



Positionen des GVS

**Zur Problematik von
Versorgungssteuerung im
Bereich psychosozialer
Suchthilfen
(Stand Juni 2008)**

GVS – Gesamtverband
für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.



Vorwort

Ambulante Suchthilfe ist die wesentliche Grundlage und Absicherung nahezu aller leistungsrechtlichen Hilfen für suchtkranke Menschen in ihrem sozialen Nahraum, in ihren Gemeinden.

Als Leistung der kommunalen Daseinsfürsorge ist sie dabei nicht allein leistungsrechtlich normiert, sondern ist ganz entscheidend politisch zu verantworten. Ambulante Suchthilfe ist somit ein zentraler Teil eines geregelten und abgestimmten Planungsprozesses in kommunaler Verantwortung. Die Einbeziehung aller relevanten Akteure und die Verbindlichkeit der Planungs- und Steuerungsprozesse ist von wesentlicher Bedeutung. Das Anliegen dieses Papiers ist es, die Einrichtungen und Träger der diakonischen Suchthilfen dabei zu unterstützen, sich in die kommunale Planungs- und Steuerungsprozesse einzubringen, die psychosozialen Suchthilfen im ambulanten Bereich weiterzuentwickeln und die eigene fachliche Kompetenz als Mitgestalter von Leistungen der psychosozialen Daseinsfürsorge an dieser Stelle zur Verfügung zu stellen.

Berlin im Juni 2008

Dr. Theo Wessel, Geschäftsführer GVS



Inhalt

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | EINFÜHRUNG IN DEN PROBLEMZUSAMMENHANG UND POLITISCHEN KONTEXT | 3 |
| 1.1 | Die Forderung nach kommunalpolitischer Verantwortung für die psychosoziale Suchthilfe | 3 |
| 1.2 | Steuerung im Kontext einer Kommunalisierung psychosozialer Suchthilfen | 4 |
| 1.3 | Kommunalpolitische Verantwortung: was und wie soll denn in einer regionalen Versorgungsstruktur gesteuert werden? | 6 |
| 1.4 | Zur weiteren Gliederung dieses Papiers | 10 |
| 2 | HILFEBEDARFSERFASSUNG | 14 |
| 2.1 | Die Erfassung von Hilfebedarfen in der psychosozialen Suchthilfe | 14 |
| 2.2 | Hilfebedarfserfassung im Sozialleistungsrecht am Beispiel der Regelungen des SGB XII | 15 |
| 2.3 | Fachliche Anforderungen an ein Instrument der Hilfebedarfsfeststellung | 18 |
| 2.4 | Fachliche Anforderungen an das Verfahren der Hilfebedarfserfassung | 19 |
| 3 | SOZIALSTAATLICHE DASEINSVORSORGE UND SOZIALER DIENSTLEISTUNGSMARKT | 22 |
| 3.1 | Was ist sozialstaatliche Daseinsvorsorge? | 22 |
| 3.2 | Sozialstaatliche Daseinsvorsorge im Kontext eines neuen Staatsverständnisses | 23 |
| 3.3 | Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Freie Wohlfahrtspflege | 24 |
| 3.4 | Konsequenzen für die Leistungen sozialer Daseinsvorsorge | 26 |
| 4 | GRUNDLEGENDE METHODISCHE PROBLEME EINER OUTCOME-STEUERUNG | 28 |
| 4.1 | Generelle methodische Fragen an eine Outcome-Steuerung im psychosozialen Bereich | 28 |
| 4.2 | Evidenzbasierung als Strategie einer Versorgungsoptimierung | 32 |
| 4.3 | Methodische Probleme einer kennzahlenorientierten Outcome-Steuerung | 34 |
| 5 | GRUNDKONZEPTE DER STEUERUNG SOZIALER ARBEIT | 38 |
| 5.1 | Wirkungsorientierte instrumentelle Steuerung | 38 |
| 5.2 | Modelle einer reflexiven und kooperativen Steuerung | 43 |
| 5.3 | Nutzerperspektive stärken | 44 |
| | FUßNOTENVERZEICHNIS | 46 |
| | LITERATURHINWEISE | 48 |
| | IMPRESSUM | 48 |



1 Einführung in den Problemzusammenhang und politischen Kontext

1.1 Die Forderung nach kommunalpolitischer Verantwortung für die psychosoziale Suchthilfe

Der GVS hat sich im Jahr 2005 in einem unverändert aktuellen Diskussionspapier zu den „Aufgaben und der Finanzierung der Suchtberatung“ positioniert. Dieses Papier definiert sehr differenziert die Aufgaben der Suchtberatung als Baustein einer psychosozialen Daseinsvorsorge und damit als einem wichtigen Gestaltungselement des sozialen Miteinanders. Unabhängig vom spezifischen Part, den die Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege gerade in einer solchen Basisversorgung Sucht übernehmen, hat der GVS unter Berücksichtigung der historischen Entwicklungsbedingungen für die psychosoziale Suchthilfe und der derzeitigen leistungsrechtlichen Regelungen in diesem Papier eine verantwortliche kommunale Steuerung der ambulanten Suchthilfe als aus fachlichen und strukturellen Gründen sinnvoll akzeptiert und befürwortet. Eine solche kommunale Gestaltungsverantwortung enthebt allerdings nicht die Länder ihrer Daseinsvorsorgeverantwortung hinsichtlich der Gewährleistung landeseinheitlicher Versorgungs- und Qualitätsstandards in der psychosozialen Suchthilfe.

Der Prozess einer „Kommunalisierung“ auch der ambulanten Suchthilfe im Sinne einer kleinräumigen politisch verantworteten Versorgungssteuerung verläuft allerdings – ausgehend von durchaus unterschiedlichen Entwicklungsständen und politischen Interessenlagen – inzwischen regional höchst unterschiedlich.

Dabei ist mehrheitlich trotz aller Unterschiede davon auszugehen, dass

- bei den Kommunen (sowohl in der Verwaltung wie in den politischen Gremien) bislang für den Bereich einer Steuerung der Suchthilfen nur in geringem Maß spezifische Fachkompetenzen angesiedelt sind;
- es für viele Kommunen auch deshalb naheliegend ist, vorhandene Steuerungsstrukturen und –instrumente sowohl für den Bereich der leistungsrechtlich definierten Hilfen des SGB XII (z.B. Eingliederungshilfe) als auch unverändert für den rechtlich völlig anders strukturierten Bereich der Suchtberatung als Leistung der öffentlichen Daseinsvorsorge zu nutzen;

Der GVS befürwortet eine kommunale Steuerung der psychosozialen Suchthilfen.

Risiken einer dezentralen kommunalen Versorgungssteuerung



- mit einer Kommunalisierung (als Zusammenführung von unmittelbarer Finanzverantwortung und von fachlicher Steuerung) zwar der Anspruch einer stärkeren Ambulantisierung der Versorgungsstrukturen erhoben wird, die Kommunen aber gleichzeitig auch unter einem erheblichen Einspardruck stehen, in dem solche strategische Überlegungen leider meist nur wenig Gewicht haben;
- mancherorts in den kommunalpolitischen Gremien das Wissen um die Notwendigkeiten und auch Chancen der Angebote psychosozialer Daseinsvorsorge nur gering ausgeprägt ist und dass deshalb solche vermeintlichen Freiwilligkeitsleistungen angesichts sonstiger unabweibar Leistungspflichtungen oft nur als Einsparpotential gesehen werden.

Das vorliegende Papier will daher in Weiterführung der fachlich-strukturellen Standortbestimmung für die Suchtberatung („Aufgaben und Finanzierung der Suchtberatung“) sich mit den Fragen befassen, die sich aus einer verstärkten kommunalen Verantwortung für die ambulante Suchthilfe ergeben. Der GVS will mit diesem Papier seine Mitglieder, die Einrichtungen und Träger der diakonischen Suchthilfe, dabei unterstützen, dass sie als selbstbewusste und fachlich kompetente Partner sich in die vielerorts bereits begonnenen Entwicklungen von kommunalen Steuerungskonzepten für die psychosoziale Suchthilfe einmischen und diese Entwicklung aufgrund ihrer spezifischen Erfahrungen als Mitgestalter von Leistungen der psychosozialen Daseinsvorsorge mit gestalten.

*Anliegen des vorliegenden Papiers:
Kommunalisierung
aktiv und kritisch mit
gestalten*

1.2 Steuerung im Kontext einer Kommunalisierung psychosozialer Suchthilfen

Die psychosoziale Suchthilfe war bislang unstreitig eine soziale Leistung und Aufgabe, die in wenn auch höchst unterschiedlicher „Gewichtsverteilung“ gemeinsam von Ländern, Kommunen und den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege gestaltet, finanziert und verantwortet wurde. Überwiegend wurden die bestehenden Hilfen dabei im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge und einer sozialpolitischen Steuerungsverantwortung der Länder finanziert, die beide im finanzpolitischen Raum aufgrund fehlender eindeutiger einzelgesetzlicher Leistungsverpflichtungen meist als „Freiwilligkeitsleistungen“ betrachtet werden; nur ein kleiner Teil psychosozialer Suchthilfen wurde bislang dem Leistungsspektrum des SGB XII zugeordnet. Die fachlich-strukturelle Steuerung dieser Hilfe erfolgte überwiegend durch Zuwendungs- und Förderrichtlinien der Länder.



Kommunalisierung meint nun die Übertragung von Gestaltungsverantwortung und zunehmend auch deren Finanzierung vom Land auf die Kommunen - bei Einräumung eines meist großen Gestaltungsspielraums bei der kommunalen Bereitstellung von Suchthilfen. Auch wenn diese Verlagerung von Gestaltungsverantwortung nicht unwesentlich durch Einsparüberlegungen der Länder begründet ist, kann dieser Entwicklung eine strukturelle Logik und Plausibilität für den Bereich der Suchthilfen sicher nicht grundsätzlich abgesprochen werden:

- Trotz vieler politischer Absichtserklärungen in Richtung integrierter Versorgungskonzepte ist bei den Versuchen, die sachlich zwingend notwendige Vernetzung von Hilfen aus SGB V, VI, XII und der öffentlichen Daseinsvorsorge auch durch eine verbindliche und partnerschaftliche leistungsrechtliche Verknüpfung zu untermauern und auf dieser Basis abgestimmte und bedarfsorientierte Versorgungsplanungen und patientenorientierte Leistungserbringungen zu ermöglichen, auf der Bundesebene noch kein wirklich praxisrelevanter gesetzgeberischer Durchbruch erzielt worden. Von daher ist die Hoffnung verständlich, ersatzweise dann wenigstens in den Beziehungsnetzen auf der kommunalen Ebene Individuallösungen der Vernetzung entwickeln zu können.
- Nachdem in den meisten Bundesländern eine eindeutige Gesetzgebung fehlt, die eine zumindest partielle Leistungs- und Finanzierungszuständigkeit der Länder für eine psychosoziale Suchthilfe verbindlich festlegen würde, sind aus einer reinen Verwaltungsperspektive die politischen Bemühungen einiger Länder verständlich, sich wenn schon nicht der Finanzierungsverantwortung in Gänze, dann doch wenigstens einer bedarfsorientierten Gestaltungsverantwortung für die psychosoziale Suchthilfe durch die Kommunalisierung dieses Hilfebereichs zu entledigen. Politisch stehen solche Bemühungen zudem im Einklang mit den Strategien einiger Länder, insgesamt die Gestaltung sozialpolitischer Aufgaben möglichst weit auf die kommunale Ebene zu verlagern (vgl. Verwaltungsstrukturreform in BaWü mit der Auflösung der überörtlichen Sozialhilfeträger). Begründet werden solche Strategien damit, dass durch möglichst basisnahe Steuerungsprozesse die bestmögliche Effizienz der Leistungserbringung erzielbar und eine optimierte Bedarfsdeckung erreichbar seien und dass Bedingungsbeziehungen für Probleme und Lösungsansätze hier leichter in den Blick kommen würden.

Aus fachlicher Sicht spricht einiges für eine Kommunalisierung der Suchthilfen im Sinne der Übertragung einer Gestaltungsverantwortung für die psychosoziale Suchthilfe vom Land auf die Kommunen



- Zudem ist auch drei Jahrzehnte nach Etablierung der psychosozialen Beratungsstellen eine stringente fachliche und leistungsrechtliche Differenzierung zwischen den für jeden Bürger voraussetzungsfrei zugänglichen Leistungen der Daseinsvorsorge und den antragsbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe des SGB XII nicht sonderlich weit gediehen (vgl. Regelung der psychosozialen Betreuung bei Substitutionsbehandlung). Gleichzeitig hat mit den Regelungen des §16 SGB II der Bundesgesetzgeber inzwischen auch für einen Teilbereich der allgemeinen Suchtberatung eine eindeutige Leistungszuständigkeit bei den Kommunen festgeschrieben, so dass eine umfassende Steuerungsverantwortung für den Gesamtbereich der psychosozialen Suchthilfen bei den Kommunen letztlich eine Steuerung aus einer Hand ermöglicht.

Allerdings wird überall dort, wo eine Zuständigkeitsverlagerung an die Kommunen schon erfolgt ist, sowohl bei rechtlich scheinbar klar definierten Sozialleistungen wie bei den flexibel gestaltbaren Leistungen der Daseinsvorsorge sehr schnell deutlich, dass Leistungen der Suchtberatung eben oft nicht als Leistungen für alle Bürger, sondern als Leistungen für eine soziale Randgruppe verstanden werden und dass in der Folge häufig v.a. die finanzielle Leistungskraft der einzelnen Kommune und die grundsätzliche Bereitschaft der kommunalpolitischen Akteure zur Gestaltung psychosozialer Teilhabeleistungen faktisch die Gestaltung kommunaler und regionaler Versorgungsstrukturen der Suchthilfe bestimmen. Vor allem dann, wenn Länder bei solchen Kommunalisierungen auf bindende Gestaltungsvorgaben zur Struktur- und Prozessqualität verzichten, kommen sie insofern ihrer grundlegenden gesetzlichen Verpflichtung zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse immer weniger nach. Insbesondere auch Menschen mit spezifischen Hilfebedarfen, die meist nur überregional gedeckt werden können, stehen in Gefahr, bei solchen Kommunalisierungsprozessen „vergessen“ zu werden.

1.3 Kommunalpolitische Verantwortung: was und wie soll denn in einer regionalen Versorgungsstruktur gesteuert werden?

Die politische Zuweisung von Gestaltungsverantwortung für die Suchthilfe stellt viele Kommunen vor ungewohnte fachspezifische Herausforderungen. In vielen Kommunen fehlen bislang fachlich fundierte Konzepte und Kompetenzen für eine Steuerung dieses Hilfebereichs. Die bislang üblichen Richtlinienför-

Den Entwicklungsrisiken bei einer dezentralen, kommunalisierten Versorgungssteuerung müssen die Länder durch bindende Gestaltungsvorgaben zur Struktur- und Prozessqualität entgegenwirken.

Kommunen brauchen spezifische Konzepte und Kompetenzen für eine



derungen für die psychosoziale Suchthilfe verpflichteten ja überwiegend nur zur Abgabe von mit Output-Zahlen gespickten Jahresberichten, die zwar die Perspektive der Leistungserbringer, aber nur selten eine Nutzerperspektive abbildeten und die für sich allein auch keine Steuerungsrelevanz aufwiesen. Entwicklungen und Nichtentwicklungen von Hilfebereichen wurden weitgehend von den diesen Bereich ja mitfinanzierenden Trägern der Suchtberatung selber definiert, während eine politische Einflussnahme v.a. als tagesaktueller und öffentlichkeitswirksamer Aktionismus oder auch als kostenbewusste Verweigerung von beantragten Fördermitteln praktiziert und wahrgenommen wurde.

