII werden in der direkten Beziehung zwischen Professionellen und Klient_innen jedenfalls nicht thematisiert. Im Unterschied zur Pflege werden bei der Planung von Leistungen in der Eingliederungshilfe meist keine Bezüge zu entstehenden Kosten hergestellt.

Laut den befragten Praktiker_innen aus dem Feld der Pflege scheint es durchaus regelmäßig vorzukommen, dass Klient_innen mittels Pflegeratings oder Kranken- bzw. Pflegekassen an Informationen über einzelne Organisationen gelangen. In der Pflege wird vermutlich aufgrund der stärkeren ökonomischen Ausrichtung explizit die Vorgabe verfolgt, Verbraucherinformationen (Schulnoten) zur Verfügung zu stellen und eine organisationale Orientierung an Qualitätsmaßstäben öffentlich zu transportieren. Erstaunlicherweise ist dies in den Bereichen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie nicht in vergleichbarer Art und Weise der Fall. Hier werden die Informationen zwar über die WTG-Behörden systematisch gesammelt und als Ergebnisberichte öffentlich zugänglich gemacht. Diese Berichte weisen jedoch in Form und Inhalt den Charakter von bürokratischen Prüfberichten auf, nicht aber von niedrigschwelligen Verbraucherinformationen.

Kooperation

Im Rahmen der Interviewerhebung wurden die beteiligten Praktiker_innen hinsichtlich ihrer Kooperationspraxis befragt. Feldübergreifend berichten die befragten Praktiker_innen von positiven Kooperationserfahrungen mit anderen Akteur_innen, wobei die Ausgestaltung dieser Kooperationen zwischen den drei Feldern unterschiedlich ausfällt. Die Ergebnisse der Interviews lassen darauf schließen, dass diesbezüglich besonders der sozialpsychiatrische Dienst des Kreises (SPDi) eine zentrale und feldübergreifend relevante Stellung einnimmt. Dies ist auch konzeptionell laut entsprechenden Darstellungen des Kreises im Hinblick auf folgende drei Funktionen beabsichtigt (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2017b):

- (1) direkte Interventionen: Krisenintervention bei akutem Hilfebedarf, Deeskalation, ggf. „Mitwirkung bei Unterbringungsmaßnahmen“ (Kreis Siegen-Wittgenstein 2017b, S. 10)
- (2) Informationsvermittlung: Erst- und längerfristige Beratung von Menschen mit psychischen Problemen, Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen sowie Angehörigen und des sozialen Umfeldes, darüber hinausgehende fachliche Beratung anderer Dienste und Institutionen und entstigmatisierende Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Kreis Siegen-Wittgenstein 2017b, S. 9-11)
- (3) „Netzwerkkompetenz“ (Kreis Siegen-Wittgenstein 2017b, S. 10): Weiterverweis von Kooperationskontakten und „Koordination der anbieterunabhängigen Einzelfall-Hilfeplanung“ (Kreis Siegen-Wittgenstein 2017b, S. 9)

Die von den befragten Personen beschriebene, handlungspraktisch relevante Stellung des SPD_i kann damit zusammenhängen, dass eine verlässliche Erreichbarkeit des SPD_i gegeben ist, die wiederum mit der Vorgabe der Stelle zusammenhängt, auch in Fragen der Krisenintervention unmittelbar kontaktiert werden zu können. Zudem ist der SPD_i in einer dezentralen Struktur im Kreisgebiet organisiert, die sich in Regionalstellen und Außensprechzeiten sowie in der aufsuchenden Tätigkeit niederschlägt (Kreis Siegen-Wittgenstein 2017b, S. 7). Die große Bedeutung des SPD_i als Kooperationspartner für Organisationen aus allen Feldern kann sich auch dadurch erklären, dass dieser nicht als Konkurrenz zu eigenen Angeboten anfragender Einrichtungen und Dienste wahrgenommen wird.

Laut den Interviews scheinen die Senioren-Service-Stellen, die bei den kreisangehörigen Kommunen bestehen, für die Handlungspraxis der befragten Personen (z. B. im Betreuungs- und Pflegealltag) feldübergreifend nur eine vergleichsweise geringe Rolle zu spielen. Allerdings bestehen hierbei deutliche Unterschiede zwischen den Kommunen. Während einzelnen Senioren-Service-Stellen keine Bedeutung zugeschrieben wird, werden andere stärker von den Praktiker_innen als Quelle von Angeboten wahrgenommen. Eine Kooperation mit den Senioren-Service-Stellen als dezentrale Beratungsleistung findet selbst im Feld der Pflege nicht ausgeprägt statt. Gründe für die geringe praktische Relevanz der Senioren-Service-Stellen könnten in einem ungeklärten inhaltlichen Aufgabenverständnis der einzelnen Stellen sowie in einer nicht hinreichend geklärten Rolle im Verhältnis zu anderen Beratungsstellen des Kreises und den verschiedenen Hilfesystem insgesamt verortet sein. Auch die Pflegeberatungsstelle des Kreises wird in den Interviews von Praktiker_innen nicht als Anlaufstelle für Organisationen aus dem Bereich der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie bei Fragen zum Bereich der Pflege genannt. Im Unterschied zur Beratungsstruktur im Feld der Pflege besteht für das Feld der Behindertenhilfe eine häufig angesteuerte, zentrale und feldübergreifende beratende Stelle in Form der psychiatrischen Institutsambulanz des Kreisklinikums in Siegen. Diese wird von den Befragten bei Fragen zu komplexen Bedarfen im Schnittpunkt von sogenannter geistiger Behinderung und psychischen Problemen genannt.

Sozialräumliche Orientierung

Eine Orientierung der Praxis am sozialen Raum ist laut den Interviews feldübergreifend nur schwach ausgeprägt, wobei sich hier Unterschiede zwischen den Feldern zeigen. Für das Feld der Pflege zeigen sich im Datenmaterial kaum Hinweise auf einen Sozialraumbezug von Routinen, der über die zu erbringenden Leistungen im Wohnkontext hinausgeht. Dies deutet auf eine starke Verrichtungsorientierung der Fachkräfte im Feld der Pflege hin, durch die komplementäre Angebote wie z. B. die Interaktion mit den Klient_innen reduziert erscheinen. Auch die Praktiker_innen in den Feldern der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie berücksichtigen nur vereinzelt Ressourcen im informellen Vor- und Umfeld der Leistungen.

Sowohl die Praktiker_innen der Behindertenhilfe als auch jene der Sozialpsychiatrie scheinen in ihren Handlungsroutinen stärker als das Feld der Pflege auf den Sozialraum der Klient_innen bezogen zu sein. Allerdings finden sich auch hier nur selten Überlegungen zu Unterstützungsarrangements, die informelle Ressourcen im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens berücksichtigen. Niedrigschwellige Informationsangebote werden als Aufgabe aller Organisationen wahrgenommen, wenngleich Praktiker_innen vereinzelt auch darauf verweisen, dass sie keine ‚Werbung‘ für die eigene Organisation machen (vgl. z. B. B1, Z. 18). Zwischen den Feldern lässt sich diesbezüglich wiederum unterscheiden. Organisationen der Pflege weisen einen schwachen Bezug zum Sozialraum der Klient_innen auf und informieren maßgeblich auf Anfrage über das eigene Angebot. Die organisationale Struktur im Feld der Pflege ist hingegen dezentral ausgerichtet und schließt auch trägerunabhängige Beratungsangebote durch die Senioren- und Pflegeberatung des Kreises, die Senioren-Service-Stellen oder die Kranken- bzw. Pflegekassen mit ein. In der Behindertenhilfe schlägt sich der sozialräumliche Bezug von Angeboten in trägereigenen und aufsuchenden Beratungsleistungen sowie den Handlungsroutinen des ambulant betreuten Wohnens nieder. Im Feld der Sozialpsychiatrie zeigen sich darüber hinaus stärkere Tendenzen zur wohnortnahen Öffentlichkeitsarbeit in Form von Kampagnen, visuellen Werbemitteln oder Aktionen von Leistungserbringern sowie ein niedrigschwelliges trägerunabhängiges Beratungsangebot in Form des sozialpsychiatrischen Dienstes.

Professionelles Selbstverständnis

Die Interviews in allen drei Feldern lassen Erkenntnisse zum professionellen Selbstverständnis der befragten Praktiker_innen zu. Hierbei werden sowohl Formulierungen zum eigenen Aufgabenverständnis als auch explizite oder implizite Annahmen über das berufliche Ethos, die an bestimmten Werten und moralischen Überzeugungen orientierte Haltung sowie das Pflichtbewusstsein der Fachkraft berücksichtigt. Es zeichnet sich ab, dass der professionelle Hintergrund von Praktiker_innen beim situativen Abruf von Skripten hinter die organisationale Logik zurücktritt. Unterschiedliche Berufsgruppen scheinen innerhalb einer Organisation auf ähnliche Skripte und geteilte Annahmen zuzugreifen. Im Datenmaterial finden sich wie bereits oben beschrieben feldübergreifend auch Anzeichen für eine Isomorphie von Organisationen. Aus diesem Grund kann angenommen werden, dass institutionalisierte Regeln sich in einem organisationalen Feld

mittelbar auf das professionelle Selbstverständnis von Praktiker_innen auswirken, indem sie deren Praxis formen. Diese Wechselwirkung läuft jedoch nicht völlig reibungslos ab. So finden sich im Datenmaterial auch Indikatoren für vereinzelte Abweichungen von bekannten Skripts oder reflexive Prozesse, die möglicherweise zukünftig auf Änderungen der momentan bestehenden Skripts hinauslaufen können. Ein Beispiel hierfür stellen die Schilderungen der stationären Pflege als zu vermeidende, ausweglose Lebenssituation dar, die sowohl aus Organisationen der Pflege selbst formuliert werden („Wenn die Menschen in einer Einrichtung landen, also das finde ich so traurig“, P9, Z. 81) als auch feldübergreifend in Organisationen der stationären Behindertenhilfe zur Abgrenzung von der eigenen, als qualitativ hochwertiger eingeschätzten, Arbeit bestehen.

Im Zuge der zunehmenden Professionalisierung und Akademisierung von Pflege ist anzunehmen, dass Praktiker_innen bezüglich der organisationalen Handlungspraxis, der erzwungenen Verrichtungsorientierung und ideeller Ansprüche z. B. einer aktivierenden Pflege vermehrt Diskrepanzen wahrnehmen. Dies wird in den Interviews insofern bestätigt, als dass das professionelle Selbstverständnis von Praktiker_innen der Pflege darauf ausgerichtet zu sein scheint, die Auflösung der sozialen Bezüge der Klient_innen zu verhindern und aktivierend zu handeln, während gleichzeitig aber die organisatorischen Vorgaben die alltägliche Praxis verrichtungsorientiert erzwingen. In der Sozialpsychiatrie beschreiben Praktiker_innen stationäre Wohnsituationen im Vergleich hierzu als Übergangslösung und formulieren ein Selbstverständnis, das einem rehabilitativen Verständnis der eigenen Tätigkeit folgt. Die Angebote der Sozialpsychiatrie werden hierbei als Teile eines Rehabilitationsprozesses verstanden, die in einer Gesundung der Klient_innen münden sollen. Ein Dilemma scheint an dieser Stelle die widersprüchliche, geteilte Annahme von Praktiker_innen zu sein, dass die ursprüngliche Übergangslösung des Wohnens in einem stationären Einrichtungskontext durchaus als dauerhafte Wohnlösung der Klient_innen praktiziert und akzeptiert wird.

