

Norbert Wohlfahrt

Sozialräumlich orientierte Eingliederungshilfe: alles inklusive bei niedrigeren Kosten?

Theoretische Vorbemerkung

In der gerechtigkeitstheoretischen Diskussion findet seit einigen Jahren eine Auseinandersetzung zwischen den sog. Egalitaristen und den Non-Egalitaristen statt. Letzteren geht es darum, den für Verteilungsgerechtigkeit zentralen Maßstab komparativer Gleichheit aufzugeben und statt dessen einen an individuellen Lebenslagen orientierten Maßstab der Befähigung ins Spiel zu bringen. Dieser Diskussion, die Ungleichheit nicht mehr für ein zu korrigierendes Problem, sondern für ein zu akzeptierendes Phänomen moderner Gesellschaften ansieht, entspricht sozialpolitisch das Umschwenken von Verteilungsgerechtigkeit auf Teilhabe und Inklusion. Während der Begriff der Verteilungsgerechtigkeit graduell gefasst ist und die gesamte Verteilungsgerechtigkeit von Arm bis Reich umfasst, bezeichnet Teilhabe ein soziales Minimum, nicht jedoch ein bestimmbares Maß des Teilhabens. Was Teilhabegerechtigkeit bedeutet ist non-egalitaristisch am Einzelfall zu entscheiden. Teilhabegerechtigkeit kann damit eine besondere Blickrichtung auf neue Problemlagen bedeuten, sie kann aber auch zur Senkung der Ansprüche an ein soziales Sicherungssystem führen. Nullmeier ergänzt mit Blick auf die darin enthaltene Pluralisierung von Gerechtigkeiten: „In irgendeiner Hinsicht erscheint jede politische Maßnahme als gerecht“. Es ist sicherlich kein Zufall, dass insbesondere auf kommunaler Ebene der neue Gerechtigkeitsmaßstab von Teilhabe und Inklusion mit einem neuen Steuerungskonzept sozialer Dienste identisch gesetzt wird: der Sozialraumorientierung.

1. Die Entdeckung des Gemeinwesens und der Zivilgesellschaft verdankt sich nicht einer Rückkehr zum alten methodischen Prinzip der Gemeinwesenarbeit, sondern modernen sozialpolitischen Konzepten, die sich aus Dezentralisierungsbestrebungen Einspareffekte erhoffen.

Die aktuell registrierbaren öffentlichen Debatten über mehr und neue politische Partizipationsstrukturen, neue zivilgesellschaftliche Selbstorganisation und bürgerschaftliches soziales Engagement sind bei näherem Hinsehen nicht mehr die alten radikaldemokratisch geführten, grassroots-orientierten Diskurse der 1960er und 1970er Jahre. Sie kommen in

einem neuen Gewande daher. Diese Diskurse werden zeitgemäß geführt und sind neuerdings ebenso effizienzfokussiert wie alle anderen aktuellen Modernisierungsdiskurse auch, ob sie nun den Staat und seine Verwaltung, die Sozialen Dienste, die Arbeitsmarktpolitik, die Fürsorgepolitik oder gar die Familien- und Kinderpolitik betreffen. In allen Gemeinwesen- bzw. Zivilgesellschaftsdiskursen geht es auch um die Schaffung einer neuen „effektiven Governance“, die man im Lichte neuerer ökonomischer Denkkategorien entfalten will. Da sich diese Diskurse community-zentriert geben, lassen sie sich auch als Neuanfang oder als Aufwertung einer beteiligungsorientierten Sozialpolitik lesen (vgl. Newig/Fritsch 2008), allerdings unter neuen Vorzeichen. Die scheinbar widersprüchlichen Entwicklungen von Gemeinwesenorientierung und partizipativer Sozialpolitik einerseits und ökonomisierter und marktorientierter Sozialpolitik und sozialer Dienstleistungserbringung andererseits lösen sich auf, wenn man den Gemeinwesendiskurs als Bestandteil der neuen Sozialstaatsarchitektur versteht, denn diese besteht nicht nur aus den lange Zeit primär wahrgenommenen Aktivierungs- und Investitionsbausteinen (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2005, Lessenich 2008), sondern kennzeichnet sich auch durch eine stark ausgeprägte Dezentralisierungstendenz, die zu einer Revitalisierung des Community-Gedankens beigetragen hat. Die verschiedenen Baustellen des Sozialstaats folgen – so könnte man schlussfolgern – einem identischen Lehrplan, auch wenn es - oberflächlich betrachtet - so aussieht, als würden gegenwärtig viele Architekten auf vielen Baustellen gleichzeitig tätig sein.