Aber auch die psychosoziale Suchthilfe hat sich lange Zeit selber nicht wirklich um Steuerungsfragen gekümmert oder kümmern müssen. Im Kontext einer Kommunalisierung sozialer Hilfen, der damit meist verbundenen Ressourceneinschränkungen und eines wachsenden Wettbewerbs und „Marktdrucks“ hatte dies zur Folge, dass es inzwischen nicht nur einen wachsenden politischen Legitimationsdruck für die psychosoziale Suchthilfe gibt, sondern teilweise sogar einen spürbaren Vertrauensverlust hinsichtlich der Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit der Leistungserbringer der psychosozialen Suchthilfe. Insofern sollte auch der Suchthilfe selber daran gelegen sein, im Rahmen kommunaler Steuerungsüberlegungen die Wirksamkeit und Effizienz der von ihr praktizierten Hilfeformen differenziert belegen zu können.

Die Kostenentwicklung im Bereich der Eingliederungshilfen des SGB XII, aber auch der Leistungen im Bereich des SGB II hat vielen Kommunen die Tragweite einer fundierten Steuerung von Sozialleistungen und Versorgungsstrukturen deutlich gemacht und die Frage nach Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der psychosozialen Suchthilfe in den Mittelpunkt der Steuerungsüberlegungen gerückt: „Erfolge“ und Effizienz der öffentlich finanzierten und geförderten Suchthilfe schlagen sich unmittelbar nieder in den Zahlen gerade auch der kommunalen Haushalte. Der kommunalpolitische Umgang mit psychosozialen Hilfen wie der Suchthilfe orientiert sich deshalb zunehmend an Kriterien wie dem einer konsequenten „Verwaltbarkeit“ im Rahmen eines kennziffergestützten Management.; Sozialstaatlich und leistungsrechtlich bindende Vorgaben einer Bedarfsgerechtigkeit und einer Bedarfsdeckung scheinen im Zusammenhang neoliberaler Politikkonzepte und einer allgemeinen Abwertung sozialer Hilfen dagegen fast vernachlässigbare Aspekte. Für die Freie Wohlfahrtspflege, die sich bislang immer auch als Anwalt der Schwachen und Hilfebedürftigen versteht, bedeutet dies eine grundlegende Herausforderung, die zunehmend aber auch in Konflikt gerät mit den eigeninstitutionellen

Steuerung der psychosozialen Suchthilfen

Wie steuerungskompetent und – fähig ist die psychosoziale Suchthilfe?

Für welche Steuerungskriterien entscheiden sich die Kommunen im Bereich der Daseinsvorsorgeleistungen der Suchthilfen: für eine Kosteneinsparung oder für eine Bedarfsorientierung und Bedarfsgerechtigkeit?



Interessen der im sozialen Markt tätigen Dienste und Einrichtungen.

Wenn und solange die psychosoziale Suchthilfe überwiegend eine jeweils politisch zu verantwortende Hilfeleistung der Daseinsvorsorge ist, dann muss auch – trotz aller damit gerade auch im kommunalpolitischen Bereich verbundenen Risiken – eine direkte politische Steuerung dieser Hilfen grundsätzlich akzeptiert werden. Es sollte deshalb nicht der Fall sein, dass überwiegend die „Leistungserbringer“, die zwar über die Inanspruchnahme durch Klienten fachlich und über die Mitfinanzierung der Suchtberatung auch formal dazu legitimiert, aber darüber hinaus nicht demokratisch mandatiert worden sind, mit ihren fachlichen Konzepten eine öffentlich finanzierte Hilfestruktur allein definieren. Wer die psychosoziale Suchthilfe über die Jahre beobachtet weiß auch, dass wie in allen anderen Hilfebereichen eben durchaus auch Eigeninteressen und Eigendynamiken von Einrichtungen und Diensten fachliche Entwicklungen gestaltet oder aber blockiert haben.

Genauso wenig aber kann die kommunale Verwaltung einseitig für sich eine alleinige und überwiegend fiskalisch bestimmte Gestaltungshoheit für diese psychosozialen Hilfen beanspruchen. Unter Bezug auch auf das Subsidiaritätsprinzip kann und muss die Freie Wohlfahrtspflege einfordern, dass politische Abstimmungsprozesse auch die Beteiligung aller Akteure und „Nutzer“ psychosozialer Hilfen im Rahmen kommunaler Planungsprozesse einschließen müssen. Dies gilt in besonderem Maß für die Bestimmung regionaler Versorgungsbedarfe und individueller Hilfebedarfe, für die jeweils im Sinne des SGB IX verbindliche Partizipationsstrukturen festgelegt werden müssen.

Tatsächlich aber scheint in der aktuellen sozialpolitischen Entwicklung das in den Angeboten der Daseinsvorsorge bislang praktizierte Modell einer im Grundsatz partnerschaftlichen Verantwortung von Land, Kommune und Freier Wohlfahrtspflege zunehmend abgelöst zu werden durch das in vielen Politikbereichen favorisierte Marktmodell. Steuerung erfolgt in einem solchen Modell auch nicht mehr durch Abstimmung unterschiedlicher Interessen im Rahmen definierter Ressourcen, sondern entscheidend unter dem Gesichtspunkt von Kostendämpfung. Die Dienste und Einrichtungen der psychosozialen Suchthilfe werden dabei nicht mehr gesehen als relevante (Mit-)Gestalter sozialer Prozesse und Netzwerke, sondern sind reduziert auf die Rolle eines Leistungserbringers, letztlich unabhängig auch vom finanziellen und strukturellen Beitrag, den sie als Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege in diesen Hilfebereich mit einbringen.

Als politisch zu verantwortende Daseinsvorsorge muss die Steuerung der psychosozialen Hilfen durch die (kommunal)politischen Gremien verantwortet werden. Die Träger der Suchtberatung müssen aber als Mitakteure der Daseinsvorsorge bei der Gestaltung der Hilfen verantwortlich beteiligt werden.

Statt partnerschaftlicher Gestaltung der Daseinsvorsorge durch Land, Kommune und Freier Wohlfahrtspflege erfolgt Steuerung zunehmend nach einem einseitig definierten Marktmodell: die Träger der Suchtberatung werden vom Mitgestalter der Daseinsvorsorge zum bloßen Leistungserbringer.



Bei der intensiveren Befassung mit den Versorgungsstrukturen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen werden die Kommunen konfrontiert mit dessen fachlicher Komplexität und Leistungsvielfalt, mit deren leistungsrechtlicher Zergliederung, aber auch mit wenig transparenten konkurrierenden Hilfeangeboten. Die Steuerung der Versorgungsstrukturen und die Abstimmung der unterschiedlichen Leistungsträger und Leistungserbringer erweisen sich als oft mühsam und legen in der Folge die Präferenz kennzahlenorientierter Steuerungsmodelle nahe. Die vielfältigen Probleme bei der Übernahme eines solchen auf der Makroebene der Sozialpolitik unumgänglichen und durchaus sinnvollen Prinzips der Problemvereinfachung auf die Ebene der Gestaltung konkreter Hilfeangebote bei einem meist hochkomplexen Hilfebedarf und bei ganz unterschiedlichen sozialen Rahmenbedingungen wird den Befürwortern solcher Steuerungskennzahlen bei Kommunen und Leistungserbringern - soweit überhaupt - meist erst in der konkreten Umsetzung deutlich. So werden angesichts der Komplexität des Handlungsfelds negative Nebeneffekte von Steuerungsentscheidungen meist erst mit mehrjähriger Verzögerung sichtbar oder es werden die Auswirkungen von unter Kostengesichtspunkten erfolgten Steuerungsentscheidungen auf die in den örtlichen Gemeinwesen tief verwurzelten Trägerstrukturen der Dienste und Einrichtungen nicht berücksichtigt. Letztlich können solche streng kennzahlengestützten Steuerungsprozesse, wenn sie nicht mit hoher Transparenz und in einem partnerschaftlichen und fachlich definierten Abstimmungsprozess erfolgen, dazu beitragen, die gesellschaftliche Legitimation sozialer Hilfen weiter zu verringern: Sozialpolitik ist nicht mehr Politik mit und für die Menschen.

Kommunen neigen verständlicherweise bisweilen dazu, die Versorgung Suchtkranker ähnlich zu behandeln wie ihre Steuerungsverantwortung in der Eingliederungshilfe und dabei sowohl die leistungsrechtliche Komplexität und Zergliederung der Suchtkrankenversorgung als auch die Gestaltungsverantwortung der Freien Wohlfahrtspflege bei den Hilfen der Daseinsvorsorge zu vernachlässigen. Angesichts einer intensiven wechselseitigen Bezogenheit und Abhängigkeit aller Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen in der Versorgung suchtgefährdeter und abhängiger Menschen ist die Reichweite und Bindungskraft kommunaler Steuerungsbemühungen in diesem Hilfebereich aber relativ begrenzt: Kommunen müssen die Abhängigkeit ihrer Steuerungsanstrengungen vom jeweiligen Stand suchtmmedizinischer und suchtrehabilitativer Versorgung nüchtern anerkennen.

Andererseits geht es bei solchen Steuerungsaufgaben aber auch immer um bedarfsbezogene Hilfeleistungen, sodass die

Die Komplexität des Helfefeldes lässt kennzahlenorientierte Steuerungsmodelle attraktiv erscheinen; diese werfen jedoch viele Schwierigkeiten auf und entwickeln oft (nicht intendierte) Nebenwirkungen.

Der Auftrag zur öffentlichen psychosozialen Daseinsvorsorge unterliegt grundlegend anderen Gestaltungsgrundsätzen als die Verpflichtungen aus den einzelnen Sozialleistungsrechten.



gerade im Bereich der Suchthilfen – im Vergleich etwa zu den Hilfebedarfen körperlich behinderter Menschen - immer wieder sich rasch verändernde Klientennachfrage für Steuerungsentscheidungen zu antizipieren wäre: planerische Mengenbegrenzungen für die kommunal finanzierte psychosoziale Betreuung bei Substitutionsbehandlung berücksichtigen beispielsweise weder die weitestgehende Abhängigkeit dieses Hilfeangebots von der Entwicklung bei den substituierenden Ärzten noch das tatsächliche Nachfrageverhalten der Drogenabhängigen.

Die Anwendung des Marktmodells impliziert aber auch, dass Politik sich Versorgungssteuerung im Grunde auch ausschließlich und unmittelbar über finanzielle Impulse vorzustellen bereit ist. Dabei wird systematisch ausgeblendet, dass soziale Arbeit wie andere Leistungen der Daseinsfürsorge in aller Regel eben nicht nur als Summe von Einzelleistungen abbildbar ist, sondern immer auch Strukturleistungen und Strukturqualitäten beinhaltet, die durch solche outcomegesteuerten Finanzierungsmodelle unmittelbar in ihrem Bestand gefährdet sind. Und es verschwimmt die unerlässliche Differenzierung zwischen einer Steuerung der Entwicklung solcher sozialstaatlich notwendiger Versorgungsstrukturen und einer Steuerung / Verknappung öffentlicher Finanzmittel.

1.4 Zur weiteren Gliederung dieses Papiers

Der GVS als Bundesfachverband der Suchthilfe mit einer Gesamtverantwortung für alle Bereiche der Suchthilfen will mit dem vorliegenden Papier gegenüber seinen Mitgliedern einen Anstoß geben und Argumentationen klären für eine fachlich differenzierte Auseinandersetzung mit den aktuellen politischen Steuerungskonzepten für die psychosoziale Suchthilfe. Nur wer die mit den Konzepten politischer Steuerung verbundenen grundsätzlichen Fragestellungen fundiert kennt und diese auch bei einrichtungsbezogenen Entwicklungsentscheidungen berücksichtigen kann, kann sich u.E. auch in einer kommunalisierten Suchthilfe weiter kompetent engagieren und die Interessen der Hilfesuchenden und der eigenen Einrichtungen und Dienste konsequent vertreten.

Das vorliegende Papier orientiert sich dabei nach den bisherigen Kontextbeschreibungen an mehreren für diese Fachdiskussion aus unserer Sicht entscheidenden fachlichen Stichworten:

Leistungen der Daseinsvorsorge wie die psychosoziale Suchthilfe sind mehr als die Summe einzelner konkret erbrachter Leistungen; sie sind durch outcomegesteuerte Finanzierungsmodelle in ihrem Bestand gefährdet.

Weitere Gliederung des Papiers:

- Bedarfsfeststellung*
- Verpflichtung zur sozialstaatlichen Daseinsvorsorge vs. Leistungsrechtliche Marktdynamik*
- Methodik einer Outcome-Steuerung*
- Grundkonzepte der Steuerung sozialer Arbeit*



Bedarfsfeststellung

Jeder gesellschaftliche Kontext definiert und begrenzt die Ressourcen für gesellschaftliche Fürsorge- und Teilhabeleistungen; jeder gesellschaftliche Kontext prägt aber auch die Vorstellungen von Hilfebedürftigkeit und realistischer Eigenverantwortung. Bedarf ist somit sicherlich nie eine objektive Größe, sondern muss sich immer kontextabhängig messen lassen an geltenden gesetzlichen Regelungen und an relevanten sozialen und ethischen Normen.

Individuell einklagbare bzw. gerichtlich überprüfbare Regelungen zu einzelnen Sozialleistungen bestimmen dabei die Deckung individueller Hilfebedarfe, implizieren aber durch ihre unterschiedlichen leistungsrechtlichen Zieldefinitionen und zersplitterte Zuständigkeitsregelungen auch das Risiko einer Verkürzung von einer notwendigen umfassenden Teilhabeförderung auf personenbezogene und leistungsrechtlich gegliederte Einzelbedarfe. Die Versuche des Gesetzgebers, mit den umfassenden Regelungen des SGB IX dieser Zersplitterung im Interesse der Hilfe bedürftigen Menschen und ihrer Gestaltungsrechte entgegenzuwirken, sind bislang in der Versorgungswirklichkeit der Suchthilfen meist noch ohne spürbare Bedeutung. Die aktuelle sozialstaatliche Strategie einer Individualisierung von Lebenslagen wirkt sich deshalb für die betroffenen Menschen aus als Notwendigkeit, immer wieder neu als Bittsteller auftreten und die Existenz von Hilfebedarfen rechtfertigen zu müssen. Faktisch führt diese Form der Individualisierung oft zu einer „Bedarfsdeckelung“, einer rechtlich definierten und legitimierten Eingrenzung von belegbaren individuellen Hilfe- und Teilhabebedarfen (vgl. Regelsatz des ALG II).

Für die Steuerung von Versorgungsstrukturen ist es demnach entscheidend,

- welche individuellen und sozialräumlichen Hilfebedarfe und Förderungsnotwendigkeiten überhaupt berücksichtigt werden
- welche Hilfebedarfe in welcher Form in konkrete Hilfeplanungen und Handlungsaufträge einfließen
- welche strukturellen (z.B. Personalqualifikation) oder finanziellen (z.B. Leistungsbudgets) Vorgaben für die Leistungserbringung eine bedarfsgerechte, nutzerorientierte und effiziente Hilfeleistung beeinflussen und beeinträchtigen.

⇒ **Verpflichtung zur allgemeinen sozialstaatlichen Daseinsvorsorge vs. leistungsrechtliche Marktdynamik**

Der sozialstaatliche Handlungsauftrag der öffentlichen Daseinsvorsorge kollidiert aus unserer Sicht ganz grundsätzlich mit einer konsequenten Marktorientierung (vgl. die fundamentale Kritik an den Programmen der Weltbank zur Privatisierung von Wasserversorgung). Andererseits darf nicht verkannt werden, dass sich auch weite Teile der Freien Wohlfahrtspflege zwischenzeitlich als aktive Marktteilnehmer positioniert haben. Die rechtliche Entwicklung innerhalb der EU lässt auch im Bereich sozialer Dienstleistungen eine Ausweitung der schon vorhandenen Marktorientierung ohne konsequente Marktkontrollmechanismen befürchten.

In der Auseinandersetzung mit den Anforderungen an die öffentliche Daseinsvorsorge müssen deshalb Folgerungen für die Frage der Versorgungssteuerung geklärt und Forderungen im Kontext einer Marktorientierung konkret benannt werden. Dabei muss auch thematisiert werden, wer denn die sozialen Kriseneffekte einer solchen Marktdynamik verantworten und auflösen soll: in der aktuellen Entwicklung droht über das fachlich zunächst sinnvolle Konzept einer Versorgungsverantwortung oder über vergleichbare Finanzierungsbudgets eine Entwicklung, bei der die Folgen reduzierter Steuerungsentscheidungen einseitig den Leistungserbringern angelastet werden und in der Folge mit allen Konsequenzen von den Hilfesuchenden „ausgebadet“ werden müssen, rechtfertigt durch generalisierte gesetzliche Regelungen.