Aus den Interviews lassen sich für die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Annahmen zum professionellen Selbstverständnis ableiten, die auf ein dauerhaftes stationäres Wohnumfeld für die Klient_innen und eine von Sicherheit geprägte familienartige Atmosphäre ausgerichtet sind. Dies spiegelt sich auch in dem hohen Anteil dort beschäftigter Nichtfachkräfte wider. Ein Problembewusstsein der Praktiker_innen aus dem Feld der Behindertenhilfe für eine Diskrepanz von organisationaler Handlungspraxis und professionellen Anforderungen ist in den Interviews nur schwach ausgeprägt, während ein hohes Maß an Identifikation mit institutionellen Vorgaben festzustellen ist. Es ist außerdem bemerkenswert, dass aus Richtung der Behindertenhilfe die Zuschreibung an die Pflege gerichtet wird, die Klient_innen ausschließlich „satt und sauber“ (B3, Z. 182; vgl. auch B5, Z. 721) zu halten und darüber hinausgehende Unterstützung nicht leisten zu können:

„[...] die praktische Arbeit von Pflegediensten vor Ort, die ist natürlich genauso wie im stationären Kontext geprägt von Zeitmangel und sehr viel Eile und Stress der Mitarbeiter. Das nehmen wir auch schon so wahr. Deswegen ist es ja auch für viele Personen mit einer körperlichen Beeinträchtigung kaum möglich, über die reine Unterstützung durch einen Pflegedienst wirklich selbstbestimmt zu agieren und wirklich Bedarfe abzudecken [...]“ (B2, Z. 63)

Entwicklungspotenziale professioneller Praxis

Die befragten Personen beschrieben in den Interviews sowohl Defizite, die sich auf Kooperations- und Vernetzungspraktiken sowie strukturelle Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit beziehen, als auch deutliche Entwicklungspotenziale und Verbesserungsmöglichkeiten. Dies ist in den Feldern jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Im Feld der Sozialpsychiatrie werden darüber hinausgehende, klient_innenbezogene Gelingensfaktoren einer erfolgreichen Unterstützung formuliert, die sich auf die Verbesserung der Wahrnehmung ihrer Klientel im Außenverhältnis und die Entstigmatisierung psychischer Probleme und Störungen bezieht. Im Feld der Pflege beziehen sich einige Gelingensfaktoren zudem auf die wahrgenommene Notwendigkeit der ‚Imagepflege‘ und der Entkräftigung von Vorurteilen gegenüber der eigenen Organisation sowie auf die Verbesserung der Wahrnehmung des Feldes insgesamt im Außenverhältnis. Die Dissonanz zwischen bürokratischen Vorgaben, wie z. B. hohem Aufwand für die Dokumentation verrichtungsorientierter Praxis, und dem professionellen Anspruch, den Bedürfnissen der Klient_innen gerecht zu werden, belastet die Professionellen hier zusätzlich. Als zentrale feldübergreifende Entwicklungspotenziale werden ausreichendes und qualifiziertes Personal, frühzeitige und multiperspektivische Kommunikation sowie vorgehende und umfassende fallbezogene Information identifiziert. Die beschriebenen Defizite lassen Anstrengungen als sehr begründet erscheinen, die auf eine bessere sozialräumliche Kooperation, Vernetzung und entsprechende Koordination abzielen.

6 Fazit

6.1 Zusammenfassung der Gesamtergebnisse

Zielsetzung des Forschungsprojekts KoKoP war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Möglichkeiten für Kommunen im Zusammenspiel mit den lokal relevanten Akteuren bestehen, die örtliche Ausgestaltung von Teilhabeleistungen in der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie zu optimieren. Unter Rückgriff auf neoinstitutionalistische Annahmen zur Wirkungsweise organisationaler Felder sollten mögliche Sektoralisierungsphänomene, Kooperationsbedarfe und Koordinationspotentiale in den genannten Feldern untersucht werden. Zudem war von Interesse, wie professionelle Hilfen stärker mit informellen Ressourcen im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens verknüpft werden können.

Zu diesem Zweck wurden im Kreis Siegen-Wittgenstein als einem vergleichsweise typischen nordrhein-westfälischen Flächenkreis exemplarisch insgesamt vier empirische Untersuchungen durchgeführt: eine regionale Analyse der Entwicklungspfade in den untersuchten Feldern, eine Bewohner_innenbefragung in einer kreisangehörigen Kommune, eine schriftliche Befragung von Einrichtungen und Diensten sowie leitfadengestützte Interviews mit Mitarbeitenden in Anbieterorganisationen der drei Felder. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchungen in einer Gesamtschau zusammengefasst:

Die hier exemplarisch untersuchten organisationalen Felder der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie sind durch anhaltende Reformbestrebungen und aktuelle gesetzliche Änderungen auf Bundes- und Landesebene gekennzeichnet. Diese stellen die Akteure im kommunalen Raum immer wieder vor die Herausforderung, ihre Strukturen und Handlungsrouninen entsprechend anzupassen und örtliche Praktiken weiterzuentwickeln. Die Felder verfügen über spezifische leistungsrechtliche Rahmenvorgaben, die jeweils Rechtsansprüche für Leistungsberechtigte regeln, die die Zuständigkeiten der jeweiligen Sozialverwaltung festlegen und die über vertragliche Regelungen die Aufgaben der Anbieter im Leistungsgeschehen formulieren. Zwar ist eine zunehmende Verschränkung der leistungsrechtlichen Grundlagen zwischen den Sektoren festzustellen. Dennoch lassen sich die drei Felder sowohl anhand ihrer konzeptionellen als auch anhand ihrer strukturellen Entwicklung vor Ort empirisch voneinander abgrenzen. Die Sektoralisierung zeigt sich, neben der der leistungsrechtlichen Zuordnung, auch bei den Zielgruppen der Angebote, den dort beschäftigten Berufsgruppen und in den von Ihnen praktizierten Routinen.

Der Zugang zu den Hilfesystemen für Leistungsberechtigte erfolgt über unterschiedliche und sektorspezifische Verfahren. Zum Beispiel erfolgt der Zugang zum Hilfesystem Wohnen im Bereich der Eingliederungshilfe sowohl für sogenannte geistig behinderte Menschen als auch für seelisch behinderte Menschen derzeit über dasselbe Clearingverfahren des überörtlichen Sozialhilfeträgers, allerdings in getrennten Hilfeplankonferenzen. Vertreter_innen der Pflegekassen oder andere Akteur_innen aus der Pflege sind nicht einbezogen. Umgekehrt werden auch bei

der Bedarfsfeststellung und der Pflegeplanung im Bereich der Pflegeleistungen nach SGB XI in der Regel keine Verknüpfungen zur Eingliederungshilfe hergestellt.

Im Rahmen der hier vorgestellten Untersuchungen zeigen sich hinsichtlich der Zugänge zu den Leistungssystemen in allen drei betrachteten Feldern Bedarfe für eine verbindlichere Koordination, zumal nicht wenige Personen mehrere Leistungssysteme gleichzeitig nutzen. Dieser Aspekt bedarf künftig einer vertiefenden Beachtung bei der Neugestaltung der Zugangsverfahren zu Leistungen der Eingliederungshilfe (Gesamtplanverfahren nach SGB IX).

Die Mehrzahl der Einrichtungen und Dienste geht davon aus, dass ihnen eine vollständige Deckung bestehender Hilfebedarfe eigener Klient_innen überwiegend gelingt. Zugleich werden jedoch Probleme hinsichtlich unvollständiger Bedarfsdeckungen sichtbar. Probleme entstehen in Anbieterorganisationen vor allem dann, wenn Klient_innen gleichzeitig Bedarfslagen aufweisen, die typischerweise in unterschiedlichen Feldern bearbeitet werden. Dazu gehören insbesondere erhebliche pflegerische Bedarfe. Wie die vertiefende qualitative Untersuchung gezeigt hat, bestehen bei den Mitarbeitenden der Einrichtungen und Dienste verfestigte Annahmen hinsichtlich der Zielgruppe des eigenen Angebots. Dies geht einher mit klaren Vorstellungen über die eigenen Fachkompetenzen sowie über die Kompetenzen der Akteur_innen anderer Felder. Einschätzungen (potenzieller) Nutzer_innen ergaben, dass die bestehenden Angebote als eher starr, unzureichend familienorientiert und zu wenig flexibel wahrgenommen werden. Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung deuten darauf hin, dass Einrichtungen und Dienste eher innerhalb bestehender Sektorengrenzen Flexibilität und Kooperation entwickeln als sektorübergreifend. Dies scheint jedoch aus Nutzer_innenperspektive nicht in allen Fällen ausreichend zu sein. Dabei traten jedoch auch erhebliche Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Formen der Hilfe zutage. So gelten fallbezogene Kooperationen innerhalb des ambulant betreuten Wohnens und ambulanten Pflegediensten durchaus als üblich, während Kooperationen zwischen stationären Settings verschiedener Felder als eher unbekannt eingeschätzt werden.

Zur Bearbeitung von komplexen Unterstützungsbedarfe bei einzelnen Personen können Einrichtungen und Dienste miteinander kooperieren. Wenn Einrichtungen und Dienste dieselben Personen versorgen, entsteht Koordinationsaufwand sowohl zwischen den Anbieterorganisationen als auch in der Zusammenarbeit mit den Leistungsberechtigten, ihren Angehörigen bzw. rechtlichen Betreuer_innen. Die Bewältigung der damit verbundenen Aufgaben (Terminkoordination, Vor- und Nachbereitung von Treffen, Überprüfung der Absprachen etc.) ist häufig nicht Teil der Praxisroutinen, und der Kooperationsaufwand ist nicht ohne weiteres abrechenbar. Dennoch wird dieser Form der Kooperation feldübergreifend eine hohe Bedeutung zugemessen.

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung zeigen zudem Entwicklungsbedarfe bei feldübergreifenden Kooperationen. Demnach können die gegenwärtig bestehenden Kooperationsstrukturen die geschilderten Probleme bei Menschen mit feldübergreifenden Unterstützungsbedarfen nicht hinreichend kompensieren. Denkbar erscheint, den Kooperationsaspekt ver-

stärkt im Rahmen integrierter Planungsprozesse zum Gegenstand zu machen. Das kann bedeuten, Akteure der unterschiedlichen Felder gezielt miteinander zu vernetzen. Vor diesem Hintergrund lohnt ein vergleichender Blick auf gegebene Planungsstrukturen und Planwerke.

Es bestehen in der Untersuchungsregion in allen drei Feldern unterschiedlich ausgeprägte Planungstraditionen, Planungslogiken, Planungsstrukturen und Planwerke, meist ohne Querbezüge. Diese spiegeln auch unterschiedliche gesetzliche Vorgaben zur kommunalen Planungsverantwortung wider. Im Feld der Behindertenhilfe und in der Sozialpsychiatrie liegt im Hinblick auf die überörtliche Zuständigkeit der Eingliederungshilfe eine besondere Herausforderung in der Kooperation zwischen kommunaler Ebene und Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL). Allerdings werden durch das BTHG und die erweiterten Leistungen nach den Pflegestärkungsgesetzen auch die Pflegeleistungen nach SGB XI eine größere Rolle spielen können. In der Sozialpsychiatrie kommt der Verknüpfung zwischen psychiatrischen Behandlungsleistungen nach SGB V und Leistungen der Eingliederungshilfe eine besondere Bedeutung zu, die Verknüpfungen zur kommunalen Gesundheitsplanung erforderlich macht.