2. Local Governance geht es nicht um Vernetzung auf gleicher Augenhöhe, sondern um den funktionalen Einsatz aller gesellschaftlichen Kräfte im Rahmen des Kommunalisierungsprojekts.

Ziel der Kommunalisierung ist es, lokale Ressourcen zu bündeln, die politische Steuerung durch die Kommune zu stärken und effizientere Formen der Problembearbeitung zu implementieren. Die Kommunalisierungspolitik hat auf lokaler Ebene Dezentralisierungsprozesse zufolge (z.B. Sozialraumorientierung), die der Zielsetzung folgen, lokale Akteure einschließlich der Bürgerschaft für kommunale Aufgaben zu aktivieren und zivilgesellschaftliche Organisationen und Sozialorganisationen in die Durchführung der kommunalen Selbstverwaltungsaufgaben einzubeziehen (dieser Ansatz wird als Local Governance bezeichnet). Local Governance hat das Ziel, die Kommune und die örtlichen Akteure zu mehr Eigenverantwortung zu aktivieren und Ansätze für eine

eigenverantwortliche lokale Problembearbeitung zu generieren. Das Strategische Management in Kommunalverwaltungen kann Bestandteil der Local Governance werden.

3. Die Umsteuerung der Eingliederungshilfe vollzieht sich zwischen dem Ideal der Inklusion und der Realität nicht ausreichender Finanzressourcen.

Umsteuerungsphilosophisch soll beides miteinander vereinbar sein. Der Begriff dafür heißt Sozialraum.

Im März 2009 ist in Deutschland das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Kraft getreten. Leitbild ist eine inklusive Gesellschaft, in der alle Bürgerinnen und Bürger selbstbestimmt leben können (vgl. Clausen 2011). Uneingeschränkte Gleichstellung, Selbstbestimmung, Teilhabe, umfassende Barrierefreiheit und Diskriminierungsfreiheit sind zentrale Aspekte, die bei der Umsetzung der Konvention zu beachten sind. Dazu haben sich die Unterzeichnerstaaten verpflichtet. Gesetzliche Unterstützungsleistungen sollen vom Selbstbestimmungsrecht des Menschen mit Behinderungen ausgehen und sollen künftig den individuellen Bedarf Betroffener in den Mittelpunkt stellen. Diese UN-Konvention hat Folgen für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der dadurch der Auftrag einer grundsätzlichen Neuausrichtung vorgegeben wird. Im Wesentlichen geht es dabei folgende Gesichtspunkte:

- die Entwicklung der Eingliederungshilfe zu einer personenzentrierten Hilfe, die das Wunsch- und Wahlrecht beachtet und den Menschen mit Behinderten aktiv einbezieht (Teilhabemanagement);
- die Entwicklung von Beratungs- und Unterstützungsleistungen auf regionaler und lokaler Ebene (Sozialraumorientierung);
- die Steuerung der Teilhabeleistung durch die Sozialhilfeträger (von der Bedarfsfeststellung, der Bedarfsdeckung bis zur Wirkungskontrolle);
- die Entwicklung einer Wirkungskontrolle der Leistungserbringung.