⇒ **Methodik einer Outcome-Steuerung**

Wohl niemand dürfte in Frage stellen, dass eine Orientierung von Versorgungssteuerung an den individuellen und sozialen Ergebnissen der Hilfeprozesse grundsätzlich sinnvoll und wünschenswert ist. Wer soziale Arbeit kennt, der weiß aber auch, wie schwierig und immer wieder entwicklungs offen und veränderungsbedürftig Zielsetzungen bei der Unterstützung eines einzelnen hilfebedürftigen Menschen sind. Die Dynamik von sozialen Hilfeprozessen lässt sich nur begrenzt in Analogie zu technischen Prozessen auf einen linearen Zusammenhang von anfänglicher Zielsetzung und tatsächlicher Zielerreichung reduzieren.

Steuerungsentscheidungen müssen zudem immer größere Gesamtheiten von Hilfesuchenden im Blick haben. In dieser Generalisierung und Typisierung aber wird es

bei individuellen, personenzentrierten Hilfen immer schwieriger, übergreifend gewünschte Wirkungen und Ziele zu benennen, die einerseits als Outcome-Leistungen auch zeitnah und damit steuerungsrelevant sauber messbar sind und die andererseits überhaupt als gezielte Wirkung sozialer Arbeit gestaltet werden können: angesichts der Vielzahl von Entwicklungsdimensionen sind die wesentlichen Veränderungseffekte sozialer Arbeit häufig eben nicht die, die zu Beginn gezielt angestrebt worden sind.

Zu diesen methodischen Fragen gehört auch das gerade für die psychosoziale Suchthilfe brisante Thema der Evidenzbasierung von Hilfen. Hier muss verdeutlicht werden, wo die Grenzen der Evidenzbasierung angesichts der Forschungslage im Bereich psychosozialer Hilfen liegen und welche Risiken mit einer vorschnellen Übernahme solcher zunächst durchaus seriöser wissenschaftlicher Qualitätsforderungen für die Suchthilfepraxis verbunden sind.

⇒ **Grundkonzepte der Steuerung sozialer Arbeit**

Politik neigt dazu, politische Steuerungsentscheidungen vor allem an kurzfristigen Kostenfragen zu orientieren. Eine solche überwiegend monetäre Perspektive führt fast automatisch auch zu einseitigen Steuerungsmodellen, bei denen nicht nur individuelle und soziale Kosten vernachlässigt, sondern auch die Gesamtheit langfristiger öffentlicher Kosten der verschiedenen öffentlichen Kassen meist nicht berücksichtigt wird. Diesen Konzepten instrumenteller Steuerung werden in diesem Papier Grundsätze einer reflexiven Steuerung gegenübergestellt und es werden deren Effekte für die Gestaltung der Hilfen, die Entwicklung der Versorgungsstrukturen und die Gestaltung öffentlicher Diskurse beleuchtet.

Dabei soll dann aber auch deutlich gemacht werden, dass – auch auf dem Boden unserer gesetzlichen Grundlagen – statt der gewohnten Steuerung für Hilfebedürftige auch die Entwicklung von Steuerungsmodellen mit den Hilfebedürftigen denkbar und notwendig ist. Wir setzen uns, gerade auch als diakonische Hilfebringer, mit der Frage auseinander, ob eine konsequente Nutzerorientierung bis hin zum Einbezug in Versorgungssteuerung nur sozialer Luxus ist oder als Chance gesehen werden muss für eine effiziente und nachhaltige Wirksamkeit von Hilfen.

2 Hilfebedarfserfassung

2.1 Die Erfassung von Hilfebedarfen in der psychosozialen Suchthilfe

Grundlage für jeden psychosozialen Hilfeprozess ist ein subjektiver Hilfebedarf. Im Bereich von Abhängigkeitserkrankungen können Hilfebedarfe allerdings ganz unterschiedliche Lebensbereiche (z.B. Gesundheit, Arbeitsplatzgefährdung, Wohnungsverlust, Partnerschaftsprobleme, Erziehungsprobleme etc.) betreffen und auch von Personen aus dem Beziehungsnetz des abhängigen Menschen (Partner, Kinder, Eltern, Kollegen etc.) geltend gemacht werden. Angesichts der Unterschiedlichkeit aber auch Komplexität von Hilfebedarfen in den Alltagssystemen abhängiger Menschen hat die Suchtberatung als Hilfeangebot im Rahmen sozialstaatlicher Daseinsvorsorge besondere Bedeutung: sie ermöglicht einen voraussetzungs-freien und geschützten Zugang zu psychosozialer Beratung ausschließlich auf der Basis eines subjektiven Hilfebedarfs.

Die spezifischen Aufgaben einer solchen Suchtberatung lassen sich dann in 5 Bereiche aufgliedern:

- die Klärung auch verdeckter Problemzusammenhänge, sozialer und materieller Interdependenzen zum Indexproblem und damit eines umfassenden aktuellen Hilfebedarfs im Rahmen eines qualifizierten psychosozialen Beratungsprozesses
- die Klärung leistungsrechtlich relevanter Hilfebedarfe
- die Motivierung zur Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen und zur Veränderung von Alltagsverhalten im Rahmen einer Hilfeplanung
- die Sicherstellung eines CM angesichts einer leistungsrechtlich und institutionell zersplitterten Versorgungsstruktur mit zahlreichen Betreuungsbrüchen
- die Sicherung einer Nachhaltigkeit des Unterstützungsprozesses durch Nachsorge und Krisensicherung.

Subjektive Hilfebedarfe stellen sich in aller Regel dar als Schilderung von Mangel / Unfähigkeit / Störung / schuldhaftem Versagen. Eine behutsame und dennoch gezielte Auseinandersetzung mit dieser Problemfokussierung ist nicht nur ethisch wichtig, sondern durchaus auch leistungsrechtlich relevant: eine verengte Problemfokussierung verdeckt den Blick auf vorhandene interne oder soziale Entwicklungsressourcen und hat

Die Leistungen der Daseinsvorsorge in der psychosozialen Suchthilfe ermöglichen einen voraussetzungs-freien und geschützten Zugang zu Hilfen für Betroffene und Angehörige sowie eine fundierte Feststellung aktuell relevanter Hilfebedarfe.



dadurch Auswirkungen auf den bei sorgfältiger Betrachtung der gesamten Lebenssituation des konkreten Menschen aktuell verbleibenden gesellschaftlichen Unterstützungsbedarf. Problemfokussierungen beeinträchtigen zudem oft erheblich die Veränderungsbereitschaft, bzw. das entsprechende Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten; und sie erschweren nicht zuletzt oft die Inanspruchnahme sozialstaatlicher Unterstützungsleistungen (Scham, Angst vor Ausgrenzung oder Entwertung, Unkenntnis der eigenen Mitgestaltungsrechte).

Bei der sozialen Arbeit mit solchen subjektiven Hilfebedarfen ist der rechtliche Rahmen der Leistungen der Daseinsfürsorge von besonderer Bedeutung. Im Gegensatz zu rechtlich definierten Sozialleistungen ist hier weder ein Antrag noch eine leistungsrechtliche Anerkennung eines Hilfebedarfs bzw. eine positive Erfolgsprognose für die Inanspruchnahme der Suchtberatung von Bedeutung. In der Folge gibt es auch keine Lockerung/ Aufhebung des Datenschutzes gegenüber den Finanziers der Suchtberatung sondern die Suchtberater sind grundsätzlich an ihre berufliche Verschwiegenheitsverpflichtung gebunden. Und schließlich gibt es im Rahmen der Daseinsvorsorgeleistungen auch keine Mitwirkungsverpflichtung des Hilfebedürftigen, sondern der Hilfesuchende steuert selber verantwortlich die Inanspruchnahme und die Gestaltung seiner Hilfe.

2.2 Hilfebedarfserfassung im Sozialleistungsrecht am Beispiel der Regelungen des SGB XII

Die Regelungen des SGB XII gehen dagegen wie die aller Sozialleistungsgesetze von ganz anderen Handlungsperspektiven aus.¹ Hier geht es um die verbindliche und justiziable Regelung individueller Leistungsansprüche und die Festlegung korrespondierender Mitwirkungspflichten; und es geht um Fragen im Kontext der Sicherstellung von Versorgung, also um die angemessene Finanzierung der Hilfeleistungen und um die Gewährleistung einer sparsamen und effizienten Verwendung öffentlicher Mittel. Das bereits erwähnte Dilemma der Unterscheidung zwischen der Steuerung notwendiger Versorgungsleistungen und der Steuerung einer angemessenen und sparsamen Finanzierung konkretisiert sich dabei in der Bestimmung von individuellen Hilfebedarfen. Die Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe basiert auch für den Bereich der Suchthilfen im wesentlichen auf den Regelungen des §76,2 und des §79, 1 (2) SGB XII. Auch wenn die leistungsrechtlichen Anforderungen an Hilfebedürftige im ersten Kapitel des SGB XII recht offen formuliert sind, wird doch im weiteren Gesetz deutlich, dass im Gegensatz zu den voraussetzungsfrei als Bürgerrecht zugänglichen Leistungen der Daseinsvorsorge hier die Anerkennung

Anders als im Rahmen der Daseinsvorsorge beruhen Hilfen im Rahmen des SGB XII überwiegend auf individuellen Rechtsansprüchen.



eines spezifischen Hilfebedarfs durch den Leistungsträger Voraussetzung für die Gewährung jeglicher Hilfe ist. Andererseits existieren aber auch im Rahmen der SGBs V/VI eigenständige Definitionen von Hilfebedarfen, die bislang nur in der Gesetzestheorie durch das SGB IX miteinander verbunden und aufeinander bezogen sind. Wenn kommunale Steuerung deshalb von Hilfebedarfserfassung spricht, muss bewusst sein, dass hier in aller Regel ausschließlich die durch das SGB XII definierten bzw. von dessen Leistungsträgern anerkannten Hilfebedarfe und Versorgungsleistungen gemeint sind und insofern von einer ganzheitlichen Erfassung eines individuellen Hilfebedarfs, wie dies die diakonische Suchthilfe immer wieder im Interesse der Menschen fordert, meist kaum die Rede sein kann.

Nach den erwähnten Regelungen des SGB XII ist – auch im Interesse der Finanzierung und Steuerung der Hilfen - die Zuordnung des einzelnen Leistungsberechtigten zu einem Leistungstyp und zu einer Hilfebedarfsgruppe notwendig. Konkrete inhaltliche Aussagen zur Hilfebedarfserfassung werden im SGB XII aber nicht gemacht. Bundesweit ist in der Folge eine Vielzahl verschiedener Systeme einer Hilfebedarfserfassung und Leistungstypisierung in Anwendung. Diese Systeme basieren auf ganz unterschiedlichen inhaltlichen Kriterien und spiegeln eine große qualitative und quantitative Bandbreite fachlicher Positionen wider (z.B. defizitorientiert vs. ressourcenorientiert; funktions- oder teilhabeorientiert; Fachleistungsstunde vs. Punktesystem; begrenzt auf stationäre und teilstationäre Einrichtungen vs. für alle Leistungsangebote).

Die Erfassung der leistungsrechtlich definierten und gleichzeitig für einen nachhaltigen Erfolg der geplanten Maßnahmen relevanten Hilfebedarfe stellt eine grundlegende Schwierigkeit bei der Steuerung aller psychosozialen Leistungen und bei der Entwicklung bedarfsbezogener Hilfeangebote dar. Im Bereich der psychischen Erkrankungen und der Abhängigkeitsstörungen wird dies noch dadurch verkompliziert, dass hier Hilfebedarfe sich teilweise eben nicht als aktuell beobachtbare Fähigkeitsdefizite oder Funktionsbeeinträchtigungen abbilden, sondern als sog. Aktualisierungsdefizite: die Menschen beherrschen grundsätzlich die notwendigen konstruktiven Verhaltensweisen, können diese aber im Lebensalltag krankheitsbedingt nur teilweise der Situation angemessen umsetzen.

In der Versorgungswirklichkeit wird diese fachliche Grundproblematik einer Hilfebedarfsfeststellung allerdings noch verschärft durch die gesetzliche Aufgabe der Bildung von Hilfebedarfsgruppen und der Regelung angemessener Entgelte. Da dies aber die entscheidenden Vertragsinhalte zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer sind, kann man *rechtsdogma-*

Hilfebedarfserfassung im Rahmen des SGB XII kann nur schwer Hilfebedarfe ganzheitlich erfassen; v.a. Hilfebedarfe jenseits des SGB XII geraten da nur schwer in den Blick.

Trotz eines einheitlichen Leistungsrechts im SGB XII wird bundesweit eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente zur Hilfebedarfserfassung eingesetzt.

Die Feststellung von Hilfebedarfen ist im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen dadurch erschwert, dass hier häufig sogenannte „Aktualisierungsdefizite“ vorliegen.



tisch die Hilfebedarfserfassung auch lediglich als Kalkulationsgrundlage zur Leistungsvergütung sehen. Die Feststellung eines Hilfebedarfes ist auf diesem Hintergrund nur noch ein Verwaltungsakt des örtlichen Sozialhilfeträgers.

Auch wenn die Finanzierung psychosozialer Hilfeleistungen am individuellen Hilfebedarf anknüpfen sollte, erfolgt doch in aller Regel keine individualisierte direkt hilfebedarfsbezogene Kalkulation und Finanzierung des dafür notwendigen Kostenaufwands. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass durch die im Gesetz formulierte Vergleichbarkeit von Hilfebedarfsgruppen sowohl eine individuelle Bedarfsgerechtigkeit gewährleistet ist als auch den Leistungs- und Finanzierungsinteressen der Einrichtungen und Dienste hinreichend Rechnung getragen wird. Eine individuelle und effiziente Bedarfsdeckung - ein wesentliches Merkmal der Personenzentrierung - bleibt in dieser Rechtskonstruktion faktisch weitgehend Aufgabe und Verantwortung des Leistungserbringers.

Alle standardisierten Instrumente einer Hilfebedarfserfassung und die daraus abgeleitete Eingruppierung in mehr oder weniger klar differenzierte Hilfebedarfsgruppen sind immer nur ein zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern ausgehandeltes Abbild individueller und sozialer Wirklichkeit und sind nicht eine umfassende und v.a nicht die subjektive Wirklichkeit des Hilfebedürftigen / Leistungsberechtigten selbst. Die Instrumente zur Hilfebedarfserfassung und -planung sind immer nur Gerüste bzw. Handwerkszeuge, die letztlich im fallbezogenen Prozess mit Leben ausgestaltet werden müssen, die aber auch durch ihre Sprache bzw. ihren gesamten „Geist“ Lebenswirklichkeiten definieren und v.a. die Handlungsperspektiven der Leistungserbringer eingrenzen.

Die tiefgreifende Spannung zwischen den fachlich-methodischen Anforderungen aus den Konzepten der Personen- und Ressourcenorientierung einerseits und den Erfordernissen eines effizienten und kostendämpfenden bürokratischen und administrativen Verfahrens andererseits kann nur vermindert werden, wenn spezifische Anforderungen

- an das Erfassungsinstrument
- an die Leistungserbringer und die Rehabilitationsträger
- an den Kontext der Hilfebedarfserfassung im Rahmen eines Gesamtplanverfahrens und Fallmanagements konsequent umgesetzt werden.

Im Folgenden sind einige wesentliche Inhalte solcher Anforderungen skizziert.

Die Gewährleistung einer individuellen Bedarfsdeckung liegt faktisch weitestgehend in der Verantwortung der Leistungserbringer.

Die standardisierten Instrumente der Hilfebedarfserfassung können die Lebenswirklichkeit, insbesondere die subjektive Realität der Leistungsberechtigten, nur höchst unzureichend abbilden.