Im untersuchten Kreis Siegen-Wittgenstein ist in allen drei Feldern eine grundsätzliche Offenheit für kommunale Planungsprozesse festzustellen. Von der damit verbundenen Bereitschaft der Akteur_innen, sich auf weitere Planungsprozesse einzulassen, kann insbesondere dann ausgegangen werden, wenn in der Vergangenheit positive Planungserfahrungen gemacht werden konnten. Im Kreis Siegen-Wittgenstein gilt dies insbesondere im Feld der Pflege. Im Bereich der Behindertenhilfe überwiegt bei den Anbieterorganisationen eine positive Wahrnehmung der überörtlichen Zuständigkeit für den Bereich der Eingliederungshilfe. Dies steht für die Einrichtungen und Dienste des Feldes jedoch nicht in Widerspruch zu der Einschätzung, dass kommunale Planungsprozesse ebenfalls eine hohe Bedeutung haben. Gefragt sind folglich Ansätze, die beide Handlungsebenen sinnvoll miteinander verknüpfen. Dies kann insbesondere auch für das Feld der Sozialpsychiatrie gelten, aus dem heraus die überörtliche Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) deutlich kritischer beurteilt wird.

Die Trägerstruktur der drei Felder unterscheidet sich sowohl in ihrer Pluralität, als auch in den vorhandenen Rechtsformen, der regionalen Ausrichtung, dem Angebotsspektrum, der geografischen Verteilung im Kreisgebiet und der feldübergreifenden Orientierung. Das Feld der Pflege tendiert dazu, sich mit seinen Planungsaktivitäten und Angeboten im herkömmlichen Sinne als Altenpflege zu verstehen und sich sowohl gegenüber pflegebedürftigen jüngeren Personen als auch gegenüber pflegebedürftigen Personen mit Behinderung oder chronischer psychischer Erkrankung abzugrenzen. Umgekehrt werden von der Behindertenhilfe konzeptionell und praktisch kaum Verknüpfungen zur Altenhilfe und Pflege gesucht, wenn es um die Entwicklung von Angeboten für alt werdende und alte Menschen mit Behinderungen geht. In der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie sind in Siegen-Wittgenstein vergleichsweise wenige, aber größere und breiter aufgestellte Träger aktiv, während in der Pflege die allgemein höhere Anzahl größerer, mittlerer und kleinerer Anbieter kennzeichnend ist, mit einem vergleichsweise hohen Anteil privat-gewerblicher Anbieter_innen. Das Feld der Sozialpsychiatrie ist besonders stark von einer

regionalen Verbundenheit der Trägerlandschaft geprägt, die sich aus Fach- und Selbsthilfeinitiativen heraus entwickelt hat. Dies gilt ähnlich für die Behindertenhilfe, wenn auch hier wie in der Pflege durch das höhere Hinzukommen überregional tätiger Anbieterorganisationen kommunale Loyalitäten relativiert wurden.

Integrierte kommunale Planungsansätze stehen vor der Herausforderung, die räumliche Orientierung der Praxis voranzubringen: Dies gilt gleichermaßen für den individuellen Sozialraum der Klient_innen als auch für die Bezugnahme auf kommunale Planungsräume. Der Einfluss lokaler feldspezifischer Entwicklungspfade zeigt sich im Kreis Siegen-Wittgenstein nicht zuletzt anhand der bestehenden Beratungsstrukturen in den drei hier betrachteten Feldern. Dezentrale Beratungsstrukturen bestehen insbesondere in der Pflege und Sozialpsychiatrie. Es finden sich in allen drei Feldern Beratungsangebote freier Träger, die sich in Siegen-Wittgenstein räumlich stark auf die Stadt Siegen konzentrieren. Bei diesen Beratungsstellen zeigen sich Tendenzen, Beratung mit engem Blick auf das eigene Leistungsangebot und nicht trägerübergreifend durchzuführen. Beratungsangebote in öffentlicher Trägerschaft sind im Bereich der Pflege und im Bereich der Sozialpsychiatrie dezentral in den kreisangehörigen Kommunen vorhanden. Im Unterschied dazu sind trägerunabhängige Beratungs- und Informationsstellen im Bereich der Behindertenhilfe nicht in vergleichbarem Maße verfügbar. Dies kann dazu führen, dass in ländlichen Regionen sozialräumliche Ressourcen nicht hinreichend beachtet werden und eine Unterversorgung mit spezielleren Angeboten nicht auszuschließen ist.

Generell ist zu vermuten, dass die zunehmende Verschränkung der leistungsrechtlichen Grundlagen in den einzelnen Feldern sich auf die Entwicklung der Angebotsformen auswirkt. Dies zieht allgemein auch veränderte Beratungs- und Informationsbedarfe bei ratsuchenden Personen nach sich, die mehr als bisher feldübergreifend zu beantworten sind. Vermutlich werden künftig die Problemlagen von Personen zunehmen, die bereits jetzt Angebote aus mehreren Leistungsbereichen in Anspruch nehmen. Gerade dieser Personenkreis benötigt eine umfassende und leistungsbereichsübergreifende Beratung. Aus der Perspektive (potenzieller) Nutzer_innen kann gezeigt werden, dass mit Blick auf Beratungsangebote, sofern vorhanden, tendenziell Dienste und Stellen im eigenen Sozialraum präferiert werden (z. B. Beratungsstellen, Filialen oder Hotlines von Krankenkassen, Ärzt_innen). Dies gilt, wenn auch aufgrund von Stigmatisierungsängsten im Bereich der Sozialpsychiatrie eingeschränkt, für alle Felder. Den übergreifenden Beratungsanspruch kann die bestehende Beratungslandschaft jedoch aufgrund von Sektoralisierung sowie aufgrund feldspezifischer Entwicklungspfade nicht hinreichend einlösen. Es bleibt abzuwarten, ob die kürzlich neu geschaffene Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) hier neue Antworten im Sinne einer Entspezialisierung des Beratungsangebots entwickeln kann.

Vor diesem Hintergrund zeigt sich die Notwendigkeit integrierter Koordinations- und Planungsanstrengungen, die die verschiedenen regionalen Handlungsebenen und Felder miteinander verknüpfen. Dabei scheint es geboten, den Kreis als koordinierenden Partner in den Mittelpunkt zu rücken und gleichzeitig zusammen mit den kreisangehörigen Kommunen dezentrale Pla-

nungsräume zu bilden, die das Hilfe- und Leistungsgeschehen stärker sozialräumlich strukturieren können. Dies begründet sich auch durch das Interesse potenzieller Klient_innen, lieber Angebote in sozialräumlicher Nähe zu nutzen, da sich diese besser mit informellen Unterstützungsformen verbinden lassen. Internetgestützte Angebote erscheinen umso mehr eine sinnvolle Ergänzung zu sein, je stärker sie sich in die bestehenden sozialräumlichen Verwobenheiten einfügen.

Vor diesem Hintergrund wird im abschließenden Empfehlungsteil u. a. vorgeschlagen, in kommunenübergreifenden Planungsräumen des Kreisgebiets sogenannte ‚Teilhabezentren‘ zu schaffen. Diese hätten die Funktion, als ‚Kristallisationspunkte‘ für Teilhabefragen den gestiegenen Bedarf an Beratungsleistungen so weit wie möglich sozialräumlich zu organisieren und bisher getrennt organisierte Anlauf-, Informations- und Beratungsangebote verschiedener Felder zusammenzuführen.

Für die Umsetzung solcher Strukturveränderungen ist es hilfreich, wenn die Kreisebene, wie im Kreis Siegen-Wittgenstein, mit ihren bisherigen Angeboten einerseits von den potenziellen Nutzer_innen als kompetent wahrgenommen und andererseits von den Einrichtungen und Diensten feldübergreifend als legitimer Akteur anerkannt wird. Als koordinierender Partner, der die Interessen des Gemeinwohls vertritt, ist er in der Position, kreisbezogene Aktivitäten auf einzelne Planungsräume zu beziehen und dennoch übergreifend kommunalpolitisch zu verknüpfen.

6.2 Handlungsempfehlungen für kommunale Teilhabepolitik

Im Kontext des Verständnisses von Behinderung als erschwerter Teilhabe identifizieren die vorgelegten Untersuchungsergebnisse zahlreiche Schnittstellen und ungenutzte Kooperationspotentiale zwischen den Feldern der Behindertenhilfe, Pflege und Sozialpsychiatrie. Offensichtlich ist, dass mit einer verstärkten Umsetzung des Vorrangs offener und ambulanter Hilfen die Ausgestaltung sozialräumlicher Bedingungen und eine bewusste Vernetzung der Hilfen vor Ort einhergehen müssen.

Je sozialräumlicher die Unterstützungsaktivitäten für Menschen mit Behinderungen und/oder Pflegebedarf ausgerichtet werden, desto mehr erscheinen die Grenzen der einzelnen Felder artifiziell und werden oft für lebensweltlich orientierte Hilfeleistungen zum Problem. Angesichts gemeinsamer inklusiver Aufgabenstellungen, ähnlicher Probleme und gleicher Lösungsstrategien werden leistungsbereichsübergreifende Planungsansätze sinnvoll, die weniger nach Zielgruppen als vielmehr auf Sozialräume hin strukturiert sind. Eine Herausforderung wird künftig darin bestehen, Lösungswege für die Frage zu erschließen, wie durch sozialräumliche Planung und Koordination die professionelle Leistungserbringung mit informellen Ressourcen im Vor- und Umfeld des Leistungsgeschehens verknüpfen kann.

Personal und Profession

In den Feldern der Pflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie dominieren in den professionellen Angeboten bestimmte Berufsgruppen. Für den Bereich der Pflege handelt es sich hierbei um Personen mit pflegerischer und hauswirtschaftlicher Qualifikation bzw. Orientierung, im Bereich der Behindertenhilfe um Personen mit sozialpädagogischer bzw. heilpädagogischer Qualifikation bzw. Orientierung und im Bereich der Sozialpsychiatrie um Personen mit sozialpädagogischer, sozialtherapeutischer bzw. rehabilitativer Qualifikation bzw. Orientierung. Sämtliche Felder sind von einem Fachkräftemangel betroffen, der sich in den kommenden Jahren verstärken wird. In allen drei Feldern werden Überlegungen zu feldübergreifender und zu einem gewissen Grad entspezialisierter Aus- und Weiterbildung von Professionellen formuliert.

Nutzung informeller Ressourcen

Die Nutzung informeller Ressourcen im Vor- und Umfeld professioneller Hilfen spielt besonders im Bereich der Pflege bereits jetzt eine große Rolle und wird in organisierten Hilfearrangements von Fachleuten mehr oder weniger bewusst einbezogen. So sind z. B. Angehörige der Pflegebedürftigen oft umfassend in die Hilfearrangements mit einbezogen. Dies ist im Bereich der Sozialpsychiatrie etwas weniger und im Bereich der Behindertenhilfe aufgrund einer ausgeprägteren stationären Logik deutlich weniger der Fall. Das Umfeld des unmittelbaren Leistungsgeschehens weist in der Pflege und Sozialpsychiatrie eine große Vielzahl an Initiativen, Vereinen, Verbänden, Projekten, Selbsthilfegruppen und öffentlichkeitswirksamen Kampagnen auf. Es bleibt zu untersuchen, welche Bedeutung informellen Ressourcen im Vor- und Umfeld von Hilfen durch relevante Akteur_innen der Felder zugemessen wird und ob sich diesbezüglich bereits, möglicherweise auch feldübergreifend, Kooperationen entwickelt haben.

Im Folgenden werden Ansatzpunkte für eine feldübergreifende kommunale Teilhabepolitik skizziert.