Zentraler Baustein der Neuausrichtung ist die Sozialraumorientierung. Sozialraumorientierte soziale Arbeit soll – so die herrschende Lehrmeinung – Lebenswelten gestalten und Unterstützungsarrangements fördern, die dazu beitragen, dass Betroffenen (hier: Menschen mit Behinderungen, in anderen Arbeitsfeldern: Menschen in prekären Lebenslagen)

selbstbestimmte Lebensentwürfe leben können und zur Kompensation ihrer Defizite auf Ressourcen des Sozialraums zurückgreifen können (vgl. Hinte u.a. 2001, Hinte 2009). Die Entwicklung einer kommunalen Beteiligungskultur gehören ebenso zu einer fachlich fundierten Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit wie die Schaffung einer beteiligungsorientierten sozialen Infrastruktur (Deinet 2009). In der Behindertenhilfe gelten als wesentliche Elemente einer Sozialraumorientierung: Barrierefreiheit, ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen, Hilfe-Mix-Strukturen, wohnortnahe Begegnungs- und Beratungsstrukturen, Vielfalt an Wohnformen und Fachdienste zur Sicherstellung der Versorgung und zur Erbringung der fachlichen Leistungen sowie Netzwerkstrukturen. Die inklusive Sozialraumgestaltung ist eine Aufgabe der Kommunen, die durch gemeinsam erarbeitete Handlungsstrategien von Bund, Ländern und Kommunalen Spitzenverbänden in politisches Handeln umgesetzt werden soll.

4. Ambulant vor stationär, inklusiv, dezentral – bei gleichzeitiger Kostenbremse: es geht weder um eine konsequente Ambulantisierung noch um konsequente Gleichstellung: es handelt sich um eine „halbierte“ Ambulantisierung.

Die Debatte um die Auflösung der Anstalten und Komplexeinrichtungen in Deutschland erhielt zu Beginn des neuen Jahrtausends eine neue Dynamik durch die Forderung von Selbsthilfeverbänden und politischen Parteien an den Deutschen Bundestag, eine Heim-Enquête-Kommission – analog zur Psychiatrie-Enquête 1975 – einzurichten. Der Antrag wurde nicht angenommen, löste aber eine breite Debatte aus, die allerdings relativ schnell wieder abflachte.

Mit dem Mehrkostenvorbehalt, der in die entsprechende Vorschrift des SGB XII eingefügt wurde, scheint eindeutig, worum es in der Ambulantisierungspolitik primär geht: um die Begrenzung von Kosten, insbesondere angesichts weiter steigender Fallzahlen in der Behindertenhilfe. Dies dokumentieren auch die Positionspapiere der Leistungsträger der Eingliederungshilfe (vgl. BAGüS 2006). Der Mehrkostenvorbehalt führt dazu, dass das Verhältnis zwischen ambulant und stationär betreuten Menschen mit Behinderungen sich im Ergebnis realistisch nicht gänzlich zugunsten der ambulanten Versorgung verschieben lassen wird, auch wenn Leistungsträger gemeinsam mit Anbietern dies beteuern. Ich zitiere Schäper 2010: „Funktional im Sinne der Leistungsträger ist somit die Begrenzung von Dezentralisierung und Ambulantisierung. Damit wird zugleich die Rückseite dieser Prozesse sichtbar: Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf – etwa aufgrund von herausfordernden

Verhaltensweisen oder durch eine große Abhängigkeit von pflegerischen Hilfen – verbleiben in stationären Lebens- und Betreuungskontexten. Diese haben sich hinsichtlich ihrer Struktur bereits in den letzten Jahren erheblich verändert und werden sich weiter verändern, so dass mancherorts kaum mehr lebbare Zustände für Mitarbeitende und Betreute entstehen: Wohngruppen von Menschen mit schwersten Behinderungen, in denen die Intensität an individueller Unterstützung Mitarbeitende chronisch überfordert und das gemeinsame Erleben des Alltags nicht mehr gelingt, u.a. weil für die Förderung und Unterstützung im Bereich der Kommunikation kaum mehr Zeit bleibt. Bei aller politischen Rhetorik und fachlich begründeten Appellen in Richtung Inklusion entstehen durch die „halbierte Ambulantisierung“ Lebenswelten von Menschen in stationären Kontexten, deren Teilhabechancen und Handlungs- und Erlebnisspielräume in allen Domänen erheblich begrenzt sind.“