2.3 Fachliche Anforderungen an ein Instrument der Hilfebedarfsfeststellung

Bei der Konzipierung des Hilfebedarfserfassungsinstruments sind folgende Aspekte zu beachten:

- Das Erfassungsinstrument sollte basierend auf der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) entwickelt sein, d. h. im höchsten Maße ressourcenorientiert sein. Behinderung ist entsprechend dieses Klassifikationsinstrumentes der WHO keine individuelle Zuschreibung, sondern resultiert aus der gestörten oder nicht entwickelten Interaktion zwischen der einzelnen Person und der materiellen und sozialen Umwelt. Es ist davon auszugehen, dass jedes für die Hilfebedarfserfassung genutzte Klassifikationsschema weitgehende Auswirkungen auf die gesamte Versorgungsstruktur und die zur Verfügung stehenden Hilfeformen hat. Das ICF-System müsste allerdings wissenschaftlich erst zu einem tauglichen Assessmentverfahren weiterentwickelt werden. Wesentlich ist, dass die Bedeutung der Teilhabeleistungen umfassend abbildbar wird.
- Das Erfassungsinstrument muss geeignet sein, Hilfebedarfe der Leistungsberechtigten unabhängig vom möglichen Ort der Hilfestellung zu erfassen (in ambulanten Diensten, teilstationären und stationären Einrichtungen) und gleichzeitig auch den Anforderungen einer Hilfebedarfserfassung hinsichtlich des Persönlichen Budgets für die Eingliederungshilfe gerecht zu werden.
- Unabhängig von dem durch die Gesetzessystematik ermöglichten großen Gestaltungsfreiraum für die einzelnen Leistungsträger sollte das Erfassungsinstrument - im Interesse der Hilfebedürftigen und der Leistungserbringer - bundesweit möglichst einheitlich und verbindlich eingesetzt werden.
- Eine Umrechnung von individuellen Hilfebedarfen in Punkt- oder Zeitwerte und eine daraus abzuleitende Maßnahmepauschale sollte im höchsten Maße transparent erfolgen.

Anforderungen an Instrumente der Hilfebedarfsfeststellung:

ressourcenorientiert durch Ausrichtung an ICF

Einsetzbar unabhängig von der Art der Einrichtung

Möglichst bundesweit einheitlich



2.4 Fachliche Anforderungen an das Verfahren der Hilfebedarfserfassung

- a) Eine Hilfebedarfserfassung im Rahmen des SGB XII ist in eine Gesamtplanung nach § 58 SGB XII einzuordnen. In diesem Zusammenhang sind auch verbindliche Hilfeplankonferenzen einzurichten, die nach einheitlichen fachlichen Standards und Verfahrensregelungen tätig sind.
- b) Hilfebedarfserfassung als Beziehungsprozess und eine darauf aufbauende Hilfeplanung entwickeln sich in einem Spannungsverhältnis von expliziten und impliziten (z.B. Kostenreduktion) Zielen aller Beteiligten, das in transparenter und partnerschaftlicher Form nach den Orientierungen des SGB IX gestaltet werden muss. Leistungsberechtigte und auch deren Angehörige oder Bezugspersonen haben bisweilen durchaus widersprüchliche bzw. sich verändernde Ziele, haben ganz persönliche Sichtweisen und Erwartungen an „ihren“ Hilfeprozess. Aber auch die grundsätzliche Spannung zwischen den Interessen und Handlungsoptionen einer Institution der Leistungserbringung und der fachlichen Erwartung an personenzentrierte und individuelle (also letztlich de-institutionalisierte) Leistungserbringung muss offen und transparent kommuniziert werden.
- c) Die Feststellung von individuellen Hilfebedarfen gerade bei Menschen mit psychische Erkrankungen oder Abhängigkeitsstörungen setzt eine hohe fachliche und menschliche Kompetenz voraus und kann ganz sicher nicht sinn- und wirkungsvoll nur als kurzzeitiges Verwaltungsverfahren gestaltet werden. Diese fallbezogene menschliche und fachliche Kompetenz braucht einerseits eine ausreichende Qualifizierung / Schulung aller prozessbeteiligten Personen (sowohl der Leistungserbringer als auch der Rehabilitations- und Leistungsträger) und die Verfügung über ausreichende Zeitressourcen für den Gesamtprozess einer Erfassung der Hilfebedarfe und einer personenzentrierten Hilfeplanung. Gerade die Erfassung verdeckter sozialer Risiken oder die Berücksichtigung biografisch verankerter Hilfebedarfe setzt eine stabile Vertrauensbeziehung voraus. Die Anwendung eines Instruments der Hilfebedarfserfassung muss in jedem Fall auch einem verbindlichen Verfahren einer anerkannten Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung unterliegen.
- d) Psychosoziale Hilfebedarfe sind – ganz unabhängig von den Definitionen der einzelnen Sozialleistungsrechte – immer auch Teilhabebedarfe. Eine darauf aufbauende Hil-

Gesamtplanung / Hilfeplankonferenzen

Hilfebedarfsfeststellung als partnerschaftlicher Prozess:

Offene Kommunikation unterschiedlicher Ziele und Interessen

Hohe fachliche und menschliche Kompetenzen sowie ausreichende zeitliche Ressourcen sind gefordert.

Jedes Verfahren der Hilfebedarfsfeststellung muss einer Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung unterworfen sein.



feplanung und die Umsetzung dieser Zielsetzungen setzen die Partizipation des Leistungsberechtigten zwingend voraus. Die Leistungsberechtigten müssen deshalb – unter Berücksichtigung ihrer individuellen Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten - konsequent an der Feststellung des aktuellen Hilfebedarfes und nutzbarer persönlicher und sozialer Ressourcen beteiligt werden. Dies schließt über die individuelle Gestaltung der Arbeitsbeziehung hinaus eine individuell geeignete Aufklärung über den Sinn, den Zweck und die gesetzlichen Grundlagen einer Hilfebedarfserfassung und Planung sowie den deutlichen Hinweis auf den auch einklagbaren Grundsatz des Wunsch- und Wahlrechts mit ein.

- e) Abhängigkeitskranke Personen sehen bisweilen krankheitsbedingt nicht oder nur eingeschränkt den Bedarf und die Notwendigkeit der Unterstützung durch Leistungen zur verbesserten sozialen Teilhabe (Verleugnungstendenzen oder auch die spezifische Compliance bei Menschen mit seelischer Behinderung), zumal dann, wenn solche Leistungen mit einem persönlichen Aufwand des Betroffenen/oder mit der Notwendigkeit einer Umorientierung komplexer alltäglicher Verhaltens- und Beziehungsmuster verbunden sind (z.B. Abstinenz). Solche „krankheitsspezifischen“ Besonderheiten dürfen aber bei diesen Menschen nicht zum Nachteil bei der Bedarfserfassung resp. Hilfeplanung/-leistung führen. Die subjektive Problemwahrnehmung und Lösungsperspektive des Klienten ist unverzichtbare Grundlage einer Hilfebedarfserfassung und einer Hilfeplanung, muss aber in aller Regel in einem qualifizierten Entwicklungsprozess auch um die für die Fachkraft sichtbaren Aspekte des sozialen Kontextes und um prognostische Einschätzungen auf der Grundlage beruflicher Kompetenzen ergänzt werden.

- f) Zwar soll im leistungsrechtlichen Kontext der aktuelle Hilfebedarf eines Menschen erfasst werden; im Interesse einer wirksamen Teilhabeorientierung und der Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der gewährten Hilfen kann eine psychosoziale Hilfebedarfserfassung allerdings in aller Regel nicht nur punktuell, sondern muss unter Berücksichtigung der bisherigen Lebensentwicklung, persönlicher Risikofaktoren und von kritischen Alltagsaspekten auch perspektivische Hilfebedarfe in die umfassende Hilfeplanung einbeziehen. Gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sind insoweit Maßnahmen zur Sicherung der Zielerreichung auch langfristig einzuplanen.

Eine wirkungsvolle Feststellung von Hilfebedarfen braucht zwingend die Partizipation der Leistungsberechtigten

Berücksichtigung der krankheitsbedingt bisweilen eingeschränkten Problemwahrnehmungen Betroffener

Perspektivische Einbeziehung langfristiger Hilfebedarfe



Nach aller fachlichen Erfahrung ist zudem immer zu berücksichtigen, dass die „Offenlegung“ von persönlichen Hilfebedarfen oder Risikofaktoren im Suchtbereich in erheblichem Maße schambesetzt ist und dass sie deswegen häufig erst nach dem Aufbau einer tragfähigen helfenden Beziehung und der Erfahrung erster positiv bewerteter Entwicklungen vom jeweiligen Klienten gewagt wird und dass anfänglich artikulierte Notlagen dann oft auch erweitert werden.

- g) Aufgrund dieser Prozessabhängigkeit müssen Feststellungen von Hilfebedarfen gerade im psychosozialen Bereich regelmäßig in verbindlich vereinbarten Zeiträumen überprüft und unter Berücksichtigung persönlicher Entwicklungen und Bedürfnisse modifiziert werden.
- h) Weitgehende personale Kontinuität und absolute Verlässlichkeit der Leistungserbringung sind grundlegende Prinzipien eines Konzepts der Personenzentrierung. Die in der Gesamtversorgung suchtkranker Menschen bestehende starke Fragmentierung der Leistungserbringung durch ganz verschiedene Leistungserbringer und viele Bezugspersonen wird den Ansprüchen einer konsequenten Personenzentrierung nicht gerecht, die die Selbstbestimmung, die Eigenverantwortung und die Selbstwirksamkeit der Klienten fördern, aber auch nicht überfordern will. Die Regelung eines verbindlichen und mit den notwendigen Ressourcen ausgestatteten Case-Managements kann helfen, Leistungen wie aus einer Hand zu koordinieren und verschiedene Leistungsangebote und Institutionen personensorientiert zu verknüpfen. Die Weiterentwicklung bzw. Ermöglichung integrierter Versorgungsangebote nach §140a SGB V muss deshalb auch im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen rehabilitationsträgerübergreifend forciert werden, unter Einbeziehung des Leistungsspektrums der nicht leistungsfinanzierten Suchtberatung.

Organisations- und Entgeltmodelle, die – im Interesse einer klaren Existenzsicherung für den Hilfebedürftigen - Unterkunftskosten und Verpflegungskosten von Leistungen zur Förderung der sozialen / beruflichen Teilhabe unterscheiden und die weitgehend gemeinwesenorientiert und alltagsintegriert (ambulant) ausgerichtet sind, sind zu bevorzugen. Auch Leistungen über das Persönliche Budget sind für abhängigkeitskranke Personen in geeigneten Fällen anzuregen.

Der tatsächliche Umfang von Hilfebedarfen wird oft erst nach dem Aufbau einer tragfähigen helfenden Beziehung erkennbar

Hilfeplanungen müssen regelmäßig überprüft und angepasst werden

Im Interesse einer personellen Kontinuität und der Verlässlichkeit der Leistungserbringung ist ein qualifiziertes Case-Management zur Überwindung der Probleme notwendig, die aus der Fragmentierung des Hilfesystems rühren.

Eine Trennung der Leistungen zur Existenzsicherung von denen der Teilhabe ist anzustreben



3 Sozialstaatliche Daseinsvorsorge und sozialer Dienstleistungsmarkt

3.1 Was ist sozialstaatliche Daseinsvorsorge?

Der Begriff der Daseinsvorsorge kennzeichnet die sozialpolitische Aufgabe und Verpflichtung eines Gemeinwesens, existenzsichernde Leistungen für alle Bürger vorzuhalten. Diese Verpflichtung zur Daseinsvorsorge lässt sich aus dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I GG)² ableiten, sie ist aber nur an wenigen Stellen konkret gesetzlich normiert.

Daseinsvorsorge meint die Sicherstellung von Einrichtungen und Diensten zur Versorgung der Bevölkerung mit den für ein Leben in Gemeinschaft grundlegenden Gütern und Dienstleistungen. Dabei sind Fragen der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Akzeptanz so zu beantworten, dass eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist.

Der Bereich der Leistungen der Daseinsvorsorge beschränkt sich dabei keineswegs nur auf Leistungen im sozialen Bereich, sondern umfasst ebenso die Bereiche Energie, Wasser und Abfall, Mobilität (Nahverkehr), Kultur und Bildung (Bibliotheken, öffentliche Schwimmbäder), Finanzwirtschaft (Sparkassenwesen) etc.

Das zentrale Problem in der Diskussion um den Begriff der Daseinsvorsorge ist dessen gleichzeitig politische und rechtliche Dimension: einerseits ist die Konkretisierung von Leistungen der Daseinsvorsorge notwendigerweise Gegenstand interessengeleiteter gesellschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen; andererseits ist „die Daseinsvorsorge“ aber eben auch ein wenn auch unspezifischer Rechtsbegriff, aus dem Verpflichtungen der Kommunen und im Gegenzug auch Ansprüche der Bürger abzuleiten sind.

Allerdings ist auch aus soziohistorischer Perspektive die inhaltliche Bestimmung der Leistungen, die zur Daseinsvorsorge zu rechnen sind, schwer zu fassen. Und auch über Fragen der Bereitstellungsart und der Leistungsfinanzierung gab und gibt es intensive Kontroversen. Im Bereich der Leistungen der sozialen Daseinsvorsorge hatten dabei die gemeinnützigen Träger der Freien Wohlfahrtspflege eine besondere Bedeutung, indem sie diese dem Sozialstaatsprinzip inhärente Variabilität einer konkreten Leistungsdefinition und Leistungsgestaltung im Rahmen der gesetzlich verankerten Subsidiaritätsregelungen verantwortlich mitgestalteten, selber gesellschaftliche Verantwortung für Leistungen der Daseinsvorsorge mit übernahmen.

*Grundlage der Daseinsvorsorge
Grundgesetz Art. 20 I (Sozialstaatsprinzip)*

*Sicherstellung von
Einrichtungen und
Diensten zur Ver-
sorgung in unter-
schiedlichen Berei-
chen*

*Die konkrete Aus-
gestaltung der Da-
seinsvorsorge ist
Gegenstand inte-
ressengeleiteter po-
litischer Ausein-
dersetzungen*



Die quantitative und qualitative Expansion der sozialen Dienste in den letzten 30 Jahren von der klassische Fürsorge zu vielfältigen Pflege- und Betreuungsleistungen für breite Bevölkerungsschichten hat allerdings einen Dienstleistungsmarkt entstehen lassen, der auch für kommerzielle Leistungsanbieter interessant geworden ist. In der Folge hat sich der "Wohlfahrts-Mix" differenziert, der "Markt" tritt nun neben den "Staat" und den "Dritten Sektor". Diese Entwicklung hat auch verstärkt die Frage aufgeworfen, ob nicht die Europäischen Binnenmarkt- und Wettbewerbsregelungen auch für diese Märkte anzuwenden sind (vgl. die politischen Auseinandersetzungen um die Dienstleistungsrichtlinien der EU).

Aus einer Marktperspektive auch für den Bereich der sozialen Daseinsvorsorge wird die Freie Wohlfahrtspflege in der Regel nur noch als ein Dienstleister – wenn auch mit besonderen Leistungserstellungsbedingungen – unter anderen Anbietern wahrgenommen. Wenn diese Einengung der Gestaltungsverantwortung nicht nur von außen vorgenommen, sondern auch im Handeln der Träger der Freien Wohlfahrtspflege zunehmend umgesetzt wird, wird es der Freien Wohlfahrtspflege schwer fallen, ihre sozialen Gestaltungsabsichten auch dann noch zu verwirklichen, wenn solche jetzt noch nicht marktattraktiven sozialen Leistungen wie die unterfinanzierte Suchtberatung künftig marktgerecht definiert werden.