Ansatzpunkte für eine feldübergreifende kommunale Teilhabepolitik

- Stärkung kommunaler Zuständigkeiten und Verhandlungsmacht

Anzustreben ist eine Erweiterung kommunaler Zuständigkeiten für individuelle Leistungsansprüche von Bürger_innen in den Bereichen, die für die Ausgestaltung eines inklusiven Sozialraums bedeutsam sind (z. B. Rechtsansprüche auf Eingliederungshilfe, auf Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, auf Altenhilfe) bei gleichzeitiger Übertragung der dafür erforderlichen Finanzmittel auf die Kommunen. Die im Pflegestärkungsgesetz III intendierte Stärkung kommunaler Planungs- und Steuerungsaufgaben im Pflegebereich sowie die mit gleicher Zielstellung im LAG BTHG geschaffene Kooperationsverpflichtung der Kommunen mit den überörtlichen Sozialhilfeträgern im Bereich der Eingliederungshilfe sollten einhergehen mit dem Ausbau qualifizierter Sozialplanungskapazitäten in den kommunalen Verwaltungen.

- **Herstellung gemeinsamer Verantwortung bei kommunaler Koordination**

Anzustreben ist ein ‚aktivierendes Kooperationsmodell‘, d. h. ein verbindlicher institutioneller Rahmen, in dem unter Federführung der kommunalen Gebietskörperschaften Vertreter_innen von Sozialleistungsträgern, Anbieter_innen von Einrichtungen und Diensten und von Betroffenenorganisationen gemeinsam proaktiv Verantwortung für die inklusionsorientierte Weiterentwicklung des örtlichen Gemeinwesens übernehmen können. So könnten lokale Standards für Dienste und Einrichtungen formuliert werden, die im Sinne einer kommunalen Versorgungsverpflichtung zur Deckung örtlicher Bedarfe benötigt werden. Solche Eignungskriterien könnten u. a. auch Aussagen über Hilfeformen und Qualitätsanforderungen beinhalten. Zu diesem Zweck ist nach Formen zu suchen, wie die bestehenden kommunalen Gesundheits-, Pflege- und Behindertenkonferenzen oder die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften wirksam verknüpft bzw. durch gemeinsame sozialräumlich strukturierte Gremien ergänzt, teilweise evtl. auch ersetzt werden können.

- **Fachplanungen integrieren, entspezialisieren und in gemeinsame sozialraumbezogene sowie spezifische Bereiche strukturieren**

Anzustreben ist eine teilweise Entspezialisierung der Fachplanungen für verschiedene Leistungsbereiche. Dies kann dadurch geschehen, dass die Planungsaktivitäten sich an einer gemeinsamen Sozialraumstruktur orientieren und so z. T. Synergien bei der Datenerhebung und -auswertung ermöglicht werden. Dies schafft die Voraussetzung, um bei der Ausgestaltung von individuellen Unterstützungsarrangements feldübergreifende Kooperationsmöglichkeiten identifizieren zu können, und gibt Hinweise auf nahräumliche Defizite im Hilfesystem.

- **Präventive und auf das Vor- und Umfeld professioneller Leistungen bezogene Hilfen stärken**

Anzustreben ist, dass sich die Planungen in den Bereichen, die für die kommunale Teilhabepolitik relevant sind, u. a. auch systematisch mit Möglichkeiten befassen, wie durch Maßnahmen zur Verbesserung der sozialräumlichen Infrastruktur und durch abgestimmte präventive Angebote im sozialen Nahraum eine vorzeitige Klientifizierung von Personen auch mit geringem Unterstützungsbedarf vermieden werden kann.

- **Individuelle Teilhabeplanung bzw. Gesamtplanung nach SGB IX sozialraumorientiert gestalten und mit Beratungsangeboten der Altenhilfe und Pflege verknüpfen**

Anzustreben ist, dass die Aufgaben der individuellen Teilhabeplanung/Gesamtplanung sowie der individuellen Pflegeplanung sozialräumlich gestaltet werden, d. h., dass sowohl der Teil der individuellen Bedarfsermittlung als auch der Teil der Leistungsfestlegung auf einer systematischen Erkundung sozialräumlicher Ressourcen des bzw. der Leistungsberechtigten beruht.

- **Planungsräume festlegen und sozialräumliche Beratungsangebote mit Querschnittscharakter institutionalisieren („Teilhabezentren“)**

Anzustreben ist, die verschiedenen professionellen Handlungsfelder institutionell besser zu verknüpfen und in einen gemeinsamen sozialräumlichen Bezug zu bringen. Hierzu bietet es sich an, insbesondere den gestiegenen Bedarf an Beratungsleistungen so weit wie möglich sozialräumlich zu organisieren und bisher getrennt organisierte Anlauf-, Informations- und Beratungsangebote verschiedener Felder zusammenzuführen. Hierzu könnten die Kreise unter Einbeziehung der kreisangehörigen Gebietskörperschaften in einem abgestimmten Vorgehen Planungsräume definieren und darin jeweils ein „Teilhabezentrum“ als „Kristallisationspunkt“ für die Belange behinderter und pflegebedürftiger Personen entwickeln. Das Teilhabezentrum wäre mit einer regionalen Teilhabekoordinator_in auszustatten und gemeinsam von Kreis, kreisangehörigen Kommunen und Pflegekassen zu finanzieren. Die Arbeit der Teilhabezentren könnte durch die Kreisverwaltung koordiniert werden.

Die Festlegung der entsprechenden Kreisregionen (Planungsräume) für ein Teilhabezentrum, bestehend evtl. aus mehreren kreisangehörigen Kommunen, könnte sich an historisch gewachsenen Strukturen, geografischer Nähe oder an bestehenden Verwaltungseinteilungen (z. B. Jugendamtsbezirken) orientieren.

Bei der Schaffung eines „Teilhabezentrums“ geht es darum, die schon vorhandenen Angebote stärker aufeinander zu beziehen bzw. ihnen ein Dach zu geben, um für Ratsuchende oder Leistungsberechtigte die Zugänge zu Unterstützungsangeboten zu erleichtern. Die bestehenden Anlaufstellen in den Kommunen und auf Kreisebene sollen daher bewusst einbezogen werden.

Durch koordinierte Aktivitäten verschiedener Stellen könnten in einem regionalen Teilhabezentrum folgende Aufgaben geleistet werden:

- Information und Beratung von Leistungsberechtigten und ihren Angehörigen im Bereich Behinderung, Pflegebedürftigkeit und sozialpsychiatrischer Unterstützung; durch „Pflegeberatungsstellen“/Pflegestützpunkte sowie durch Sprechstunden der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), des Integrationsfachdienstes nach dem SGB IX, durch Beratungsangebote im Bereich Erziehung, Bildung, Teilhabe, durch Beratungsangebote im Bereich Demenz oder durch Beratungsangebote von Selbsthilfeinitiativen;
- individuelle Teilhabeplanung/Gesamtplanung für Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe aus dem Planungsraum;
- Aufbau eines kreisweit und auf Planungsräume bezogenen, internetgestützten Informationsportals;

- Beratung im Gemeinwesen zur Herstellung von Barrierefreiheit und Zugänglichkeit von Einrichtungen für die Allgemeinheit und öffentlicher Infrastruktur;
 - Unterstützung und Begleitung von Selbsthilfegruppen und ehrenamtlichen Initiativen sowie Aktivierung von sozialräumlichen Ressourcen;
 - Lobbyarbeit zugunsten behinderter und pflegebedürftiger Menschen im politischen Raum;
 - im Teilhabezentrum räumliche Möglichkeiten für Gruppentreffen und kleinere Veranstaltungen anzubieten.
- **Etablierung von ‚Teilhabe-Konferenzen mit Teilhabebudgets‘ in Kreisregionen**

Parallel dazu wäre zu prüfen, ob unter Federführung der Kommunen in den regionalen Planungsräumen der Kreise eine ‚Teilhabe-Konferenz‘ gebildet werden kann, in der alle im Planungsraum tätigen Einrichtungen und Dienste sowie andere interessierte Akteur_innen auf der Grundlage einer Interessensbekundung mitwirken können. Alternativ können sich auch bestehende lokale Gremien themenspezifisch öffnen. Aufgabe solcher Teilhabe-Konferenzen wäre es u. a., örtliche Probleme der Hilfesysteme und Barrieren der örtlichen Infrastruktur zu thematisieren und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln. Es wäre zu prüfen, ob der Teilhabe-Konferenz vonseiten des Kreises und der beiden Kommunen ein jährliches Teilhabebudget zur Verfügung gestellt werden kann, mit dem Maßnahmen und Projekte zur Teilhabeförderung finanziert werden können. Die Vertreter_innen der Teilhabe-Konferenz sollten jährlich in den Gremien der betreffenden Kommunen und dem Kreis zur Entwicklung der Situation und Teilhabe behinderter, psychisch kranker und pflegebedürftiger Menschen in ihrem Planungsraum berichten. Die Teilhabe-Konferenzen könnten Unterarbeitsgruppen bilden, die dauerhaft oder befristet bestimmte Themenschwerpunkte bearbeiten.

6.3 Reflexion des Forschungsdesigns und Forschungshorizont

Im Rückblick kann bestätigt werden, dass das Forschungsdesign des Projekts sehr ambitioniert gestaltet war. Bereits im Forschungsverlauf wurde deutlich, dass nicht alle Einzelaspekte gleichermaßen zufriedenstellend bearbeitet werden konnten. Der formulierte Anspruch, sowohl system- und praxis- als auch subjektbezogene Erkenntnisse zur Erklärung der Struktur und Konsequenzen organisationaler Felder der Pflege/Altenhilfe, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in einem ausgewählten Flächenkreis Nordrhein-Westfalens zu gewinnen, entwickelte eine doch überraschende Komplexität. Das Forschungsteam versuchte, dem durch die methodische Verschränkung quantitativer und qualitativer Untersuchungsschritte gerecht zu werden. Im Nachhinein wäre vielleicht eine Fokussierung auf weniger Untersuchungsabschnitte zielführender gewesen, um dem sich immer größer werdenden ‚Berg‘ an Datenmaterial noch gerechter werden zu können.

Andererseits konnten doch weiterführende Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie sich die Felder der Pflege/Altenhilfe, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in einem ausgewählten Flächenkreis Nordrhein-Westfalens entwickelt haben und wie sich diese zueinander verhalten. Im Zuge der quantitativen Untersuchungen konnten diesbezüglich zentrale Merkmale zur Unterscheidung der Felder identifiziert werden: der leistungsrechtliche Rahmen von Organisationen, die Zielgruppe von Organisationen sowie die in Organisationen beschäftigten Berufsgruppen und die jeweils praktizierten Feldroutinen. Mittels des vertiefenden Forschungsansatzes der qualitativen Untersuchung konnten insbesondere die Handlungsroutinen von Praktiker_innen in den Feldern untersucht werden. Im Ergebnis gelang es, die Sektoralisierungsthese für die einzelnen Felder auch empirisch zu untermauern, wenn auch Befunde über deutliche Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Praxis innerhalb den einzelnen Feldern eine eindeutige Felddefinition erschwerten. Die Unterschiedlichkeit dieser Routinen lässt sich beispielsweise bezüglich der Ökonomisierung von Handlungspraktiken im Feld der Pflege, einer segregierenden Lebensgestaltung von Klient_innen im stationären Kontext im Feld der Behindertenhilfe oder eines rehabilitativen Praxisverständnisses im Feld der Sozialpsychiatrie feststellen.