5. Deinstitutionalisierung würde finanzielle Aufwendungen von beträchtlicher Größenordnung erfordern: Sie steht in der Realisierung noch ganz am Anfang.

Folgt man den Einlassungen von Früchtel und Budde (2010, S. 54f.), dann bildet die Infragestellung der etablierten Strukturmerkmale des sozialstaatlichen Hilfesystems den Kern der sozialräumlichen Theorie. Die drei wesentlichen Punkte, auf die sich diese Infragestellung bezieht, sind die Kritik der Einzelfallarbeit, die Kritik am Fachkräftemonopol wie die Effizienzkritik, die Institutionalisierung und Spezialisierung ins Verhältnis zu den dadurch verursachten Kosten setzt und letztendlich die daraus resultierende Qualität der Leistungen bezweifelt. Die Sozialraumorientierung wird in diesem Kontext nicht selten als Alternative zum etablierten System der Behindertenhilfe dargestellt, die sich durch Ambulantisierung und Dezentralisierung kennzeichnen soll und im konsequenten Abbau anstaltsmäßiger Strukturen (fremdbestimmter Unterbringung) sowie der Entwicklung lokaler Unterstützungsarrangements im sozialen Nahbereich seinen sichtbaren Ausdruck findet (vgl. Schäper 2010). Betrachtet man die aus dieser Kritik ableitbaren praktischen Folgen und deren Realisierungschancen, dann ergäben sich für das Hilfesystem Aufgaben von beträchtlicher Größenordnung: Die Eingliederungshilfestatistik weist für 2007 eine Anzahl von 627.000 Hilfeempfängern bundesweit (ohne Bremen) aus, die Anzahl war damit im Jahr 2007 doppelt so hoch wie im Jahr 1991 (324.000 Personen). Bei einem Anteil von 63% der Eingliederungsleistungen, die ausschließlich in Einrichtungen erbracht werden, müsste für über eine halbe Million Menschen (etwa 560.000) schnell eine andere Versorgungsstruktur

entwickelt werden, wollte man den Prozess der Auflösung der Großeinrichtungen konsequent vorantreiben. Eine wirkliche Deinstitutionalisierung steht deshalb, so darf man konstatieren, in der Behindertenhilfe bei uns noch ganz am Anfang (vgl. Bösl 2010) und wäre ohne Mehrkosten in erheblichem Ausmaße gar nicht realisierbar.

Mit dem Begriff der Inklusion wird diesem Tatbestand des Mangels und der Unzulässigkeit ein Ideal gegenübergestellt, das bewusst die materiellen Gründe der Umsteuerung des Hilfesystems negiert und stattdessen eine normative Leitidee formuliert, die nur für die Leistungserbringer, aber vielleicht noch viel mehr für die sie unterstützenden Ehrenamtlichen und die Familien von Betroffenen handlungsleitend sein soll: „Um zu einem tragfähigen Netzwerk für ein Leben in Inklusion zu gelangen, bedarf es einer bürgerzentrierten Arbeit. Ihr Adressat sind in erster Linie Bürger, die für andere als informelle Unterstützer angesprochen werden sollen oder sich bereits mit ihren Stärken, Ressourcen und Kompetenzen als freiwillige Helfer anbieten. Eine wesentliche Aufgabe für die Behindertenhilfe bezieht sich auf die Sensibilisierung nichtbehinderter Bürger, Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Behinderungen zu akzeptieren und schätzen zu lernen.“ (Theunissen/Schwalb 2009, S. 19f.)