3.2 Sozialstaatliche Daseinsvorsorge im Kontext eines neuen Staatsverständnisses

Der aktuelle Problemhorizont, vor dem die Daseinsvorsorge diskutiert wird, ist ganz wesentlich durch die Einflussnahmen und Vorgaben der Europäischen Union geprägt. Auf dem Hintergrund eines radikal veränderten Staatsverständnisses wird eine Priorisierung des freien Wettbewerbs und Marktes auch für den Bereich der Sicherstellung von und des Zugangs zu Gütern und Dienstleistungen der allgemeinen Wohlfahrt gefordert.³ Nicht mehr durch einen demokratischen Diskurs legitimierte gesetzliche Regelungen sollen die Leistungserbringung durch im Gemeinwesen verankerte gemeinnützige Partner und den Zugang aller Bürger zu den von ihnen benötigten sozialen Dienstleistungen regeln, sondern eben einerseits die überwiegend kostenorientierte Wettbewerbsfähigkeit der Leistungserbringer und andererseits das Marktpotential / die Kaufkraft des einzelnen Bürgers.

Im „Wohlfahrtsmix“ von „Staat“, „Drittem Sektor“ und „Markt“ wird die Freie Wohlfahrtspflege zunehmend nur noch als Dienstleister wahrgenommen. Übernimmt die Freie Wohlfahrtspflege dieses Verständnis, wird ihr eine soziale Mitgestaltung der Daseinsvorsorge auf Dauer nicht mehr gelingen.

Elemente eines neuen Staatsverständnisses

Freier Wettbewerb und Markt



Der Staat soll nicht mehr generell die soziale Ausgleichsfunktion garantieren, sondern vielmehr darauf achten, dass die Rahmenbedingungen für optimale Selbstentfaltung gegeben sind, d.h. vom vorsorgenden zum ermöglichenden Staat.

Im neuen Verständnis behält der Staat zwar nominell die Gesamtverantwortung und die Steuerungshoheit für eine angemessene Versorgung, er überlässt die Organisation und Durchführung der Leistungen aber gewinnorientierten externen Trägern. Konkret hat sich dieses Denken bereits in der Gesetzgebung niedergeschlagen: die historisch gewachsene Vorrangstellung der Träger der freien Wohlfahrtspflege wurde aufgehoben. Ihren Niederschlag fand dieses neue Verständnis z.B. in der Pflegeversicherung und in der Reform des Sozialhilferechts, in denen kommerzielle und gemeinnützige Träger gleichgestellt wurden.

Die entscheidende strukturelle Veränderung liegt letztlich darin, dass soziale Dienstleistungen über normierte Vergabeverfahren vergeben werden. In den Vergaberichtlinien spielen aber die normativen Kriterien des Subsidiaritätsprinzips - wie eine gesellschaftliche Vielfalt und weltanschauliche Pluralität - keine Rolle mehr. Ausschlaggebend sind jetzt nur noch die kostenorientierten ökonomischen Prinzipien des Kontraktmanagements und der Qualitätskontrolle. Sozialpolitisches Handeln verändert sich dadurch: nicht mehr wertgebundenes Engagement - wie dies die Freie Wohlfahrtspflege für sich beanspruchte - steht im Vordergrund, sondern die betriebswirtschaftliche Effizienz wird zum entscheidenden Bestimmungsmoment. Gestützt wird dieser neoliberale Denkansatz durch eine anhaltende Verschuldung der öffentlichen Hand, die in den letzten Jahren die Diskussion über ein neues Verständnis von Staat und Staatsaufgaben grundlegend verschärft hat.

3.3 Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Freie Wohlfahrtspflege

Die oben beschriebene Entwicklung entfaltet eine politisch offenbar gewollte, gleichzeitig aber auch zumindest teilweise unkalkulierbare Dynamik. Soziale Dienstleistungen der kommunalen Daseinsvorsorge, die ursprünglich gerade nicht als gewinnorientiertes Handeln angelegt waren, werden zunehmend den Maximen des Marktes und damit der Gewinnorientierung unterworfen.

Verkürzt formuliert könnte man sagen, dass der Erfolg der Freien Wohlfahrtspflege letztlich ihre eigene politische Legitimation unterminiert. Viele Einrichtungen der Freien Wohlfahrts-

*Reduktion der staatlichen Aufgaben
Stärkung des „Marktes“ als Steuerungsmedium*

*Folgen normierter Vergabeverfahren:
Relativierung der Sonder- und Vorrangstellung der Freien Wohlfahrtspflege (Subsidiaritätsprinzip), betriebswirtschaftliches Effizienzdenken dominiert Entscheidungen.*

Kommunale Daseinsvorsorge wird zunehmend den Maximen gewinnorientierten Handelns unterworfen.



verbände haben mit Umstrukturierungen auf die neue Wettbewerbssituation reagiert, indem sie Betriebsteile ausgegliedert und in neue Rechtsformen wie GmbHs überführt haben. In der ambulanten Pflege, wo die Ökonomisierung wohl am weitesten fortgeschritten ist, hat man Dienste zusammengefasst oder fusioniert. Kaum vermeidbare Folge solcher stärker zentralisierter Organisationen ist jedoch, dass gemeinwesenorientierte Ansätze wegen der aufgegebenen Verbindung zwischen kleinräumigem Träger und Bevölkerung deutlich schwieriger werden und soziale Dienstleistung in ihrer Bandbreite und Alltagsrelevanz eingeengt wird.

Die Umstrukturierung bzw. Ausgliederung führt einerseits im Interesse einer gesicherten Professionalisierung zu einer Konzentration auf hauptamtliche und professionelle Kräfte, andererseits besteht die Gefahr, dass in der Kostenkonkurrenz standardisierte Hilfeprogramme favorisiert werden, die aufgrund ihrer einzelfallunabhängigen Normierung auch den Einsatz weniger qualifizierter Mitarbeitender erlauben und damit faktisch zu einer Deprofessionalisierung sozialer Dienstleistung beitragen.

Da aber diese Ökonomisierung sich bislang nur in bestimmten Bereichen der sozialen Dienste abspielt, kommt es auch zu einer „Spaltung“ der Kultur und der Wertorientierungen innerhalb der Wohlfahrtsverbände (vgl. Kontroverse zwischen der sog. „Einrichtungsdiakonie“ und einer „anwaltlichen Diakonie“). Unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen führen zu unterschiedlichen Handlungslogiken der sozialen Dienste, aber auch zu unterschiedlichen sozial- und kommunalpolitischen Positionierungen diakonischer Leistungserbringer:

- Auf der einen Seite die in aller Regel ja nicht kostendeckend finanzierten Aufgaben von Beratungs- und Betreuungsleistungen, die nach wie vor gemeindenah und dezentral durchgeführt werden.
- Und auf der anderen Seite die Anforderungen an diejenigen Bereiche, die den ökonomischen Zwängen am stärksten unterworfen sind wie z.B. die Pflege, die zunehmend zentral organisiert werden und mit möglichst effizientem Personaleinsatz agieren (müssen).

Der Prozess einer wettbewerbsbedingten Ausgliederung wirtschaftlicher Tätigkeiten aus den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege führt tendenziell zu einer Aufteilung in einen karitativ/gemeinnützigen und einen wettbewerblichen Bereich.

Zu befürchten ist dabei, dass ein solcher "karitativer Bereich" weiter abnehmen wird mit der Folge einer weiteren Abnahme von ehrenamtlichem Engagement und von spezifischer gesellschaftlicher Legitimation für die diakonische Arbeit.

Wirtschaftliche Umstrukturierungen in der Freien Wohlfahrtspflege:

Konzentration auf hauptamtliche und professionelle Kräfte; aber auch Gefahr einer Deprofessionalisierung

Spannungen und Auseinanderentwicklung von „Einrichtungsdiakonie“ und „anwaltlicher Diakonie“

Finanzierungsgrundlagen prägen Handlungslogiken und Positionierungen diakonischer Träger.

Wachsende Kluft zwischen karitativ / gemeinnützigen und wettbewerblichen Bereichen: Ausdünnung gesellschaftlicher Legitimation diakonischer Arbeit



3.4 Konsequenzen für die Leistungen sozialer Daseinsvorsorge

Vor dem Hintergrund kommunaler Sparzwänge geraten die Leistungen der Daseinsvorsorge immer wieder in Gefahr, erheblich beschnitten oder gar vollständig eingestellt zu werden. Dieses Risiko ist umso höher, je weniger bei den kommunalpolitisch Verantwortlichen ein Wissen um den Stellenwert dieses Hilfeangebots im Rahmen der Gesamtversorgung und eine fundierte Einschätzung auf die Auswirkungen von Kürzungsentscheidungen auf die gesamte regionale und sozialpolitisch bedeutsame Versorgungsstruktur vorhanden sind. Es ist deshalb zwingende Aufgabe der Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege, den fachlichen und strukturellen Stellenwert von Leistungen im Rahmen der sozialen Daseinsvorsorge immer wieder politisch zu verdeutlichen.

Angesichts einer weitgehend ungesicherten Finanzierung der Leistungen der Daseinsvorsorge auch in der psychosozialen Suchthilfe neigen manche Einrichtungen und Dienste, ihre Arbeitsschwerpunkte zu Lasten der Ressourcen für die Leistungen der Daseinsvorsorge auf Hilfebereiche zu verlagern, die im Rahmen einer Leistungsfinanzierung für die Träger zumindest relative Planungssicherheit ermöglichen. Gerade im Bereich der Gesamtversorgung abhängigkeitsgefährdeter und abhängigkeitskranker Menschen mit ihrer leistungsrechtlichen Zersplitterung und mit zahlreichen für die Hilfe suchenden Menschen belastenden Schnittstellen und Betreuungsbrüchen, aber auch angesichts der bei dieser Problematik bedeutsamen strafrechtlichen Risiken und einer stark moralischen Bewertung in der Gesellschaft bedeutet aber ein Abbau der Hilfen im Bereich der voraussetzungslos und geschützt zugänglichen Leistungen der Daseinsvorsorge nicht nur eine massive Belastung für alle Hilfesuchenden, sondern auch eine Gefährdung des ergänzenden Spektrums leistungsfinanzierter Hilfen: gerade in der psychosozialen Suchthilfe sind die Leistungen im Rahmen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge grundlegend unverzichtbar! Diese grundlegenden „niedrigschwelligen“ Hilfeangebote einer Gemeinde/eines Kreises müssen pauschal finanziert werden und dadurch Bürgerinnen und Bürgern einfache Zugangsmöglichkeiten ohne Anmeldungen oder Wartelisten und auch ohne die Prüfung persönlicher Leistungsvoraussetzungen durch die verschiedenen Kostenträger zugänglich sein.

Neben der Erbringung von Leistungen sozialstaatlicher Daseinsvorsorge ist aber auch der in diesem Bereich immer noch gültige partizipatorische Prozess kommunaler Sozialplanung und Versorgungsentwicklung unverzichtbar. Konkret geschieht

Öffentliche Mittelverknappung gefährdet kommunale Leistungen der Daseinsvorsorge. Freie Wohlfahrtspflege muss den hohen Stellenwert der Daseinsvorsorge verteidigen.

Das verständliche Interesse an gesicherten Einnahmen durch leistungsfinanzierte Aufgaben (z.B. ambulante Reha) darf auf keinen Fall die Priorität der voraussetzungslos zugänglichen Basisversorgung in der Suchtberatung gefährden.

Kommunale Daseinsvorsorge im sozialen Bereich braucht partizipatorisch angelegte Pro-



dies bislang in den jeweiligen kommunalen Gremien, wie z.B. in den Arbeitskreisen der dezentralen Psychiatrie oder in kommunalen Suchthilfeverbänden; der Freien Wohlfahrtspflege kommt aber in diesem Rahmen auch weiterhin eine wesentliche Rolle zu beim Erkennen notwendiger sozialer Bedarfe, bei der Thematisierung neuer oder sich verschärfender sozialer Problemlagen und bei der Entwicklung von menschenwürdigen Hilfe- und Lösungsvorschlägen. Bei diesem letzten Punkt sind auch die Möglichkeiten und Grenzen des Zusammenspiels von bürgerschaftlichem Engagement im Ehrenamt und in der Selbsthilfe und von professionellen sozialen Diensten von wesentlicher Bedeutung.

Allerdings ist das Risiko nicht von der Hand zu weisen, dass Einrichtungen und Dienste angesichts einer gerade im Bereich der Daseinsvorsorgeleistungen unkalkulierbaren materiellen Abhängigkeit von den jeweiligen Kommunen Fehlentwicklungen einer kommunal gesteuerten Versorgung (z.B. Versorgungsmängel, Unterversorgung einzelner Zielgruppen, mangelnde Versorgungsintensitäten und -qualitäten) gegenüber diesen Kommunen nicht mehr oder nur in unzureichender Deutlichkeit und Konsequenz thematisieren. Dieses Risiko wird noch dadurch verstärkt, dass abgesehen von den Regelungen des Psychatriegesetzes in Sachsen es nahezu nirgends verbindliche Standards für die Strukturqualität einer Basisversorgung Sucht gibt.

Der Bedeutungszuwachs des Marktmodells in vielen Bereichen der Kommunalpolitik könnte zudem mit seinem Grundelement der Leistungsausschreibung auch in abgeschwächter Form Bedeutung gewinnen für den Bereich der Leistungen der Daseinsfürsorge in der psychosozialen Suchthilfe. Das Prinzip der Leistungsausschreibung verlagert den zumindest dem Anspruch nach bislang demokratisch legitimierten Steuerungsprozess ausschließlich auf die Ebene zwischen Leistungs-/Kostenträger und Leistungserbringer: der Hilfe suchende Bürger ist faktisch nur noch potentieller Kunde auf einem Markt, dessen quantitatives und qualitatives Angebot aber von ihm nicht mehr entscheidend beeinflusst werden kann. Planung und Steuerung laufen dann Gefahr, nicht mehr von Aspekten einer Qualitäts- und Nutzerorientierung, sondern von Kostensichtspunkten dominiert zu werden.

zesse von Sozialplanung und Versorgungssteuerung unter Beteiligung der Freien Wohlfahrtspflege.

Angesichts materieller Abhängigkeit von Kommunen droht eine unangemessene Zurückhaltung der Freien Wohlfahrtspflege bei der Formulierung sozialpolitischer Anliegen.

Leistungsausschreibungen drohen eine Qualitäts- und Nutzerorientierung zugunsten von Kostengesichtspunkten zu vernachlässigen.

4 Grundlegende methodische Probleme einer Outcome-Steuerung

Soweit bislang überhaupt in nennenswertem Umfang von einer Steuerung psychosozialer Hilfen gesprochen werden konnte, erfolgte diese auch im Bereich der Suchthilfen nahezu ausschließlich auf der Grundlage von Output-Zahlen. Leistungskennzahlen wie die Zahl betreuter Klienten, die Zahl von Erstgesprächen oder die Zahl von Rehavermittlungen schienen hinreichend Aufschluss zu geben über die Leistungsfähigkeit der ambulanten Suchthilfe. Für Anhänger einer modernen Verwaltung musste eine solche Steuerungspraxis unbefriedigend sein, da sie letztlich keine relevanten Aussagen über das tatsächliche Ergebnis oder die Wirksamkeit von Hilfeleistungen ermöglichte, insbesondere dann nicht, wenn wie in der Suchthilfe die einzelne Hilfeleistung immer eingebunden ist in eine Vielzahl ergänzender Maßnahmen und Leistungen. Zwar lassen Output-Zahlen Rückschlüsse zu auf die Prozess- und Ergebnisqualität aus Sicht der betroffenen Menschen (z.B. über Abbruchquote, Quote der einvernehmlich beendeten Betreuungen), sie geben aber keine unmittelbaren Hinweise auf den gesellschaftlichen Nutzen der einzelnen Hilfeleistungen.

In einem wachsenden Dienstleistungsmarkt, in dem die Qualität von Einzelleistungen auch von Fachleuten nur noch mühsam beurteilt werden kann, galt es deshalb Parameter zu definieren, anhand derer dieser gesellschaftliche Nutzen feststellbar wäre. Um es an einem Beispiel aus dem Straßenbau zu verdeutlichen: während bislang eine mit der Beschilderung einer Straße beauftragte Firma die Zahl der installierten Verkehrsschilder oder den erbrachten Zeitaufwand in Rechnung stellen konnte, könnte unter dem Paradigma einer Outcome-Steuerung die tatsächliche Reduzierung der Höchstgeschwindigkeiten oder Unfallzahlen eine sinnvolle Messgröße sein. Bei einer an Ergebnissen und Wirkungen orientierten Steuerung von Suchthilfen im regionalen Kontext müsste es also darum gehen, positive gesellschaftliche Kosten-Nutzen-Effekte durch spezifische Interventionen der Suchthilfen vor Ort zu erzielen und für Steuerung nutzbar zu machen.