Die Ergebnisse des KoKoP-Projekts stärken die Vermutung, dass sich die Handlungsroutinen von Fachkräften in allen drei organisationalen Feldern an feldspezifischen Skripts orientieren. Die Frage nach der Entwicklung entsprechender Skripts wiederum wurde versucht, theoretisch im Kontext mit einer organisationalen Pfadbildung zu erklären, im Verlauf derer sich anhand einer Abfolge von Handlungsversuchen und entsprechend „positiven Rückkopplungsprozessen“ (vgl. z. B. Schreyögg 2014, S. 6ff.) in der Hilfepraxis eine organisational einheitliche Sammlung von situativen Skripts herausgebildet und zunehmend verfestigt hat. Diese Überlegung der organisationalen Pfadabhängigkeit könnte auch zur Erklärung des Befunds herangezogen werden, dass die befragten Praktiker_innen auftretende Probleme im Kontext komplexer Hilfebedarfe eher entsprechend einer Platzierungslogik (d. h. durch Verweise an andere Einrichtungen und Dienste) aufzulösen versuchen als durch Aktivierung sozialräumlicher Ressourcen.

Im Rahmen einer Repräsentativerhebung wurde in einem weiteren Teilprojekt versucht, Hinweise auf die Folgen der tendenziellen Sektoralisierung der Felder der Pflege/Altenhilfe, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in einer ausgewählten kreisangehörigen Kommune im ländlichen Raum zu gewinnen. Die durchaus aufwendige Untersuchung hat zu Ergebnissen mit beachtlichem Erklärungsgehalt geführt, da Licht auf den Zusammenhang zwischen der Notwendigkeit für rat- und hilfesuchende Personen, selbst aktiv zu werden, und der (mangelnden) Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit von Anlaufstellen geworfen werden konnte. Dies wiederum ermöglichte es, einige zentrale Empfehlungen zu formulieren, wie sich kommunale Koordinationsprozesse vonseiten der Kreisebene mit kreisangehörigen Städten und Gemeinden sowie umgekehrt aus Sicht einer kreisangehörigen Kommune mit der Kreisebene ausgestalten ließen, um einzelne Fachplanungen stärker aufeinander beziehen und sozialräumlich strukturieren zu können.

In der Zusammenschau haben sich die im KoKoP-Projekt unternommenen Bemühungen, Erkenntnisse neoinstitutionalistischer Theoriebildung für versorgungspolitische und fachliche

Analysen und kommunale Strategiebildungen nutzbar zu machen, einerseits als lohnenswert erwiesen. Es konnten auch wertvolle methodische Erfahrungen gewonnen werden, etwa im Hinblick auf die Erfassung von Handlungsskripts bei Praktiker_innen verschiedener Felder durch die Verschränkung schriftlicher Befragungen und Interviews. Andererseits wurde durch die gegebene Begrenzung des Forschungszeitraums und verfügbarer Ressourcen deutlich, dass an zahlreichen Stellen, die auch für die weitere Theoriebildung wichtig sind, Vertiefungen nicht hinreichend geleistet werden konnten. Dies gilt etwa für die spezifische Ausprägung der Koppelung zwischen Pfadvorgaben in den genannten Feldern und deren Ausgestaltung durch feldangehörige Organisationen, weiter für das Verhältnis von Organisationsvorgaben und dem tatsächlichen Verhalten der Praktiker_innen oder auch für die Bedingungsbeziehungen für erfolgreiche organisationale Lernprozesse, mit denen fachliche Innovationen aufgegriffen und umgesetzt werden. Diesen Zusammenhängen weiter durch empirische Forschung nachzugehen, ist vor allem dann von Interesse, wenn Versorgungssysteme – wie hier empfohlen – tatsächlich stärker als bisher kommunal koordiniert, ortsnah organisiert und sozialräumlich strukturiert werden sollen.

Literatur

- Aktionsgemeinschaft zur Förderung psychisch Behinderter Warstein e. V. (1998): Aktionsgemeinschaft zur Förderung psychisch Behinderter Warstein e. V. In: Westfälische Klinik Warstein für Psychiatrie und Psychotherapie. Das Klinik-Magazin 01/1998, S. 39, https://www.lwl.org/klinik_warstein_bilder/global/flyer-shop/10083.pdf (Zugriff: 31. Jan. 2017).
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2012): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003). Hg. v. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Vorsitzende: Dr. Monika Stolz, Baden-Württemberg, https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf (Zugriff: 31. Jan. 2017).
- Bandura, Albert (1997): Self-Efficacy. The Exercise of Control, New York: W.H. Freeman and Company.
- Blumer, Tim/Renneberg, Babette (2010): Lebt es sich im Internet leichter? Borderline-spezifische Kognitionen und Internetnutzung. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58, Nr. 1, S. 55-62.
- Bradl, Christian (1991): Anfänge der Anstaltsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung („Idiotenanstaltswesen“). Ein Beitrag zur Sozial- und Ideengeschichte des Behindertenbetreuungswesens am Beispiel des Rheinlands im 19. Jahrhundert, Frankfurt: Afra-Verlag
- Brettschneider, Antonio/Klammer, Ute 2017: Kommunalisierung der Sozialpolitik – Chancen für präventive Konzepte? In: ZSR 2017 63, Nr. 2, S. 141-156, DOI 10.1515-/zsr-2017-0009.
- Brückner, Burkhard (2010): Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie. Basiswissen 20, Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2017): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsmarkt im Überblick – Berichtsmonat März 2017 - Nordrhein-Westfalen, Bundesland, https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Nordrhein-Westfalen-Nav.html?year_month=201703 (Zugriff: 11. Apr. 2017).
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2017): Raumordnungsbericht 2017 – Daseinsvorsorge sichern, <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/2017/rob-2017-final-dl.pdf> (Zugriff: 28. Juni 2018).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 11. Auflage, Berlin, <https://www.pflege->

charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf (Zugriff: 27. Apr. 2017).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017): Die Pflegeversicherung, <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html> (Zugriff: 30. März 2017).

Bundesrepublik Deutschland (2008). Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesgesetzblatt, 35, 1419-1457.

Bundesrepublik Deutschland (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf;jsessionid=5557FAF415BBF1DD7175921F3F73FE04?__blob=publicationFile&v=7 (Zugriff: 20. Apr. 2017).

Burzan, Nicole (2016): Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods, Wiesbaden, Basel: Beltz Juventa.

Clausen, Jens/Eichenbrenner, Ilse (2010): Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen, Stuttgart: Kohlhammer.

Deschka, Karin/Deschka, Marc (2016): Wörterbuch Pflege pocket. Medizinischer Grundwortschatz und Fachwörterlexikon für Pflegeberufe. 1. Auflage Dez. 2013, aktual. Nachdr. Febr. 2016, Grünwald: Börm Bruckmeier.

Deutscher Bundestag (2016): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland ‚Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften‘ und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 18/10210, 02.11.2016, Berlin, https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1493751502&hash=23268633a1288c9b6e6693a2205d1dc0c7590ba5&file=fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf (Zugriff: 02. Mai 2017).

Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit (2014): Zusammenfassung der wichtigsten Positionen aus der Stellungnahme des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) zum Ersten Pflegestärkungsgesetz - PSG I. (Ausschussdrucksache 18(14)0049(38) gel. VB zur Anhörung am 24.09.14_Pflegestärkungsgesetz 23.09.2014), https://www.bundestag.de/blob/330434/7fc305e8d742a4d8ce832b6de43ea578/18_14_0049-38-_bundesverband-privater-anbieter-sozialer-dienste-e-v---bpa--pdf-data.pdf (Zugriff: 20. Mai 2017).

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2017): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. German Modification. Version 2018, <http://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/> (Zugriff: 31. Jan. 2017).
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Kreisverband Siegen-Wittgenstein e. V. (o. J.): Beratung zur Pflegeversicherung. URL: <http://www.siegen-wittgenstein.drk.de/angebote/senioren/haeusliche-pflege/beratung-zur-pflegeversicherung.html> (Zugriff: 26. Apr. 2017).
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (2017): Archiv. Kommunale Sozialplanung vor neuen Aufgaben, Themenheft 1, 2017.
- Diakonie in Südwestfalen gGmbH (2017): Psychiatrie-Erfahrene weisen Wege aus seelischen Krisen. 13.04.2017, <http://www.diakonie-sw.de/details/psychiatrie-erfahrene-weisen-wege-aus-seelischen-krisen/> (Zugriff: 28. Apr. 2017).
- Dieckmann, Friedrich/Schäper, Sabine/Thimm, Antonia/Dieckmann, Petra/Dluhosch, Sandra/Lucas, Aline (2016): Die Lebenssituation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/soziales-broschuere-lebenssituation-aelterer-menschen-mit-behinderung-bf-job-pdf/von/die-lebenssituation-aelterer-menschen-mit-lebenslanger-behinderung-in-nrw/vom/staatskanzlei/2127> (Zugriff: 10. Mai 2017).
- Diekmann, Andreas (2009): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 20. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- DiMaggio, Paul J.; Powell, Walter W. (Hrsg.) (1991): The New Institutionalism in Organizational Analysis, Chicago: The University of Chicago Press.
- DiMaggio, Paul J. (1986): Structural Analysis of Organizational Fields: A Blockmodel Approach. In: Staw, Barry M./Cummings, L. L. (Hrsg.): Research in Organizational Behavior, 8. Auflage, Greenwich, Connecticut/London: JAI Press, S. 335-370.
- DiMaggio, Paul J./Powell, Walter W. (1983): The Iron Cage Revisited. Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. In: American Sociological Review 48, Nr. 2, S. 147-160, <https://www.ics.uci.edu/~corps/phaseii/DiMaggioPowell-IronCageRevisited-ASR.pdf> (Zugriff: 02. Nov. 2016).
- Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (2017): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 7. Auflage, Marburg: Selbstverlag.
- Engelmann, Dirk/Gohde, Jürgen/Künzel, Gerd (2015): Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmeier, Adelheid/Greß, Stefan/Schwinger, Antje (Hrsg.):

- Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit, 1. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S. 155-164.
- Feichter, Martina (2016): Pflegebedürftigkeit feststellen – der Ablauf. Hrsg. v. NetDoktor.de GmbH, <http://www.netdoktor.de/Gesund-Leben/Alter+Pflege/Pflegefall/Pflegebeduerftigkeit-feststell-6184.html>, zuletzt aktualisiert am 19.12.2016 (Zugriff: 26. Apr. 2017).
- Flick, Uwe (2013): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 276-285.
- Forschungskolleg der Universität Siegen (FoKoS) (2015): Endbericht Forschungsprojekt. Demografischer Wandel und regionale Entwicklungschancen (demorec). Unter Mitarbeit von Uwe Hunger, Menderes Candan, Bernhard Rath, Sandra Güttler, Kirsten Hoesch, Marlene Neumann und Manuel Erdmeier, Siegen, <https://www.uni-siegen.de/fokos/forschungsprojekte/demorec/demorec.pdf> (Zugriff: 01. Feb. 2017).
- Gemeinde Burbach (o. J.): Senioren-Service, <https://www.burbach-siegerland.de/B%C3%BCrger-Gemeinde/B%C3%BCrger/Senioren-Service> (Zugriff: 27. Apr. 2017).
- Gesundheitsausschuss des Kreises Siegen-Wittgenstein (2017): Niederschrift über die 12. öffentliche Sitzung des Gesundheitsausschusses vom Mittwoch, den 29.11.2017, Sitzungsraum 1317, Kreishaus in Siegen, Koblenzer Straße 73, https://sitzungsdienst.kdz-ws.net/gkz110/sdnetrim/UGhVM0hpd2NXNFdFcExjZbmfIIS-UG_gifyX3l0gsHovsAjmeb3wJ-cLkAOiDHgz/Oeffentliche_Protokollunterlagen_Gesundheitsausschuss_29.11.2017.pdf (Zugriff: 11. Sept. 2018).
- Gesundheitsausschuss des Kreises Siegen-Wittgenstein (2016): Niederschrift über die 6. öffentliche Sitzung des Gesundheitsausschusses vom Mittwoch, den 02.03.2016, Gebäude H, Raum UG 200, Klinik Wittgenstein in Bad Berleburg, Sählingstraße 60, https://sitzungsdienst.kdz-ws.net/gkz110/sdnetrim/Lh0LgvGcu9To9Sm0NI.Ha.GWq8Tq8Sj1Kg1HauCWqBZo5Ok8KnyJbxIWtAWv4Qo0Le.NayCXuCWn4Oi0Lg-lbvDauHTp8To1Ok0HbwHau8Vt6Pi6Km0GbyGar8Um5Pm4KezJezIWtFU5Qn4OfyGauDWu8WGJ/Oeffentliche_Protokollunterlagen_Gesundheitsausschuss_02.03.2016.pdf (Zugriff: 28. Apr. 2017).
- Giddens, Anthony (1984): The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration, Cambridge: Polity Press.
- Heinrich, Stephanie/Nickel, Witiko/Brähler, Elmar (2013): Pflegeberatung aus Sicht ratsuchender Bürgerinnen und Bürger. Eine qualitative Erfassung von Beratungsanliegen und Informationsbedürfnissen. In: Informationsdienst Altersfragen 40, Nr. 1, S. 3-9.
- Hellwig, Uwe (2018): Herausforderungen integrierter kommunaler Sozialplanung. In: Schädler, Johannes/Reichstein, Martin (Hrsg.): Sektoralisierung als Planungsherausforderung im inklusiven Gemeinwesen, Siegen: Universi-Verlag, S. 41-51.