Wo einst Ausgrenzung und Betreuung in besonderen Einrichtungen herrschte, soll nun volle soziale Teilhabe in einer Gesellschaft gleichberechtigter Bürgerinnen und Bürger selbstverständlich sein. In allen Programmen, die eine Dezentralisierung der Sozialen Dienste befördern (ambulant vor stationär in der Behindertenhilfe; wohnortnahe Versorgung im Gesundheitswesen; Wohnen im Quartier in der Altenhilfe; Quartiersmanagement in der sozialen Stadtentwicklung usw.) spielt der Begriff der Inklusion eine herausragende Rolle. Dahinter verbirgt sich das anspruchsvolle Konzept, dass eine Versorgung mit sozialen Diensten und eine dauerhafte Integration in die Gesellschaft dort stattfinden soll, wo der Hilfebedürftige in seiner Lebenswelt verankert ist: im lokalen Gemeinwesen (Theunissen 2006). Bürgerzentrierte Aktionsprogramme stellen die logische Fortsetzung dieser Zielsetzung dar, weil es wesentlich darauf ankommt, Nicht-Betroffene in die Förderung von „community-inclusion“ einzubeziehen und persönliche und soziale Ressourcen zu erschließen, die für eine dauerhafte Integration der Betroffenen in das Gemeinwesen unerlässlich sind.

6. Ein Großteil der Wissenschaft verkauft das aus Not geborene Einsparprogramm unter dem Titel der Inklusion und Teilhabe als emanzipativen Akt im Interesse der

Behinderten. Man sollte sich davon nicht täuschen lassen. Es geht um die Umsteuerung der Träger und Einrichtungen und die Effizienzsteigerung im Personaleinsatz.

Das in diesem Zusammenhang propagierte Ideal eines zugleich kostengünstigen und inklusiven Hilfesystems muss man als Euphemismus einstufen, der die anstehende radikale Umsteuerung des Hilfesystems schönreden soll. Ich möchte dies an einigen Zitaten verdeutlichen, die typisch für die idealisierende und zugleich der neuen Sozialstaatlichkeit das Wort redende Argumentationsweise vieler Autoren sind:

„Die Forderung nach Inklusion und Teilhabe verändert die Rollen der Akteure: Menschen mit Behinderung können und müssen ihre Entscheidungsautonomie erhöhen und mehr Verantwortung übernehmen“ (Kirschnok/Huppert, 2010, S. 61).

„Eine Sozialraumorientierung erfordert es, stabile und gemeinwesenbezogene Netzwerke zu knüpfen, die Halt geben und Sinn stiftend wirken“ (ebenda, S. 61).

„Mit sozialem Kapital ist das Gold, das in unseren Netzwerken steckt, gemeint, unsere Beziehungen zu anderen Menschen und die darin vorhandenen Hilfefpotenziale“ (Früchtel/Budde 2010, S. 55).

„Eine wichtige Bedingung für eine gelingende Gemeinweseneinbindung stellt (...) die Präsenz und die wechselseitige Bedeutung der Akteure im Gemeinwesen dar. Dies bedeutet zum einen, dass der Nutzer Möglichkeiten finden muss, wie er sich im Stadtteil einbringen und vernetzen kann, und zum anderen, dass Kontakte zu Menschen hergestellt werden, die als professionelle und freiwillig sozial engagierte Bürger als Gemeinwesenarbeiter tätig sind, Funktionen im Stadtteil übernehmen und aktiv an dessen Gestaltung beteiligt sind.“ (Schablon 2009, S. 278)

Die fachlichen Ideale (Erhöhung der Entscheidungsautonomie, stabile gemeinwesenbezogene Netzwerke, gelingende Gemeinweseneinbindung) werden systematisch von den sie begründenden und als Ideal überhaupt erst hervorbringenden sozialpolitischen Umsteuerungsstrategien abgekoppelt und sie erscheinen damit (quasi wie durch ein Wunder) als neue normative Leitbilder der in der Eingliederungshilfe tätigen Professionellen, so dass man sich schon wundern muss, warum diese nicht schon früher darauf gekommen sind, dass funktionierende Gemeinwesen, Netzwerke und Eigenverantwortung etwas sind, mit dem man die Probleme der Behinderten endlich inklusiv lösen kann.