4.1 Generelle methodische Fragen an eine Outcome-Steuerung im psychosozialen Bereich

Wie wir bereits bei der Erläuterung dieses Themenbereichs im Abschnitt 1.4. verdeutlicht haben, ist eine Orientierung von Versorgungssteuerung an den bestmöglichen Ergebnissen von

Die bisherige Output-Steuerung ermöglicht nur wenige Aussagen über Ergebnisse und Wirkungen.

Outcome-Steuerung will an definierten Zielen gemessene positive Effekte erfassen und für die Steuerung nutzen.



Hilfeprozessen u.E. grundsätzlich sinnvoll und wünschenswert und muss auch im unmittelbaren Interesse aller Leistungserbringer liegen. Wer aber über die erfreulicherweise auch zunehmend im Bereich der Suchthilfen praktizierten strukturierten Katamnesen und die in jeden Qualitätsentwicklungsprozess integrierten erfahrungsbezogenen Ergebnisauswertungen hinaus im kommunalen Bereich Versorgungsstrukturen umfassend steuern will, sieht sich vor einige grundlegende methodische Fragen gestellt:

- Auf wen oder was bezieht sich die Steuerungsabsicht? Für die Optimierung eines individuellen Hilfeverfahrens hat sich das Instrument der strukturierten Hilfeplankonferenz bewährt, das aber als partizipatorisch angelegter Prozess keine sinnvollen Zusammenfassungen für Klientengruppen ermöglicht. Denkbar wäre, dass Steuerungsentscheidungen sich im Wesentlichen nur auf die Vorgabe anteiliger Erreichung spezifischer Zielgruppen beziehen. Im Rahmen einer gewünschten Outcome-Steuerung aber geht das Interesse eindeutig dahin, sowohl die Erreichung bestimmter Zielgruppen wie die Sicherstellung einer erfolgsversprechenden Betreuung/ Maßnahme den Leistungserbringern vorzugeben.
- Wer definiert auf welcher Abstraktionsebene Erfolg bzw. Entwicklungsziele psychosozialer Arbeit? Entwicklungsziele aus individuellen Hilfeplänen lassen sich nur schwer verallgemeinern, wenn sie nicht gleichzeitig auf ein letztlich nicht steuerungsrelevantes Abstraktionsniveau verlagert werden – die persönlichen Lebenssituationen und Entwicklungsbedarfe der Menschen in den vielen Bereichen der psychosozialen Suchthilfen sind höchst unterschiedlich. Gleichzeitig haben verallgemeinerte Zielsetzungen in Versorgungssteuerungen aber auch für die beteiligten Leistungsträger politische Risiken: wer konkrete Zielvorgaben benennt, kann sich natürlich auch schnell zur Bereitstellung der notwendigen Ressourcen zur Zielerreichung verpflichtet sehen. Und schließlich stellt sich auch hier wieder die Frage, welche Ziele / Erfolge denn tatsächlich in einer stark vernetzten und aufeinander bezogenen Versorgungsstruktur der Steuerungshoheit des einzelnen Leistungsträgers unterliegen und in der Konsequenz auch von den jeweils gesteuerten Leistungserbringern beeinflusst und gestaltet werden können.
- Welche Ziele / Zielerreichungen sind denn mit vertretbarem Aufwand überhaupt messbar und welche Relevanz

Auf wen oder was bezieht sich die Steuerungsabsicht? (Zielgruppenerreichung und Erfolgssicherung)

Auf welcher Abstraktionsebene sollen Ziele und Erfolge definiert und gemessen werden? In welchem Verhältnis stehen Ziele und bereitgestellte Ressourcen zu ihrer Erreichung? Wem sind Entwicklungsergebnisse in einer differenzierten, kooperativ arbeitenden Versorgungsstruktur zuzuordnen?



- haben solche Daten im Hinblick auf meist verfahrensaufwändige und zeitlich verzögerte Steuerungsprozesse? Hinter dieser Frage verbirgt sich zum einen das Thema der klientenabhängigen Prozesshaftigkeit der Generierung von Zielen, zum anderen aber auch die Frage nach der Nachhaltigkeit von Erfolgsdaten. Es ist keine große Kunst, einen abhängigen Menschen suchtmittelfrei aus einer Entgiftungsbehandlung zu entlassen – die Definition des Messzeitpunkts danach und der Erfolgsanspruch entscheiden darüber, inwieweit diese Maßnahme als erfolgreich bewertet werden kann. Je lebensnäher in der psychosozialen Suchthilfe Erfolgsausagen /-daten sind, umso weniger sind sie letztlich steuerungsrelevant, weil jedes längere Zeitintervall zwischen Maßnahme und Erfolgsfeststellung die Unwägbarkeiten einer scheinbar linearen Nach- oder Umsteuerung erhöht: es sind dann schlicht zu viele Bedingungs- und Einflussfaktoren im Spiel.
- Welche Leistungen / Maßnahmen unterstützen / begünstigen die gewünschte Zielerreichung? Wenn jemand eine Fahrschule besucht, kann man davon ausgehen, dass er nach erfolgreicher Beendigung auch in der Lage ist, ein Fahrzeug zu führen. Wenn jemandem ein neuer Arbeitsplatz vermittelt worden ist, kann man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass er auch wieder Sozialversicherungsbeiträge zahlen wird. Solche Wirkungszusammenhänge sind in allen Bereichen psychosozialer Arbeit sehr viel schwerer herzustellen und abzusichern. Psychosoziale Arbeit versteht sich als Ermöglichung neuer Lebensentscheidungen und Verhaltensweisen, sieht sich als Entwicklungsbeeinflussung, aber in aller Regel nicht als Entwicklungssteuerung. Erfolge psychosozialer Arbeit hängen eben nicht nur von der Qualität und Quantität der jeweiligen Hilfeleistungen ab, sondern in einem individuell höchst unterschiedlichen Maß von persönlichen Faktoren des einzelnen Klienten und seines sozialen Netzwerks, von lebensgeschichtlichen Entwicklungen und Zufällen, von ökonomischen Zusammenhängen und nicht zuletzt von der Bindungskraft der helfenden Beziehung. Allerdings versucht die wissenschaftliche Forschung zunehmend, die Bedeutung solcher personalen Faktoren zu relativieren und die black box solcher Wirkungszusammenhänge aufzuhellen durch die Untersuchung einer „evidenzbasierten Wirkungskraft“ der jeweiligen Maßnahmen (s.u.).

Welche Ziele sind überhaupt mit vertretbarem Aufwand messbar und welche Relevanz haben diese dann für Steuerungsprozesse?

Und wann soll gemessen werden, wenn die Nachhaltigkeit von (positiven) Ergebnissen zentrales Erfolgskriterium ist?

Welche Maßnahmen führen zu den gewünschten Zielen? Welche Rolle spielen Umweltbedingungen, persönliche, familiäre, institutionelle Umstände sowie die Bindungskraft der helfenden Beziehung?

- Inwiefern verzerren Scheinkausalitäten Steuerungsprozesse? Menschen und Institutionen neigen in aller Regel dazu, ihr eigenes Tun und Erleben in Kausalzusammenhänge einzubinden und damit sowohl verstehbar wie beeinflussbar zu machen. Diese menschliche Tendenz geht auch in einer reflektierten sozialen Arbeit nicht verloren: tatsächlich ist es aber unmöglich, objektiv festzuhalten, ob z.B. ein Klient wegen oder trotz einer absolvierten Therapie jetzt schon längere Zeit abstinent lebt. Möglich sind immer nur intersubjektive und messzeitpunktabhängige Verständigungen darüber, ob eine bestimmte Maßnahme zur gewünschten Entwicklung überhaupt oder entscheidend beigetragen hat. Wer nun im Rahmen kommunaler Steuerungsprozesse und einer Outcome-Orientierung bisherige Leistungsdaten der Suchthilfen verbessern will, braucht dazu begründete Annahmen über prozessuale Kausalitäten und Zusammenhänge. In einem Prozess der intersubjektiven Verständigung kann gesammeltes berufliches Erfahrungswissen der Fachkräfte, selbst wenn es einen hohen Anteil von subjektiven Kausalitätsannahmen beinhalten sollte, wechselseitig auf seine Plausibilität überprüft und in seiner Kontextabhängigkeit bewertet werden. Der allerorten erhobene Anspruch einer wissenschaftlichen Evidenzbasierung soll solche subjektiven, personenabhängigen Verständigungsprozesse auf ein rationales und gesichertes Niveau heben.
- Wie differenziert und umfassend sind unsere Kenntnisse über den Outcome bestehender Versorgungsstrukturen? Wieweit können wir tatsächlich fundiert einschätzen, welche Auswirkungen wesentliche Veränderungen des Hilfeangebots auf bisherige strukturelle Outcome-Leistungen haben? In einer vernetzten Versorgungsstruktur wie der der Suchthilfen können wir beispielsweise bislang nahezu keine Aussagen machen darüber, welche Auswirkungen die Beauftragung eines bislang vor Ort nicht sozial eingebundenen Einrichtungsträgers mit den Aufgaben der Suchtberatung hätte oder welche Effekte die Reduzierung suchtpräventiver Aktivitäten in den bislang kooperierenden Schulen hätte. Wenn aber unsere Kenntnis der vorhandenen Wirkungstiefe und Wirkungszusammenhänge psychosozialer Dienstleistungen derart begrenzt ist, dann müssten Umsteuerungen der Hilfeleistungen und der Versorgungsstrukturen grundsätzlich nicht nur im weitestmöglichen Konsens aller Akteure in der Versorgungsstruktur erfolgen, sondern müssten auch als vorläufige Entscheidungen ständig in ihren Effekten beobachtet und überprüft werden. Die

Inwiefern verzerren Scheinkausalitäten Steuerungsprozesse?

Was sind die Voraussetzungen dafür, dass wir Wirkungsweisen so verstehen, dass Erfolge unabhängig von spezifischen Umständen auch wiederholt werden können?

Welche Schlussfolgerungen für angemessene Steuerungsbemühungen sind aus der Tatsache zu ziehen, dass die Kenntnisse über Wirkungszusammenhänge sehr begrenzt und abhängig von vielen variablen Umweltfaktoren sind?



damit angesprochene Prozessstruktur kommunaler Steuerungsbemühungen werden wir im abschließenden Kapitel dieses Papiers thematisieren.

4.2 Evidenzbasierung als Strategie einer Versorgungsoptimierung

Outcome-Steuerung stellt die Evidenzbasierung der in der Suchthilfe angewandten Verfahren und Maßnahmen als zentrales Leitkriterium heraus. Die Bemühungen um die Evidenzbasierung einzelner Maßnahmen und Interventionsstrategien sind ein Versuch, durch ein wissenschaftlich standardisiertes Verfahren dem im Versorgungsalltag psychosozialer Hilfen immer charakteristischen Individualisierungsdilemma entkommen und den Hilfe suchenden Menschen ein generell optimiertes Hilfeangebot bereit stellen zu können.

Idealtypisch entwickeln sich evidenzbasierte Verfahren aus der Grundlagenforschung und aus der klinischen Forschung heraus, durchlaufen Phasen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, um dann einer gründlichen Evaluation in Versorgungszusammenhängen unterzogen zu werden. Diese Vorgehensweise soll insbesondere im medizinischen Bereich dafür sorgen, dass dem individuellen Patienten auf der Grundlage der besten aktuell zur Verfügung stehenden Daten und Forschungsergebnisse auch die bestmögliche Versorgung und Behandlung geboten wird.

Die Feststellung der Evidenzgüte unterliegt dabei einem Rangfolgeverfahren; systematische Übersichtsarbeiten zu randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zum Wirkungsnachweis bestimmter Verfahren haben darin den höchsten Evidenzgrad. Die Cochrane-Bibliothek weist weltweit entsprechende Meta-Analysen und die damit verbundenen Übersichtsarbeiten aus. Vor allem in den Fachbereichen Medizin, Psychologie, Kriminologie gibt es eine Vielzahl solcher Forschungsarbeiten. Für den Bereich der Sozialen Arbeit, und hier insbesondere für den Bereich Suchthilfen, liegen aber – auch aus forschungsstrukturellen Gründen - nur wenige empirisch-orientierte Wirksamkeitsstudien vor und so gut wie keine, die dem „Goldstandard“ (RCT) entsprechen.

Die Wirksamkeit sollte nach diesem Standard in Interventionsexperimenten jeweils mit Kontrollgruppen bestimmt werden, die Gruppenszusammenstellungen sollte erfolgen nach Verfahren, die dem Zufallsprinzip verpflichtet sind. Eine Doppelverblindung soll dazu beitragen, dass alle Faktoren kontrollierbar sind und kontrolliert werden, die das Zusammenspiel von Interventi-

Evidenzbasierung versucht Entscheidungen auf der Basis wissenschaftlich untersuchter Wirksamkeiten zu treffen.

Höchster Evidenzgrad in einer Rangfolge der Evidenzgüte ist der: „Goldstandard“: randomisierte kontrollierte Studien (RCT)

Aber: im Bereich der sozialen Arbeit liegen nur wenige empirisch fundierte Wirksamkeitsstudien vor und so gut wie keine, die dem RCT entsprechen.



on und deren Effekten beeinflussen. Nur so kann nach wissenschaftlichem Verständnis die Replizierbarkeit dieser Interventionen sichergestellt werden. Personale Faktoren und alle Bedingungen, die außerhalb des definierten Forschungsdesigns liegen, gelten deshalb als „Störvariablen“ und müssen möglichst für den gewünschten Wirkungsnachweis ausgeschlossen werden: die Herstellung einer „Störungsfreiheit“ zur Ursache-Wirkungsfeststellung ist oberste Prämisse. Viele solcher Forschungsarbeiten werden deshalb auch mit relativ gut kontrollierbaren Untersuchungsgruppen durchgeführt, die bevorzugt im universitären Umfeld beheimatet sind. In der Folge sind die Ergebnisse dieser Studien aber auf andere (soziale) Kontexte und Programmgestaltungen mit anderen Rahmenbedingungen zu anderen Zeitpunkten so gut wie nicht übertragbar.

Anforderungen an randomisierte kontrollierte Studien

Die grundlegenden Grenzen eines evidenzbasierten Vorgehens für die Bewertung des Nutzens und des Outcomes sind dadurch vorgezeichnet, dass

- der Erkenntnisgrad abhängig ist vom Untersuchungsgegenstand (wissenschaftliche Hypothese, Fragestellung) und der Qualität des Studiendesigns,
- die Studien i.d.R. nicht zum Zweck der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung durchgeführt worden und dafür oft nur bedingt relevant und verwertbar sind,
- der Stand des für Forschung attraktiven Wissens zum Zeitpunkt X abgebildet wird als eine statische Momentaufnahme, die jedoch keineswegs die Vielfalt des Handlungsspektrums der Hilfepraxis abbilden muss
- die Erkenntnisgewinnung auch im psychosozialen Handlungsfeld immer im Fluss ist und eine ständig neue Überprüfung und Nutzensbewertung erforderlich macht,
- die Studien meist nur mit ausgesuchten Patienten-/Klienten-Gruppen unter klinischen Bedingungen durchgeführt werden,
- sich die eigentliche Fragestellung nach einem individuellen und gesellschaftlichen Nutzen oft der Beobachtbarkeit im Rahmen der Experimentalsituation entzieht,
- ein Wirkmechanismus oft nicht bekannt ist und damit auch in Übersichtsarbeiten über Wahrscheinlichkeitsaussagen hinaus nicht mehr verallgemeinert werden kann,
- der spezifische Alltagskontext und die jeweilige regionale Versorgungsstruktur in der Studiensituation bestenfalls unzureichend abgebildet und berücksichtigt werden können.