- Hoberg, Rolf/Klie, Thomas (2015): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Erster Teil: Zwischen Cure und Care, Kommunen und Sozialversicherung. In: Sozialer Fortschritt 64, Nr. 1-2, S. 27-33, <http://ejournals.duncker-humboldt.de/doi/pdf/10.3790/sfo.64.1-2.27> (Zugriff: 02. Nov. 2016).
- Herzog, Kerstin/Kunhenn, Jacqueline/May, Michael/Oelerich, Gertrud/Schaarschuch, Andreas/Streck, Rebekka (2018): Beschränkungen des Nutzens Sozialer Arbeit. In: Stehr, Johannes/Anhorn, Roland/Rathgeb, Kerstin (Hrsg.): Konflikt als Verhältnis – Konflikt als Verhalten – Konflikt als Widerstand, Wiesbaden: Springer VS, S. 83-103.
- Hummel, Konrad (1998): Öffnet die Altersheime! Gemeinwesenorientierte ganzheitliche Sozialarbeit mit alten Menschen, 4. überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- IH-NRW-Forschungsgruppe (IH-NRW) (2005): Hilfen zum selbständigen Wohnen im Kreis Siegen-Wittgenstein vor der Zuständigkeitsveränderung (30.06.2003). Forschungsprojekt ‚Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand‘. Überarbeitete Version vom 02.03.2005, Siegen, 30.06.2003, <http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/Dokumente/SI02-03-05-neu.pdf> (Zugriff: 10. Apr. 2017).
- Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main (www.innovative-gesundheitsmodelle.de) (o. J.): Zukunftsinitiative 2020 Siegen-Wittgenstein, http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de/modelle/-/asset_publisher/ubf7syrf6E2N/content/zukunftsinitiative-2020-siegen-wittgenstein (Zugriff: 20. Mai 2017).
- Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS) (2015): Focus Migration. Kurzdossier Migration und Pflege. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), August 2015, <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/210999/migration-und-pflege> (Zugriff: 11. Apr. 2017).
- INVEMA e. V. (2017): Bereich Freizeit, <http://invema-kreuztal.de/angebot/freizeit/> (Zugriff: 03. Feb. 2017).
- Klatetzki, Thomas (2003): Skripts in Organisationen. Ein praxistheoretischer Bezugsrahmen für die Artikulation des kulturellen Repertoires sozialer Einrichtungen und Dienste. In: Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik, Opladen: Leske + Budrich (Lehrtexte Sozialpädagogik), S. 93-118.
- Klatetzki, Thomas/Ashauer, Marco (2002): Handlungsrouninen in Integra-Projekten. ZPE-Schriftenreihe Nr. 12, Siegen.
- Klee, Ernst (2009): ‚Euthanasie‘ im NS-Staat. Die ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens‘, ungekürzte Ausgabe, 12. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer.

- Kreis Siegen-Wittgenstein (2017a): Pflegebedarfsplan für den Kreis Siegen-Wittgenstein 2017 - Prognosezeitraum 2020 -. Dezernat III Schule, Bildung, Soziales, Jugend und Gesundheit, Siegen, https://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170_4130_1.PDF?1507275557 (Zugriff: 10. Sept. 2018).
- Kreis Siegen-Wittgenstein (2017b): Konzeption Sozialpsychiatrischer Dienst, Siegen, http://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170_3457_1.PDF?1496043399 (Zugriff: 16. Mai 2018).
- Kreis Siegen-Wittgenstein (2016a): Pflegebedarfsplan für den Kreis Siegen-Wittgenstein 2016 - Prognosezeitraum 2019 -. Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit, Siegen, http://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170_2190_1.PDF (Zugriff: 31. Jan. 2017).
- Kreis Siegen-Wittgenstein (2016b): Zahlenspiegel Kreis Siegen-Wittgenstein. Der Landrat Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung – Statistikservice, http://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170_15_1.PDF (Zugriff: 01. Feb. 2017).
- Kreis Siegen-Wittgenstein (2016c): Zahlen, Daten, Informationen. Der Landrat Amt für Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung, Siegen, http://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170_14_1.PDF (Zugriff: 31. Jan. 2017).
- Kreis Siegen-Wittgenstein (2014): Siegen-Wittgenstein macht sich auf den Weg – Inklusion ist unsere Herausforderung. 1. Inklusionsbericht für den Kreis Siegen-Wittgenstein 2014, Siegen, http://www.siegen-wittgenstein.de/media/custom/2170_2002_1.PDF (Zugriff: 31. Jan. 2017).
- Kreisklinikum Siegen (o. J.): Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Ambulantes Angebot, <https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-psychotherapie-und-psychotherapie-und-psychotherapie-und-psychotherapie/leistungsspektrum/ambulantes-angebot/> (Zugriff: 28. Apr. 2017).
- Kreistag des Kreises Siegen-Wittgenstein (2015): Gesundheitsausschuss am 10.06.2015. Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstattung. Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 59/2015 1. Ergänzung, Siegen, https://sitzungsdienst.kdz-ws.net/gkz1110/sdnetrim/Lh0LgvGcu9To9Sm0NI.HaylYu8Tq8Sj1Kg1HauCWqBZo5Ok8Knyl-guDWsCSn4Qm0Le-le1CXuCWn4Oi0Lg-lbvDauHTp8To1Ok0HbwHau8Vt6Pi7Kj2GJ/Mitteilung_59-2015_1.--Ergaenzung.pdf (Zugriff: 28. Apr. 2017).
- Kuckartz, Udo/Dresing, Thorsten/Rädiker, Stefan/Stefer, Claus (2008): Qualitative Evaluation der Einstieg in die Praxis, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2017): Schwerbehinderte Menschen nach Grad der Behinderung und Geschlecht – kreisfreie Städte und

- Kreise - Stichtag 31.12.2015, Düsseldorf, <https://www.landesdatenbank.nrw.de> (Zugriff: 07. Juni 2017).
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2016): Kommunalprofil Kreis Siegen-Wittgenstein – Langfassung, <https://www.it.nrw.de/kommunalprofil/I05970.pdf> (Zugriff: 29. März 2017).
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2015): Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2014 bis 2040/2060. Unter Mitarbeit von Ulrich Cicholas und Kerstin Ströker. Düsseldorf (Nordrhein-Westfalen: Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Bd. 84), https://www.it.nrw.de/statistik/analysen/stat_studien/2015/band_84/z089201553.pdf (Zugriff: 11. Apr. 2017).
- Landeszentrum Gesundheit (LZG) Nordrhein-Westfalen (2014): Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2014, Bochum, https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/03/html/0308701052014.html (Zugriff: 28. Apr. 2017).
- Landeszentrum Gesundheit (LZG) Nordrhein-Westfalen (2015): Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2013-2015, Bochum, https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/03/html/0308900052015.html (Zugriff: 28. Apr. 2017).
- Lebenshilfe e. V. Siegen (o. J.a): Beratung / Offene Hilfen, <http://www.lebenshilfe-siegen.de/pages/beratung-offene-hilfen.php> (Zugriff: 03. Feb. 2017).
- Lebenshilfe e. V. Siegen (o. J.b): Freizeittreff Regenbogen, <http://www.lebenshilfe-siegen.de/pages/freizeittreff-regenbogen.php> (Zugriff: 03. Feb. 2017).
- Lebenshilfe Wohnen NRW gemeinnützige GmbH/Lebenshilfe Wohnverbund NRW gemeinnützige GmbH (o. J.): Herzlich Willkommen im Lebenshilfe Center Siegen, <https://www.lebenshilfe-nrw-wad.de/ambulante-dienste/lebenshilfe-center-siegen/> (Zugriff: 03. Feb. 2017).
- Mahne, Katharina/Nowossadeck, Sonja (2016): Kenntnis und Nutzung von Senioren- und Pflegeberatungsstellen (DZA-Fact Sheet), Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Masur, Philipp K./Teutsch, Doris/Dienlin, Tobias (2018): Privatheit in der Online-Kommunikation. In: Schweiger, Wolfgang/Beck, Klaus (Hrsg.): Handbuch Online-Kommunikation, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1-29, https://doi.org/10.1007/978-3-658-18017-1_16-1 (Zugriff: 26. März 2019).
- Meyer, John W./Rowan, Brian (1991): Institutionalized Organizations. Formal Structure as Myth and Ceremony. In: Powell, Walter W./DiMaggio, Paul J. (Hrsg.): The New Institutionalism in Organizational Analysis, Chicago, London: The University of Chicago Press, S. 41-62.

- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2017): Krankenhausdatenbank Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, <http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenshausdatenbank/index.php> (Zugriff: 29. März 2017).
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (Hrsg.) (2016): Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/landesgesundheitsbericht-2015/2196> (Zugriff: 29. März 2017).
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2013): Krankenhausplan 2015 NRW. Düsseldorf. URL: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenshausplan-nrw-2015/1617> (Zugriff: 29. März 2017).
- PEPP Pauschalisierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (2012): Definitionshandbuch, https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenshaus/psy/defhandbuch_pepp_2012_13.pdf (Zugriff: 08. Okt. 2018).
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4., erw. Auflage, München: Oldenbourg.
- Rapp-Ridder, Sigrid (2015): Von Baracken zu einem festen Alters- und Pflegeheim. URL: http://www.siwearchiv.de/wp-content/uploads/2015/06/Sigrid_Rapp_Ridder.pdf (Zugriff: 27. März 2017).
- Regus, Michael/Gries, Karsten (2003): Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten ihrer Nutzung im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Qualitätsmanagements. KBPsych. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Siegen, https://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/abgeschlossene/kbpsych/bericht_der_wissenschaftlichen_begleitung.pdf (Zugriff: 28. Apr. 2017).
- Regus, Michael/Gries, Karsten (2005): Psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis. Arbeitshilfe für die Kommunale Gesundheitsberichterstattung mit umfangreichem Materialteil. Hrsg. vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) NRW, Bielefeld, https://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/abgeschlossene/kbpsych/arbeitshilfe_duer_die_kommunale_gesundheitsberichterstattung.pdf (Zugriff: 28. Apr. 2017).
- Rohrmann, Albrecht/Schädler, Johannes/Kempf, Matthias/Konieczny, Eva/Windisch, Marcus (2014): Inklusive Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe. Unter Mitarbeit von Lena Marie