7. Sozialraumorientierung ist in Wahrheit ein Steuerungskonzept der Kostenträger – nicht nur in der Eingliederungshilfe. Es geht letztlich um die Infragestellung von individuellen Rechtsansprüchen, um eine neue Infrastrukturpolitik unter dem Stichwort der Gewährleistungsverantwortung.

Der fachliche Austausch über die Steuerung von Sozialleistungen ist seit Längerem Gegenstand der Beratungen sowohl in den Gremien des Deutschen Städtetags als auch im Rahmen der Stadtstaatenkooperation. Gegenstand einer veränderten Steuerung sind die Felder der Hilfen zur Erziehung, Hilfen zur Pflege und Eingliederungshilfe. In einer Antwort der Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg auf eine entsprechende Anfrage heißt es mit Bezug auf die Jugendhilfe: „Im Zentrum steht die Auseinandersetzung um die Realisierung des Rechtsanspruchs auf Hilfen zur Erziehung als Verbindung von Einzelhilfen mit Leistungen der Regelsysteme“.

Blickt man z.B. auf die Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe, so lassen sich aus dieser heraus ein neues Grundverständnis der Leistungsgewährung ablesen, das auch für die Eingliederungshilfe bedeutsam ist: dieses lässt sich mit zwei Stichworten umschreiben, die allerdings in engem Zusammenhang zueinander stehen:

a) Infrastruktur statt Rechtsansprüche

Der Spielraum für eine kommunale Infrastrukturpolitik wird, je nach fachlichen und politischen Anspruch der einzelnen Kostenträger, ganz unterschiedlich wahrgenommen, ja er verkommt bisweilen zu einer vernachlässigbaren Größe. Und es ist offensichtlich, dass an nicht wenigen Orten der Zusammenhang zwischen individuellen Einzelleistungen und einer entsprechend fachlichen Infrastruktur nicht mehr erkannt wird. Die vermeintliche Lösung dieses Tatbestandes in dem Weg zu sehen, dass Rechtsansprüche reduziert und stattdessen eine nur objektive rechtliche Gewährleistungsverpflichtung bestehen bleibt, zeigt dass nicht fachliche sondern fiskalische Überlegungen den Grund des Strategiewechsels ausmachen. Die Ersetzung von Rechtsansprüchen durch Infrastruktur führt tatsächlich zu einer preiswerteren Hilfestrategie.

b) Planung statt Leistungsgewährung

Es ist die Stärke von individuellen Rechtsansprüchen, dass sie Leistungsberechtigungen unabhängig von dem garantieren, was gerade vor Ort kommunalpolitisch gewollt wird. Damit

engen Leistungsberechtigungen natürlich sozialplanerische Vorhaben ein. Und von daher gab es schon immer das Bemühen einer planungsorientierten Kommunalpolitik, Rechtsansprüche wo gering wie möglich zu halten. Demgegenüber muss festgehalten werden, dass kommunale Sozialpolitik deshalb stattfindet, weil es Leistungsberechtigte gibt, die Hilfe benötigen.

8. Auch die Behindertenhilfe gerät in den Sog der neuen Sozialstaatskonzepte, die unter Verwendung emanzipatorischer und partizipativer Etikettierungen den Kommunen neue Freiheitsspielräume verheißen, das Engagement der Bürgerinnen und Bürger verehren und die Zivilgesellschaft und ihre produktiven Ressourcen ganz neu entdecken. In Großbritannien heißt diese Strategie „Big Society“ und es ist sicherlich kein Zufall, dass deren (ideo)logische Konsequenz der schlanke Sozialstaat ist.