Somit können aber entsprechende Studien zur Evidenzbasierung nur einen höchst bescheidenen Teil der für eine Outcome-Steuerung im regionalen Kontext entscheidungsrelevanten Informationen liefern.

Andererseits können aber die Konsequenzen einer unreflektierten Anwendung externer Evidenzuntersuchungen auf die im Wesentlichen psychosoziale Arbeit der Suchthilfen durchaus fatal sein. Im komplexen psychosozialen Vorgehen des Einzelfalls kann unmöglich jede einzelne Intervention evidenzbasiert gestaltet werden, v.a. da bestimmte Dimensionen (z.B. Emotionen, komorbide Störungen) in den meisten dieser Programme gar nicht erfasst und berücksichtigt werden. Viele dieser Programme sind sehr systematisierte und rigorose Vorgehensweisen für sehr spezielle Probanden. Die zumeist detaillierten und manualisierten Programme stellen in sich geschlossene Handlungssysteme dar, die einzelnen Programmschritte sind vorab optimal aufeinander abgestimmt, sind klar strukturiert im Sinne ausführlicher Praxisleitlinien. Programm-Integrität und Rigorosität sind zentrale Grundmaximen, Programmabweichungen beeinträchtigen die untersuchten Outcomes.

Die personenzentrierte Soziale Arbeit wird bei konsequenter Evidenzbasierung deprofessionalisiert zur bloßen Umsetzung vorgegebener Interventionsprogramme. Die „Programmdurchführer“ müssen dabei einen Rollenwechsel vornehmen vom reflexionsorientierten Praktiker und Beziehungsgestalter zum moderierenden Manager in der Anwendung von Leitlinien und Manualen. Eine lebenspraktische Evidenz mit einem stärkeren Bezug zum jeweils aktuellen Kontext ist dann nicht mehr gefragt. Die Praxis dient so nicht mehr der Wissensschaffung über das, was im Einzelfall hilft, sondern reproduziert Forschungswissen. Auf diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass selbst in eher verfahrenstechnisch orientierten Bereichen der Medizin die Kritik an einer „Allmacht“ der Evidenzbasierung wächst. Evidenzbasierte Handlungs- und Behandlungsleitlinien können eine sinnvolle Orientierung bieten für Maßnahmen einer reflektierten Qualitätssicherung, sie sind aber sicher kein taugliches Instrument für die Steuerung von Versorgungsstrukturen.

4.3 Methodische Probleme einer kennzahlenorientierten Outcome-Steuerung

Während das Konzept der Evidenzbasierung konkrete Maßnahmen und Interventionsstrategien („Handlungsleitlinien“) definiert, mit denen optimale Leistungsergebnisse erzielt werden

Evidenzbasierte Studien können nur einen sehr bescheidenen Beitrag zur Outcome-Steuerung der Suchthilfe im regionalen Kontext liefern.

Die Folgen einer unreflektierten Anwendung externer Evidenzuntersuchungen im Bereich psychosozialer Suchthilfen können aber fatal sein.

Risiko einer wesentlichen Veränderung der sozialen Arbeit unter der Ägide evidenzbasierter Interventionsprogramme.

Fazit: Evidenzbasierung ist keine taugliche Orientierung für die Steuerung von Versorgungsstrukturen im psychosozialen Bereich.



sollen (gute Programme / Leitlinien = gute Arbeit = gute Ergebnisse), überlässt eine kennzahlenbezogene Outcome-Steuerung die konkrete und effiziente Gestaltung von Hilfeprozessen weitestgehend den Leistungserbringern und interessiert sich nur für die Erreichung definierter Erfolgswerte bei den betreuten / behandelten Menschen. Eine solche Steuerung interessiert letztlich nicht, wie / warum / mit welcher fachlichen und menschlichen Qualität ein solcher Erfolgswert erreicht wurde; im Extremfall interessiert auch nicht die individuelle Bewertung des Hilfeprozesses durch den Klienten, solange nur der definierte gesellschaftliche Nutzen erreicht wird.

Eine kennzahlengestützte Outcome-Steuerung muss sich aber doch mit mehreren Problembereichen konstruktiv auseinandersetzen, insbesondere mit:

- der Frage der Definierung gesellschaftlich relevanter Ziel- / Erfolgskennzahlen,
- der Vermeidung von aufwändigen Scheinexaktheiten,
- dem Risiko der Verengung komplexer Hilfebedarfe auf kennzahlenrelevante Leistungen.

4.3.1.

Wir haben bereits unter dem Stichwort der Hilfebedarfsfeststellung verdeutlicht, dass eine Definierung allgemeiner gesellschaftlich relevanter Leistungsziele oder Erfolge grundlegenden Schwierigkeiten unterworfen ist.

- verallgemeinerte Ziele haben in einer individuellen Hilfeplanung möglicherweise ganz unterschiedliche Gewichtungen und Prioritäten: wo beim einen Klienten die Realisierung einer Suchtbehandlung im Vordergrund steht und deren Zustandekommen deshalb zurecht als Leistungserfolg gewertet wird, ist bei einem anderen mit einer vergleichbaren Behandlungsbedürftigkeit vielleicht die Stabilisierung seiner Wohnsituation aktuell im Vordergrund seiner Interessen und seiner Mitwirkungsbereitschaft – die Bewertung des Nichtzustandekommens einer Rehavermittlung würde da einem insgesamt vielleicht durchaus erfolgreichen Hilfeprozess nicht gerecht.
- In einer vernetzten Versorgungsstruktur sind nachhaltige und damit gesellschaftlich relevante Erfolge in aller Regel erst mit größerem zeitlichem Abstand überhaupt feststellbar, dann aber auch aus einer Steuerungsperspektive kaum mehr ursächlich einem einzelnen Leistungserbringer als Erfolg zuzuordnen. Andererseits können in dieser vernetzten Versorgungsstruktur aber auch

Eine kennzahlenbezogene Outcome-Steuerung überlässt die Art der Zielerreichung und damit die konkrete Gestaltung von Hilfeprozessen weitestgehend den Leistungserbringern. Die Bewertung der Betroffenen ist dabei eher nebensächlich.

Schwierigkeiten der Definition gesellschaftlich relevanter Leistungsziele:

Spannungsverhältnis von individuellen und gesellschaftlichen Zielen

Problem der Zuordnung von Erfolgen und Misserfolgen



erfolgreiche Teilleistungen einzelner Dienstleistungen im Hinblick auf einen nachhaltigen Erfolg durch Mängel, Defizite, Leistungsverweigerungen bei anderen Leistungserbringern beeinträchtigt werden.

- Abhängigkeitsstörungen sind zwar nur zu einem geringen Teil echte Fähigkeitsstörungen, die durch die Vermittlung von Handlungskompetenzen behoben werden könnten. Dennoch ist die Versuchung groß, Fähigkeitsleistungen wie die Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes schon als kennzahlenrelevant zu definieren, ungeachtet des für Abhängigkeitsstörungen erfolgsentscheidenden Problems der Aktualisierungsstörungen.
- Der Deutsche Kerndatensatz als bundeseinheitlicher Dokumentationsstandard für die Suchthilfe erfasst im wesentlichen einrichtungs- bzw. betreuungsbezogene Daten, ist aber mit der Dokumentation von einrichtungsübergreifenden Entwicklungsverläufen überfordert. Andererseits lassen sich aber auch versorgungsbezogene Daten aus dem medizinischen Bereich in aller Regel nicht im Sinne einer Erfolgsfeststellung konkreten Klienten aus der Suchthilfe zuordnen. Und selbst die Erfassung von Erfolgszahlen innerhalb eines Leistungsbereichs wie dem der Suchtreha lässt sich nur mit erheblichem Aufwand einzelnen Einrichtungen / Diensten zuordnen. Daten, die über den Betreuungsprozess in einer einzelnen Einrichtung hinausreichen und damit auch einen langfristigen gesellschaftlichen Nutzen belegen könnten, sind deshalb grundsätzlich nur mit einem erheblichen Zusatzaufwand zu gewinnen.

4.3.2.

Erfolgskennzahlen suggerieren per se eine exakte Feststellung von Erfolgen. Es muss deshalb daran erinnert werden, dass für sinnvolle und aussagekräftige Kennzahlen die in der Wissenschaft üblichen messtheoretischen Grundlagen berücksichtigt bzw. erfüllt sein müssten.

- Objektivität, d.h. die Unabhängigkeit des Messenden, die Verrechnungssicherheit und die Interpretationseindeutigkeit muss gegeben sein;
- Reliabilität, d.h. es muss formal exakt, konsistent und damit zuverlässig gemessen werden;
- Validität, d.h. das Gemessene muss eine inhaltliche Gültigkeit besitzen und auch Differenzierungen zulassen;

Im Bereich der Abhängigkeitsstörungen können wegen der Bedeutung von Aktualisierungsstörungen Fähigkeitsleistungen nicht ohne weiteres kennzahlenrelevant sein.

Die bundesweit verwandten Dokumentationssysteme liefern nur wenige Daten, die für eine outcome-orientierte Versorgungssteuerung relevant sind.

Messtheoretische Grundlagen zur Begründung aussagekräftiger Kennzahlen.



- Normierung, d.h. das Gemessene muss in seinem Bezugssystem Sinn ergeben, und somit repräsentativ sein;
- Skalierung, d.h. die zugrundeliegenden empirischen Relationen müssen adäquat abgebildet werden können;
- Ökonomie, d.h. hoher Informationsgewinn bei Einsatz relativ geringer Ressourcen (Zeit und Geld).

Die Einhaltung dieser wissenschaftlich begründeten Messkriterien ist Voraussetzung dafür, dass keine „Scheinexaktheiten“ gebildet werden zur Verwendung als Kennziffern für eine Outcome-Steuerung. Zusätzlich wären für Steuerungsentscheidungen aus unserer Sicht die Aspekte Nützlichkeit (praktische Bedeutung ist vorhanden), Zumutbarkeit (schonender Umgang mit den vorhandenen Ressourcen wie z.B. auch der Beratungsbeziehung zum Klienten), Unverfälschbarkeit (Kontrolle des Messvorgangs, Qualitätsaspekte, Übereinstimmung von Dokumentation und tatsächlicher Leistungserbringung) und Fairness (Vermeidung von Diskriminierungen) zu berücksichtigen.

Bisher dokumentierte Messergebnisse zur Kostendynamik in den Suchthilfen kämpfen u.a. mit den Problemen, dass sie z.B. sich in einem sozial konstruierten Umfeld der Illegalität (Drogenprobleme) bewegen, aus unterschiedlichen Forschungsperspektiven hervorgehen (Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaften usw.) und so nicht auf Allgemeinpopulationen vor Ort generalisierbar sind und damit kaum Grundlage für ein regional optimiertes Beratungs- und Behandlungssystem sein können. So liegen insgesamt für die Suchthilfen überraschend wenige suffiziente Evaluationen vor; mögliche Wirkungen von Umsteuerungen mit Hilfe veränderte Finanzierungsmodi und Leistungsvorgaben könnten so auch erst nach und nach beschrieben werden. Auch die multiple Leistungsträger- und Leistungserbringer-„Landschaft“ stellt hier eine eher begrenzende Randbedingung für Outcome-Steuerungsprozesse dar.

4.3.3.

Eine kennzahlengestützte Steuerung der Suchthilfen, bei der sich fachliche Leistungsvorgaben unmittelbar mit Finanzierungsregelungen überschneiden, impliziert das Risiko, dass die Leistungserbringer aus einem nachvollziehbaren institutionell-wirtschaftlichen Eigeninteresse ihren Handlungsschwerpunkt auf die Erbringung kennzahlenrelevanter Leistungen legen. Da wohl keine kommunale Steuerungsvorgabe lückenlos alle Handlungsbereiche der psychosozialen Suchthilfe fachlich differenziert umfassen kann, kann dies zur Folge haben, dass entweder komplexe individuelle Hilfebedarfe mehr oder weni-

Weitere Kriterien zur Begründung von Kennzahlen.

Es liegen nur wenige wissenschaftliche Studien vor, die eine outcomeorientierte Steuerung in einer allgemeinen Klientenversorgung begründen könnten

Risiken bei einer Verknüpfung von kennzahlengestützter Steuerung mit

finanziellen Anreizen und Sanktionen:

ger bewusst so eingeeignet wahrgenommen und umgesetzt werden, dass sie in möglichst hohem Maße kennzahlenrelevant sind, oder aber dass einzelne Klientengruppen zunehmend aus dem Leistungsbereich der Einrichtung verdrängt werden zu Gunsten von Klienten mit kennzahlenrelevanten Leistungen. Der Ausbau der faktisch nahezu nirgends kosten deckend finanzierten ambulanten Suchtrehabilitation, der in vielen Suchtberatungsstellen mit unterschiedlichen Begründungen zu Lasten öffentlich finanzierter Leistungen im Bereich der psychosozialen Daseinsvorsorge erfolgte, ist hierfür ein gutes Beispiel.

Die skizzierten methodischen Probleme einer Outcome-Steuerung lassen sich auf folgende zentrale Feststellungen komprimieren:

1. Die unmittelbare Übertragung des medizinischen Modells der Evidenzbasierung auf die Soziale Arbeit, insbesondere auf allgemeine Suchthilfen im regionalen Kontext, ist nicht sinnvoll möglich.
2. Die Praxis der Sozialen Arbeit gründet sich u.a. ganz wesentlich auf hermeneutisches Fallverstehen und Beziehungsgestaltung, „Soziales“ ist nicht Störvariable für die Durchführung von Suchthilfeinterventionen, sondern konstitutiv für entsprechendes professionelles Handeln.
3. Die Gestaltung geeigneter Passungsverhältnisse, Bezüge und Beziehungen steht in einem erheblichen Spannungsverhältnis zu allgemeinen Interventionsleitlinien und manualisierten evidenzbasierten Programmen.
4. Eine kennzahlengestützte und gleichzeitig unmittelbar finanzierungsrelevante Steuerung von psychosozialer Suchthilfe steht in der Gefahr, die Leistungserbringung auf kennzahlenrelevante Hilfeleistungen zu reduzieren und gesellschaftlich relevante Erfolgskennzahlen letztlich doch an kurzfristigen Verhaltensbeobachtungen bei den Klienten festzumachen.

5 Grundkonzepte der Steuerung sozialer Arbeit

5.1 Wirkungsorientierte instrumentelle Steuerung

Unsere Verfassung und Gesetzgebung weisen, allerdings meist nur in sehr allgemeiner Form, der Politik und der von dieser beauftragten Verwaltung eine besondere Verantwortung für

Von Kennzahlen nicht erfasste Aspekte der Arbeit werden vernachlässigt

Alle Aktivitäten werden an guten Kennzahlenwerten statt an den Erfordernissen von Fall und Feld orientiert: Verdrängung von Klientengruppen.

Zusammenfassende Überlegungen zu den Problemen einer Outcome-Steuerung.



die Gestaltung der sozialen Infrastruktur unserer Gesellschaft zu. Mit welchen Leitorientierungen, mit welcher Intensität und mit welchen Methoden diese Verantwortung wahrgenommen und gestaltet wird, unterscheidet sich aber in der politischen Realität sehr stark.

Effektivität, Effizienz und Bürgernähe sind die Schlagworte, mit denen seit den neunziger Jahren die deutschen Verwaltungen mit Hilfe der sogenannten „Neuen Steuerungsmodelle“ umgestaltet wurden. Dieses die letzten Jahre dominierende Paradigma in der Verwaltung will mittels wettbewerbszentrierter Modernisierung Märkte bzw. marktähnliche Strukturen auch im Sozialsektor etablieren und damit die Anreizstrukturen auch für die Leistungserbringung im sozialen Handlungsfeld verändern. Dieses neue Steuerungskonzept hatte auch auf die sozialen Dienste der Freien Wohlfahrtspflege weitreichende Auswirkungen: die aus dem seitherigen korporatistischen System herrührende gesellschaftliche Mitverantwortung und Gestaltungsmacht der Akteure der Freien Wohlfahrtspflege wurde erheblich relativiert und der Spielraum und die Fähigkeiten, die eigene Arbeit eigenständig zu gestalten, wurden wesentlich eingeschränkt. Gleichzeitig ist dabei aber insbesondere die Steuerungsmacht der Verwaltungen, viel mehr noch als die der eigentlich verantwortlichen (Kommunal)Politik, gestärkt worden.