- Frensch und Mario Kaiser. Hrsg. v. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/inklusivegemeinwesen/inklusive_gemeinwesen_planen_final.pdf (Zugriff: 21. Nov. 2016).
- Schädler, Johannes (2003): Stagnation oder Entwicklung in der Behindertenhilfe. Chancen eines Paradigmenwechsels unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit, Hamburg: Kovac.
- Schädler, Johannes (2011): Örtliche Teilhabepanung im ländlichen Raum. In: Lampke, Dorothea/Rohrmann, Albrecht/Schädler, Johannes (Hrsg.): Theorie und Praxis örtlicher Teilhabepanung mit und für Menschen mit Behinderungen, Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 183-198.
- Schädler, Johannes (2017): Entspezialisierung als Perspektive kommunaler Teilhabepanung. In: Heilpaedagogik.de 1/2017, S. 13-18
- Schädler, Johannes/Reichstein, Martin F. (2018). Geschlossene Wohneinrichtungen, ein (neuer) örtlicher Exklusionsbereich? Eine exemplarische Betrachtung zu Tendenzen in der wohnbezogenen Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen, In: Teilhabe 57, Nr. 3, S. 112-118.
- Schnell, Rainer/Hill, Paul B./Esser, Elke (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung, 7., überarb. u. erw. Auflage, München, Wien: Oldenbourg.
- Schreier, Margrit (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: Forum Qualitative Sozialforschung 15, Nr. 1, Art. 18, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3636> (Zugriff: 26. März 2019).
- Schreyögg, Georg (2014): Pfadabhängigkeit und Pfadbruch in Unternehmen. In: Kaiser, Stephan/Kozica, Arjan/Lipowsky, Ursula (Hrsg.): Zukunftsfähige Unternehmensführung zwischen Stabilität und Wandel. zfbf. Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung. Sonderheft 68/14, Düsseldorf: Handelsblatt Fachmedien, S. 1-17.
- Schreyögg, Georg (2013): In der Sackgasse. Organisationale Pfadabhängigkeit und ihre Folgen. In: OrganisationsEntwicklung 1/2013, S. 21-28.
- Schreyögg, Georg/Sydow, Jörg/Koch, Jochen (2003): Organisatorische Pfade – Von der Pfadabhängigkeit zur Pfadkreation? In: Schreyögg, Georg/Sydow, Jörg (Hrsg.): Strategische Prozesse und Pfade. Managementforschung 13, Wiesbaden: Gabler, S. 257-294.
- Scott, W. Richard/Meyer, John W. (1991): The Organization of Societal Sectors. Propositions and Early Evidence. In: Powell, Walter W./DiMaggio, Paul J. (Hrsg.): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago, London: The University of Chicago Press, S. 108-142.
- Stadt Siegen (o. J.): Regiestelle Leben im Alter, http://www.siegen.de/ols/bereiche-institute/?tx_ricools_showorgaeinheit%5Borgaeinheit%5D=95&tx_ricools_showorgaeinheit%5Baction%5D=show&tx_ricools_showorgaeinheit%5Bcontroller%5D=Orgaeinheit&cHash=2828013a7f0d8d3f299543c72be64f22 (Zugriff: 25. Apr. 2017).

- Statistisches Bundesamt (StatBA) (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 18. März 2017).
- Weidner, Frank/Gebert, Anne/Schmidt, Cordula (2011): Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein (POP-SiWi). Entwicklung kommunaler Infrastrukturen mit pflegepräventiven Ansätzen zu Förderung der selbstständigen Lebensführung im Alter (2006 - 2010). Abschlussdokumentation, Köln, http://fweidner.de/app/download/5783908367/6-6_POP-Einf%C3%BChrungste xt.pdf (Zugriff: 31. März 2017).
- Wetzstein, Matthias/Rommel, Alexander/Lange, Cornelia (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: GBE Kompakt 6, Nr. 3, <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf> (Zugriff: 17. Dez. 2018).
- WHO, DIMDI (2017): ICD-10-GM Version 2018. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. German Modification. Version 2018, <http://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/> (Zugriff: 10. Sept. 2018).
- Wirl, Charlotte (2009): Das Internet als Gesundheitsinformationsquelle in der späten Moderne. Zur Nutzung von online Gesundheitsinformationen in der Allgemeinbevölkerung in Österreich (Dissertation). Universität Wien, Wien, http://othes.univie.ac.at/11825/1/2009-12-07_9909456.pdf (Zugriff: 10. Jan. 2019).
- Wirth, Konrad (1982): Inanspruchnahme Soziale Dienste, Frankfurt: Campus-Verlag
- Wirth, Sebastian (o. J.): Geschichte der Diakonie. Hrsg. von Diakoniestationen an der Agger und in Windeck – Diakonie vor Ort gemeinnützige GmbH, <http://diakonie-vor-ort.de/ueberuns/geschichte/> (Zugriff: 27. März 2017).
- Wooten, Melissa/Hoffman, Andrew J. (2017): Organizational Fields. Past, Present and Future. In: Greenwood, Royston/Oliver, Christine/Lawrence, Thomas B./Meyer, Renate E. (Hrsg.): The SAGE Handbook of Institutional Institutionalism, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE Publications, S. 55-74.

Anhang A: Fragebogen zur Bevölkerungsbefragung in A.



Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen untersucht eine Forschungsgruppe der Universität Siegen die Inanspruchnahme sozialer Dienste im ländlichen Raum. Das Projekt wird in Kooperation mit dem Kreis Siegen-Wittgenstein durchgeführt und von der Gemeinde A. offiziell unterstützt.

Sie wurden für die Teilnahme an unserer Befragung zufällig ausgewählt. Insgesamt sollen 903 erwachsene Bürgerinnen und Bürgern der Gemeinde A. befragt werden. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie unser Vorhaben unterstützen würden. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus und senden Sie ihn anschließend bis zum 11. Mai 2018 mit dem beiliegenden Rückumschlag an uns zurück. Sie benötigen zwischen 15 und 20 Minuten Zeit. Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns herzlich.

Nähere Informationen zum Projekt sowie die Ergebnisse unserer Befragungen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.uni-siegen.de/zpe (Stichwort: KoKoP). Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter 0271/740-4388 oder -3465 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Johannes Schädler

Universität Siegen

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste

Hölderlinstraße 3

57076 Siegen



Teil A: Erfahrungen mit sozialen Diensten in der Vergangenheit

A1. Hatten Sie in den vergangenen zwei Jahren privat Kontakt zu sozialen Diensten (z. B. Pflegedienst, Beratungsstellen, Essen auf Rädern, Ambulant betreutes Wohnen, Sozialpsychiatrischer Dienst o. a.)?

Falls nein, fahren Sie bitte mit Frage B1 fort.

Ja

Nein

A2. Zu welchen Diensten und/oder Einrichtungen hatten Sie Kontakt?

Bitte geben Sie hier die Einrichtungen und/oder Dienste an, zu denen Sie Kontakt hatten.

A3. Wie kam dieser Kontakt zustande?

Auf eigene Initiative

Empfehlung von Angehörigen, Freunden oder Bekannte

Empfehlung durch eine Selbsthilfegruppe

Empfehlung durch eine Beratungsstelle

Empfehlung durch einen zuvor genutzten sozialen Dienst

Empfehlung durch Ärzt*innen oder Krankenhäuser

Empfehlung durch eine Anlaufstelle der Gemeindeverwaltung (z. B. Senioren-Service-Stelle)

Empfehlung durch eine Anlaufstelle der Kreisverwaltung (z. B. Senioren- und Pflegeberatung)

A4. Aus welchen Gründen haben Sie den Kontakt aufgenommen?

A5. Wie wichtig waren die folgenden Informationsquellen für Sie?

sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig nicht wichtig habe ich nicht genutzt

Lokale Medien (z. B. Zeitung, Radio, Gemeindeblatt) — — — —



	sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	nicht wichtig	habe ich nicht genutzt
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereine und Verbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religiöse Gemeinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlaufstelle der Gemeinde A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlaufstelle des Kreis Siegen-Wittgenstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Bitte nehmen Sie eine Einschätzung zu den von Ihnen genutzten Einrichtungen und Diensten vor.

Die Einrichtungen und Dienste können bestehende Unterstützungsbedarfe vollständig abdecken.

stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Welche eigentlich erforderlichen Hilfen konnten nicht geleistet werden?

A8. Bitte nehmen Sie eine Einschätzung zu den von Ihnen genutzten Einrichtungen und Diensten vor.

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Die Einrichtungen und Dienste reagieren flexibel auf sich verändernde Unterstützungsbedarfe (z. B. gestiegener Pflegebedarf).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtungen und Dienste stimmen ihre Angebote mit ehrenamtlichen Initiativen (z. B. Mittagstisch, Selbsthilfegruppen) vor Ort ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtungen und Dienste stimmen ihre Angebote mit der familiären Betreuungssituation ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die einzelnen Einrichtungen und Dienste stimmen ihre Angebote mit anderen Einrichtungen und Diensten ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil B: Zukünftige Kontakte zu sozialen Diensten

B1. An wen wenden Sie sich zuerst, wenn Situationen eintreten, in denen Sie für sich selbst oder für eine andere Person pflegerische Hilfe brauchen?

Bitte kreuzen Sie die drei wichtigsten Stellen an.

Angehörige, Freunde oder Bekannte

Selbsthilfegruppe



C2. Wo sehen Sie Lücken oder Mängel?

C3. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Für Menschen mit Behinderungen sind die benötigten Angebote im Kreis Siegen-Wittgenstein ausreichend vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Menschen mit Behinderungen sind die benötigten Angebote in der Gemeinde A. ausreichend vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Wo sehen Sie Lücken oder Mängel?

C5. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Für Menschen mit psychischen Problemen sind die benötigten Angebote im Kreis Siegen-Wittgenstein ausreichend vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Menschen mit psychischen Problemen sind die benötigten Angebote in der Gemeinde A. ausreichend vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6. Wo sehen Sie Lücken oder Mängel?

C7. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Das Internet ist für mich persönlich von großer Bedeutung, wenn es um Informationen über Soziale Dienste geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Informationen im Internet über Soziale Dienste in A. sind hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir Unterstützung wünschen, um hinsichtlich Sozialer Dienste das Internet besser nutzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich würde einen verstärkten Ausbau internetgestützter Informations- und Hilfeangebote begrüßen.

stimme voll zu — stimme eher zu — stimme eher nicht — stimme nicht zu

Teil D: Fragen zur ausfüllenden Person

D1. Sind Sie weiblich, männlich oder anderes?

weiblich
männlich
anderes

D2. Wie alt sind Sie?

20 bis unter 25
25 bis unter 30
30 bis unter 40
40 bis unter 50
50 bis unter 60
60 bis unter 65
65 oder mehr

D3. Haben Sie selbst eine anerkannte Behinderung?

Ja
Nein

D4. Haben Sie selbst einen anerkannten Pflegegrad?

Ja
Nein

Anhang B: Fallvignetten zur qualitativen Untersuchung

Fallvignette 1 – Frau Rusche (B/P)

Frau Rusche ist 48 Jahre alt und lebt zusammen mit ihrem Ehemann in einer kleinen Erdgeschosswohnung in einer Ortschaft im Kreis Siegen-Wittgenstein. Im Alter von 24 Jahren wurde bei Frau Rusche *colitis ulcerosa*, eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, diagnostiziert und fortan therapiert. Seit einem Autounfall vor 16 Jahren ist Frau Rusche zudem Paraplegikerin und nutzt einen Rollstuhl. Sie hat sich nach eigener Aussage ‚ganz gut damit arrangiert‘ und ‚lässt sich nicht kleinkriegen‘. Frau Rusche arbeitet in Teilzeit als Sekretärin bei einem größeren Unternehmen. Hier hat sie aufgrund ihrer Schwerbehinderung über das Integrationsamt eine Arbeitsplatzanpassung – u. a. einen flexibel adaptierbaren Schreibtisch – erhalten.