Der Zugang zum Arbeitsmarkt, die freie Wahl des Aufenthaltsortes, die Selbstbestimmung der jeweiligen Wohnform etc., dies alles sind Forderungen, die aus fachlicher Sicht weder neu sind, noch einer ideellen Überhöhung bedürfen. Es ist andererseits offenkundig, dass die Kommunen gegenwärtig und zukünftige aufgrund ihrer angespannten finanziellen Situation weder über die Ressourcen, noch das notwendige sozialpolitische Interesse verfügen, diese Forderungen einzulösen (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2009, Clausen 2011). Wie die Kommunen in kurzer Zeit Personal mit trägerübergreifender Kompetenz rekrutieren, finanzieren und gewährleisten sollen, dass die Deinstitutionalisierung nicht zu Nachteilen für die Menschen mit Behinderungen führen, ist ebenfalls ungeklärt (vgl. Fuchs/Welti 2010).

Sozialraumorientierung und Inklusion sollten deshalb – so mein Fazit – weniger idealistisch gelesen werden. Sie sind ein Fortschritt, wenn und insoweit sie sich als Mittel erweisen, überkommene hierarchische und paternalistische Strukturen, wie sie in der stationären Eingliederungshilfe und wie bekannt auch in anderen stationären Hilfesystemen existieren, in Frage zu stellen und zu überwinden. Wenn es mittels dieser Programmatik gelingt, die Interessen der behinderten Menschen als Maßstab jeglicher Hilfestellung zu behaupten, dann ist schon viel erreicht. Weniger tauglich erweist sich die neue sozialpolitische Programmatik dort, wo mittels partizipatorischer und emanzipativer Rhetorik Einschränkungen von Rechtsansprüchen vorgenommen werden sollen oder Hilfeleistungen verwirklicht werden sollen, die insbesondere die Familien als flexiblen Faktor immer weiter gehenden Belastungen einplanen. Die neue Subsidiarität, die sich im Konzept der Sozialraumorientierung verbirgt, will auch die Gesellschaft wieder stärker in die Versorgung von Hilfebedürftigen einbinden und damit einen sozialstaatlichen Fortschritt rückgängig

machen. Dies sollte bei allem notwendigen Änderungsbedarf in der Eingliederungshilfe mitreflektiert werden.

Theoretische Nachbemerkung

Dienstleistungstheoretisch betrachtet wertet das aktuelle Dienstleistungskonzept für soziale Dienste die Fachlichkeit und den Nutzer bzw. den Bürger auf. Es entwertet aber zugleich die Autonomie der Leistungsproduzenten und deren Fähigkeiten zur Sozialanwaltschaft im Rahmen subsidiärer Leistungserstellung. Das ökonomisierte Dienstleistungskonzept fordert effiziente Märkte, sozialwirtschaftliche Leistungserbringung und Nutzerorientierung. Damit ist das subsidiär-korporatistische Leistungskonzept der Freien Wohlfahrtspflege insgesamt herausgefordert und in Frage gestellt: die in der Sozialanwaltschaft eingeschlossenen paternalistischen Konzepte eines stellvertretenden Handelns wandeln sich (oder müssen sich wandeln) hin zu einer konsequenten Interessenorientierung im Rahmen eines wettbewerblichen und sozialpolitisch gesteuerten Angebots. Hier erweist sich das Konzept der Nutzerorientierung (schon gar das der Kunden- oder Bürgerorientierung) als zu kurz gegriffen: Advokatorisches Handeln in post-korporativen Systemen muss sich damit auseinandersetzen, wie die Interessen der Hilfebedürftigen im jeweiligen Hilfesystem (von der Evidenzbasierung bis hin zur Qualitätssicherung) Berücksichtigung finden können. Das bedeutet auch die Definitionsmacht sozialstaatlicher Entscheidungen über die Angemessenheit von Hilfen in Frage zu stellen.