Bei der Grundpflege und in allen nötigen sonstigen Belangen des Alltags erhält Frau Rusche Hilfe durch ihren Ehemann. Dieser arbeitet – ebenfalls in Teilzeit – bei einer Einzelhandelskette in Siegen. Zusammen unternehmen die beiden Ausflüge, so viel sie können und soweit die eher geringen Einkommen es hergeben. Das Paar hat keine Kinder. Frau Rusche liest sehr gerne Fantasyromane und Bücher skandinavischer Krimiautoren.

Seit Januar 2017 treten verstärkt Beschwerden wie unkontrollierbarer Stuhlgang und ständige Schmerzen auf, die durch Frau Rusches Darmerkrankung verursacht werden. Es zeichnet sich ab, dass in naher Zukunft Teile des Darms entfernt werden müssen und möglicherweise ein künstlicher Darmausgang notwendig wird.

Am Dienstag, dem 07.02.2017, bricht Frau Rusches Ehemann während seiner Arbeit zusammen. Er verstirbt kurz darauf im Krankenhaus als Folge eines gerissenen Hirnaneurysmas.

Fallvignette 2 – Herr Bauschen (SP/P)

Herr Bauschen ist 56 Jahre alt und lebt alleine im zweiten Stock eines Mehrfamilienhauses in Siegen. Dort wird er seit 10 Jahren durch einen Fachdienst betreut, der ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit sogenannter seelischer Behinderung anbietet. Nach eigenen Angaben hat Herr Bauschen seit seinem 15. Lebensjahr regelmäßig große Mengen Alkohol getrunken. Dieses Trinkverhalten hat sich während seiner Berufsausbildung verfestigt.

Bei seinem Erstkontakt mit dem o. g. Fachdienst gab Herr Bauschen an, dass sein Alkoholkonsum seither stetig zugenommen, er jedoch lange ‚immer seinen Job‘ gemacht habe. Vor sechzehn Jahren hat Herr Bauschen seine Anstellung in einem metallverarbeitenden Betrieb in Siegen verloren, nachdem er wiederholt stark alkoholisiert zur Arbeit erschienen war. Seither geht Herr Bauschen keiner Beschäftigung mehr nach. Herr Bauschen war ab seinem 26. Lebensjahr fünf Jahre lang verheiratet. Er hat aus dieser Ehe zwei Kinder. Seine Frau hat sich, nach Aussage von Herrn Bauschen, auch aufgrund seines Alkoholkonsums von ihm getrennt. Zu ihr sowie zu den beiden Kindern besteht kein Kontakt mehr. Nach der Trennung wurde Herr Bauschen, zusätzlich zu seiner Suchterkrankung, zunehmend depressiv. Die depressiven Episoden halten bis heute an. Herr Bauschen befindet sich aus diesem Grund seit mehreren Jahren immer wieder in psychotherapeutischer Behandlung. Seinen Alltag verbringt Herr Bauschen meist allein, wobei er viel fernsieht. Abends trifft sich Herr Bauschen regelmäßig mit Bekannten, mit denen er auch Kneipen besucht.

Am Morgen des 06. Mai 2017 kommt Herr Bauschen gegen 3:00 Uhr stark alkoholisiert nach Hause. Er rutscht kurz vor seiner Wohnungstür auf dem Treppenabsatz aus, stürzt 15 Stufen die Treppe hinunter und schlägt auf dem nächsten Absatz mit dem Kopf auf. Durch den beim Sturz verursachten Lärm wird eine Nachbarin geweckt, die den zunächst bewusstlosen Herrn Bauschen findet und den Rettungswagen alarmiert. Herr Bauschen wird, weiterhin bewusstlos, in das nächstgelegene Krankenhaus transportiert. Im Krankenhaus wird festgestellt, dass er sich bei seinem Sturz zwei Halswirbel gebrochen hat.

Herr Bauschen ist seit seinem Sturz querschnittsgelähmt. Nach einer mehrmonatigen stationären Erstrehabilitation ist er im Alltag sowie im Bereich der Grundpflege dauerhaft auf ein hohes Maß an Unterstützung angewiesen.

Fallvignette 3 – Herr Kerger (B/P)

Herr Kerger ist 61 Jahre alt und lebt seit 23 Jahren in einer vollstationären Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. Die Einrichtung befindet sich in einer Ortschaft im Kreis Siegen-Wittgenstein. Herr Kerger stammt gebürtig aus einer anderen Kommune im gleichen Kreis. Bereits in seiner Jugend wurde bei Herrn Kerger eine kognitive Beeinträchtigung („geistige Behinderung“) festgestellt, wobei die genaue Ursache nicht dokumentiert ist. Er geht in Teilzeit einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen nach. Seit drei Jahren nutzt Herr Kerger im Alltag einen Rollator. Für längere Strecken ist er auf einen Rollstuhl angewiesen. Herr Kerger hat eine große Vorliebe für Blumen und hält sich sehr gerne im Garten auf. Dort beobachtet er auch Vögel.

Im Winter des Jahres 2016 fällt den Mitarbeiter_innen der Wohneinrichtung auf, dass Herr Kerger zunehmend mehr Assistenz im Bereich der Grundpflege benötigt. Auch die Nutzung des Rollators fällt ihm zunehmend schwerer. Am Samstag, dem 3. Dezember 2016, nimmt Herr Kerger an einem Tagesausflug der Wohneinrichtung nach Siegen teil. Beim Aussteigen aus dem Kleinbus der Wohnstätte stürzt er auf einer gefrorenen Pfütze und erleidet eine Oberschenkelhalsfraktur des Grades II. Diese erfordert eine Operation, welche in einem Krankenhaus in Siegen durchgeführt wird. Nach der Operation kehrt Herr Kerger in die Wohneinrichtung zurück. Im Nachgang der Operation ist er zusätzlich in seiner Mobilität eingeschränkt und im Alltag auf Hilfe angewiesen. Zusätzlich erhält er Spritzen zur Thromboseprophylaxe. Als weitere Vorsorgemaßnahme wird das Tragen von Thrombosestrümpfen ärztlich verordnet.

Der Heilungsprozess bei Herrn Kerger verläuft nur schlecht. Im Verlauf der folgenden Monate ist er zunehmend auf Assistenz, insbesondere im Bereich der Grundpflege, angewiesen. Ab März 2017 ist Herr Kerger vollständig bettlägerig. Infolgedessen wird bei ihm ein Dauerkatheter gelegt, der in regelmäßigen Abständen versorgt werden muss. Durch seine eingeschränkte Mobilität besteht bei Herrn Kerger ein deutlich erhöhtes Dekubitusrisiko.

Fallvignette 4 – Frau Lietz (B/SP)

Frau Lietz ist 38 Jahre alt und lebt in einer eigenen Wohnung in einem Dorf in Siegen-Wittgenstein. Sie wird im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens von einem entsprechenden Fachdienst betreut. Das Angebot des Dienstes richtet sich schwerpunktmäßig an Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. Aktuell erhält Frau Lietz Unterstützung im Umfang von 6 Fachleistungsstunden pro Woche. Der Bezugsmitarbeiter von Frau Lietz besucht sie bislang an zwei Tagen pro Woche für jeweils drei Stunden. Frau Lietz geht einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen nach. In ihrer Freizeit malt Frau Lietz sehr gern Bilder, zumeist mit Wasser- oder Acrylfarbe auf kleinen Leinwänden, besucht eine Bastelgruppe oder trifft sich mit Freundinnen.

Im Juni 2016 stirbt die Mutter von Frau Lietz in einer Pflegeeinrichtung. Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter war bis zuletzt sehr eng. Nach dem Tod der Mutter zieht sich Frau Lietz zunehmend zurück. Sie nimmt im Gegensatz zu früher nicht mehr am öffentlichen Leben im Dorf teil. Auch Freizeitangebote des betreuenden Fachdienstes nimmt sie erst seltener, ab November 2016 gar nicht mehr in Anspruch. Ab August 2016 beginnt Frau Lietz damit, im örtlichen Supermarkt größere Mengen alkoholischer Getränke einzukaufen. Ihr Alkoholkonsum steigert sich seither kontinuierlich. Aktuell trinkt Frau Lietz pro Tag etwa zwei bis drei Flaschen Wein.

Ab November 2016 fällt Frau Lietz wiederholt betrunken in der Öffentlichkeit auf, worauf Nachbarn ihren Bezugsmitarbeiter ansprechen. Dieser hatte das Trinkverhalten von Frau Lietz bereits zuvor bemerkt. Zugleich stellt er fest, dass Frau Lietz ihre Wohnung zunehmend nicht mehr in Ordnung hält. Ab Januar 2017 nimmt Frau Lietz schließlich ihre Beschäftigung in der WfbM nicht mehr wahr.

Über die Autoren



Prof. Dr. Johannes Schädler

Professor für Sozialpädagogik mit dem Schwerpunkt Inklusion und Sozialplanung an der Universität Siegen und Geschäftsführer des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.



Jan-Frederik Wittchen, M.A.

Ehemaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Siegen sowie ehemaliges Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.



Martin F. Reichstein, M.A.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Siegen und Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW)

Das Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW) wurde mit Unterstützung des für Wissenschaft zuständigen Ministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen im September 2014 als eigenständiger, gemeinnütziger Verein mit Sitz in Düsseldorf gegründet. Aufgabe und Ziel des FGW ist es, in Zeiten unübersichtlicher sozialer und ökonomischer Veränderungen neue interdisziplinäre Impulse zur gesellschaftlichen Weiterentwicklung zu geben und politische Gestaltungsoptionen für die Gewährleistung sozialer Teilhabe in einer sozial integrierten Gesellschaft zu entwickeln. Durch die Organisation innovativer Dialogformate und die Förderung zukunftsorientierter Forschungsprojekte will das Forschungsinstitut die Vernetzung von Wissenschaft, Politik und zivilgesellschaftlichen Akteur_innen vorantreiben und den zielgruppengerechten Transfer neuer Forschungsergebnisse gewährleisten.

Weitere Informationen zum FGW finden Sie unter: www.fgw-nrw.de

Der Themenbereich „Vorbeugende Sozialpolitik“

Vorbeugende Sozialpolitik zielt darauf ab, die Entstehung und Verfestigung sozialer Problemlagen durch wirkungsorientierte Interventionen, den Aufbau von „Präventionsketten“ und eine bessere Verzahnung der Regelsysteme nach Möglichkeit bereits im Vorfeld zu verhindern, anstatt die daraus resultierenden Defizite nachträglich zu kompensieren. Zentrale Aufgabe des Themenbereichs „Vorbeugende Sozialpolitik“ des FGW ist es, das in den verschiedenen Handlungsfeldern vorhandene Handlungs- und Erfahrungswissen systematisch zu bündeln und aufzubereiten, die konkreten Spannungsfelder und Dilemmata zu analysieren, innerhalb derer sich vorbeugende Sozialpolitik bewegt, und die Ergebnisse dieser Arbeit in einen fruchtbaren Dialog zwischen Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft einzuspeisen. Durch die Förderung kleinerer und größerer Forschungsprojekte sowie durch geeignete Dialogformate will der Themenbereich dazu beitragen, für die verschiedenen beteiligten Akteure und Professionen eine gesicherte Wissensgrundlage und einen gemeinsamen Orientierungs- und Bezugsrahmen zu schaffen.

Weitere Informationen zum Profil und zu den aktuellen Aktivitäten des Themenbereichs finden Sie unter:

www.fgw-nrw.de/sozialpolitik