Aus der Perspektive der Kommune lassen sich drei Steuerungsebenen im kommunalen Bereich unterscheiden⁴:

- a) Normative Steuerungsebene: gesetzliche Regelungen, allgemeine und spezifische („Leitbild“) sozialpolitische Programme
- b) Strategische Steuerungsebene: Gesetze und Programmatik werden auf bereichsspezifische regionale Bedarfslagen angepasst, Planung und Steuerung der Angebote der sozialen Infrastruktur
- c) Operative Steuerungsebene: Leistungsvereinbarungen mit unterschiedlichen Leistungsanbietern, Leistungserbringung, Qualitätsmanagement, Kontraktmanagement, Einzelfallsteuerung.

In jüngerer Zeit werden von Politik, Verwaltung und deren Beratern für den strategischen und operativen Bereich vermehrt Überlegungen zur Ergebnissteuerung aus den frühen neunziger Jahren wieder aufgegriffen und unter den Begriffen einer wirkungsorientierten oder outcomeorientierten Steuerung als qualitativ überlegene und zeitgemäße Steuerungsmodelle propagiert. Für die Kommunen, die sich häufig durch die im Rah-

Mit den Schlagworten „Effektivität, Effizienz und Bürgernähe“ haben die „Neuen Steuerungsmodelle“ den Sozialsektor wettbewerbsorientiert modernisiert.

Gleichzeitig aber auch Schwächung der Stellung und Mitverantwortung der Freien Wohlfahrtspflege.

Steuerungsebenen im kommunalen Bereich:

Verstärktes Werben für outcome- bzw. wirkungsorientierte Steuerungsmodelle durch Politik, Verwaltung und deren Berater.



men einer Kommunalisierung verstärkte Steuerungsverantwortung auch überfordert erleben, sind die Denkfiguren einer solchen Steuerung trotz des in der Praxis mit ihnen verbundenen Umsetzungsaufwands verständlicherweise recht attraktiv. Und auch die Einrichtungen und Dienste der Suchthilfe können sich solchen Ansprüchen an eine Outcome-Orientierung fachlich nicht völlig entziehen. Erste wirkungsorientierte Vereinbarungen sind deshalb in unterschiedlichen Bereichen sozialer Arbeit – auch in der Suchthilfe – bereits abgeschlossen worden.

Diese „wirkungsorientierte Steuerung“ soll vor allem zu einer höheren Effektivität und Effizienz sozialer Leistungen führen. Durch bessere Kosten-Nutzen-Relationen sollen finanzielle Mittel „umgesteuert“ und letztlich auch eingespart werden können. Hierzu sollen auf der Einzelfall- wie auf der Einrichtungsebene Vergleiche an Hand von einzelnen Indikatoren und Kennziffern herangezogen und damit der marktorientierte Wettbewerb zwischen den Einrichtungen ausgeweitet werden.

In den im Rahmen des Kontraktmanagements mit den Leistungsanbietern abgeschlossenen Vereinbarungen werden dann die zu erreichenden Ergebnisse beschrieben sowie die zur Verfügung gestellten / stehenden Ressourcen, die Kennzahlen zur Messung der Wirkungen und die Art der Berichterstattung bestimmt. Außerdem werden finanzielle Anreizstrukturen, Sanktionierungs- und steuernde Eingriffsmöglichkeiten der Vertragspartner festgelegt (vgl. Naschold u.a. 1997).

In der Regel wird aus Gründen der Praktikabilität und der politischen Nutzbarkeit vorgeschlagen, nur eine eng begrenzte Anzahl von Kennzahlen zu bestimmen. Diese sollen die Wirkungen der Arbeit messen und gleichzeitig die Beteiligten nach innen (Leistungserbringer) und außen (Kostenträger) analog zu industriellen Steuerungsprozessen regelmäßig über den Grad der Wirkungserreichung informieren.

Die Probleme dieses Steuerungsmodell haben wir teilweise bereits in früheren Abschnitten dieses Papiers benannt; sie sollen hier nochmals konzentriert benannt werden:

- a) Unterkomplexität: Die vielfältigen Ziele und Wirkungen von Einrichtungen lassen sich nicht ausreichend in Indikatoren und Kennzahlen abbilden. Nicht erfasste Wirkungen drohen vernachlässigt zu werden, weil sie nicht in Steuerungsentscheidungen eingehen. Da im Regelfall das Erreichen oder Verfehlen von Zielen gemeinsames Ergebnis unterschiedlicher Dienste und Einrichtungen ist, die arbeitsteilig und kooperativ mit den Adressaten zusammenarbeiten, sollte sich die

Ziele der wirkungsorientierten Steuerung

Merkmale der wirkungsorientierten Steuerung:

Probleme der wirkungsorientierten Steuerung:

Unterkomplexität



Wirkungsbeobachtung nicht allein auf die Einrichtungsebene (Kontraktmanagement) beziehen, sondern müsste die Gesamtstruktur einer Versorgungsregion in den Blick nehmen.

- b) Unsichere Finanzierung: Damit die so gewonnenen Informationen unmittelbar handlungsleitend werden, soll der Grad der Zielerreichung Auswirkungen auf die Finanzierung der Dienste haben (z.B.: Bonus – Malus Regelungen). Langfristig gefährdet dies eine gesicherte Grundfinanzierung der Einrichtungen und damit die Gewährleistung der gerade im Bereich der Daseinsvorsorgeleistungen wie schon beschrieben die unverzichtbare soziale Strukturqualität. Es droht eine Abwärtsspirale bei der Finanzierung von Einrichtungen in Gang gesetzt zu werden.
- c) Fehlgehende Steuerungsimpulse: Ein über Kennzahlenwerte vermittelter ökonomischer Druck auf die Einrichtungen droht das Handeln von Institutionen und Personen auf das Erreichen von optimalen Werten bei den Kennzahlen auszurichten statt an den fachlichen Erfordernissen von Fall und Feld. Grundsätzlich sollte, um fehlgehende Steuerungsimpulse zu vermeiden, die fachliche Steuerung und die Steuerung der Versorgungsstruktur nicht unmittelbar mit der finanziellen Steuerung verknüpft werden, weil bekannt ist, dass sonst auch trotz aller Kontrollen die Qualität von Daten und Informationen zur fachlichen Steuerung abnimmt.

unsichere Finanzierung

Fehlgehende Steuerungsimpulse

Sozialpolitik kann und muss jeweils darüber entscheiden, welche gesellschaftlichen Ressourcen für welche sozialstaatlichen Ziele zur Verfügung gestellt werden. Und selbstverständlich muss Sozialpolitik sich auch darum bemühen, dass solche gesellschaftlichen Mittel im Sinne des Handlungsauftrags effizient und zielorientiert eingesetzt werden (Controlling). Wenn sozialpolitische Ziele aber mittels wirkungsorientierter Steuerung direkt das Handeln der Fachkräfte, die von ihnen im Interesse der Kennzahlenerreichung zu wählenden Maßnahmen, Interventionen und Arbeitsformen bestimmen, dann verändern sich auch die soziale Arbeit und ihr Professionsverständnis grundlegend. Der fachlich und ethisch unverzichtbare Handlungsspielraum, um in Aushandlungsprozessen mit den Adressaten eben auch ganz individuelle Ziele zu entwickeln und im Sinne einer Hilfeplanung zu formulieren und umzusetzen, wird grundlegend eingeengt. Gefördert wird dann eine Tendenz, die Hilfe Suchenden anhand vorab definierter Ziele in eine bestimmte, auch mit definierten Instrumenten messbare Richtung zu motivieren oder gar zu drängen. Diese durch die Steuerungsstruk-

Sozialpolitische Ziele dürfen die konkrete soziale Arbeit mit Klienten nicht dominieren.

Ein Handlungsspielraum zur Klärung und Gestaltung individueller Hilfeplanung muss erhalten bleiben.



tur bedingte Entwicklung würde noch vertieft, wenn sie mit dem aus der naturwissenschaftlich orientierten Medizin stammenden Evidenzbasierung und den leitlinienorientierten Konzepten verbunden würden und so die Profession der Sozialen Arbeit wesentlich umgestalten würden.

Mit den aktuell propagierten wirkungsorientierten Steuerungsmodellen lebt ein historisch eigentlich bereits überwunden geglaubtes instrumentelles Steuerungsmodell wieder auf.⁵ Die bei der Formulierung der Grundzüge und Ziele von Sozialpolitik notwendige Vereinfachung auf die großen Linien wird übertragen auf die direkte Steuerung der vielen kleinen Einheiten an der Basis. Die gesellschaftliche Komplexität wird damit radikal simplifiziert, um so die Idee einer "rationalen Planung" wirksam werden zu lassen. Es wird klassifiziert, nummeriert und standardisiert, und man meint, durch die Annahme eines ursachengerechten und zieladäquaten Eingreifens alles „in den Griff zu bekommen“ (vgl.: Merchel, 2006: S. 7).

Eine einseitig quantifizierende Wirkungsmessung kann immer nur Teilaspekte sozialer Arbeit abbilden; was hier nicht gemessen werden kann oder wird, läuft Gefahr, auf Dauer in den Hintergrund der politischen und fachlichen Aufmerksamkeit zu rücken und vernachlässigt zu werden. Es bestünde außerdem die Gefahr, dass allgemeine sozialpolitische Ziele, so richtig und legitim sie sein mögen, über eine indikatoren gestützte wirkungsorientierte Steuerung direkt die Art der Behandlung von Einzelfällen dominieren. Damit würde jedoch ein wesentliches sozialstaatliches Recht, nämlich der Anspruch auf individuelle und bedarfsangemessene Leistungen, nicht mehr konsequent zu verwirklichen sein (vgl. Abs. 5.3.).

Über die einseitige Auswahl von wenigen begrenzten Wirkungszielen und die Definition entsprechender Kennzahlen läuft die Politik Gefahr, nur noch die Illusion einer umfassenden Steuerung aufrechtzuerhalten, dabei aber die Komplexität der menschlichen und gesellschaftlichen Realität und damit der Sozialen Arbeit fahrlässig oder bewusst auszublenden und Beeinträchtigungen für die Hilfe suchenden Menschen und für die soziale Infrastruktur unserer Gesellschaft in Kauf zu nehmen.

Wirkungsorientierte Steuerung ist im sozialen Bereich ein fachlich überholtes instrumentelles Steuerungsmodell.

Nicht Gemessenes und nicht Messbares drohen vernachlässigt zu werden.

Steuerung über einige wenige Kennzahlen verfehlt die Komplexität der Realität.

5.2 Modelle einer reflexiven und kooperativen Steuerung

Demgegenüber gehen neuere Planungs- und Managementmethoden davon aus, dass die von einem System zu lösenden Probleme nicht in einem „konsistenten Zielsystem zum Ausdruck gebracht werden“ können. Systeme müssten deshalb „latent widersprüchlichen Funktionsanforderungen genügen“ und „genügend Spielraum für die Entfaltung widersprüchlicher Leistungspotentiale lassen.“⁶

Der instrumentellen Steuerung wird in der Folge die Leitidee einer reflexiven Steuerung gegenüber gestellt. Hier wird die Komplexität und Eigenlogik sozialer Systeme und deren begrenzte intentionale Steuerbarkeit akzeptiert und man lässt die Leistungspotentiale, die gerade auch darin enthalten sind, zur Entfaltung kommen.

Im Rahmen der Gestaltung reflexiver Steuerungskonzepte gilt es auch, im Rahmen der strategischen Steuerung den Ansätzen einer partizipativen Sozialplanung wieder mehr Raum zu verschaffen. Inhalte und angestrebte Ziele einer partizipativen Sozialplanung müssen regelmäßig Gegenstand von Aushandlungsprozessen mit den unterschiedlichen Akteuren im Hilfesystem und in der Politik sein. Dabei werden die von der Planung betroffenen Menschen und die Akteure der von der Planung betroffenen Handlungsfelder und Gemeinwesen grundsätzlich in die Planung einbezogen. Diese explizite Betroffenenbeteiligung zielt auf die möglichst weitgehende Integration ihrer Wünsche und Interessen in die Planung. Auf diese Weise soll die Legitimation, Praxisnähe und Umsetzungswahrscheinlichkeit der Sozialplanungsergebnisse erhöht werden. Eine solche Betroffenenbeteiligung verbessert auch die Wahrscheinlichkeit, dass neben den quantitativ fassbaren Aufgaben und Problemen auch die nur qualitativ zu beschreibenden Aspekte bei der Planung ausreichend Berücksichtigung finden. Und sie mindert das Risiko, dass sozialtechnologische Entscheidungen den Lebenswelten der Betroffenen einfach übergestülpt werden.

Im Rahmen reflexiver Steuerung werden die Wirkungen sozialer Dienste auf der Einzelfall- und Einrichtungsebene und die mittelbaren Wirkungen auf die Gesellschaft in einem fachlichen Dialog bewertet. Dabei werden quantitativ messbare Wirkungen, qualitativ beschreibbare Wirkungen, Einschätzungen der Fachkräfte und die Erfahrungen und Bewertungen der Nutzer⁷ sowie die formal abbildbaren Struktur- und Prozessqualitäten für eine Gesamtbewertung berücksichtigt.

Leitidee der reflexiven Steuerung als Alternativmodell.

Notwendig ist eine Integration von Elementen partizipativer Sozialplanung:

Aushandlung

Betroffenenbeteiligung

Beteiligung der Akteure in den betroffenen Handlungsfeldern

*Und schließlich:
Erzielte Wirkungen sowie deren Bewertung durch die Nutzer werden gemeinsam in einem fachlichen Dialog ausgewertet.*

5.3 Nutzerperspektive stärken

Wie bislang schon vielfach benannt steht die soziale Arbeit zunehmend unter dem Erwartungsdruck, ihre Wirkungen und ihre Effizienz nachzuweisen. Die dabei eingesetzten Instrumente arbeiten überwiegend mit zentral vorgegebenen, von außen gesetzten Zielen und versuchen mittels Kennzahlen die Zielerreichung quantifizierend zu messen.

„Sie erfassen die Erledigung zuvor definierter und spezifizierter Aufgaben und Fälle zumeist in einem quantifizierbaren zeitlichen Rahmen und mit kategorisierten Ergebnissen“ (Oelerich; Schaarschuch, 2005: 211). Dies impliziert ein Verständnis sozialer Arbeit im Sinne eines kausalen oder korrelativen Ziel-Mittel-Wirkungszusammenhangs, wie wir ihn aus klinischen Studien kennen, in denen der Klient als Objekt einer Behandlung erscheint (ebd.). Diese Konzeptualisierung sozialer Arbeit ist jedoch extrem verkürzend⁸ und mit dem Menschenbild diakonischer Dienste und Einrichtungen letztlich nicht vereinbar.

Ein Verständnis sozialer Arbeit dagegen, welches an der zentralen Bedeutung der Konzepte der „Lebensweltorientierung“, der „Lebensbewältigung“ und der „Erweiterung von Handlungsspielräumen“ der Adressaten festhalten will, sollte die qualitativen Aspekte sozialer Arbeit in den Mittelpunkt der Bemühungen stellen, die soziale Arbeit und ihre Ergebnisse zu verbessern. Dabei geht es eben genau nicht nur darum, was soziale Arbeit bei ihren Adressaten bewirkt, sondern es geht auch um die menschlichen Erfahrungen der Adressaten mit dieser sozialen Arbeit. Auf der Forschungsseite geht es dabei „(...) um die Rekonstruktion der subjektiven Erlebnisse und Erfahrungen sowie der Hilfeverläufe der Adressaten, oftmals in einer biographisch-retrospektiven Perspektive. Hierbei dient das Verstehen der Sichtweise der Adressaten als Basis für die Optimierung sozialpädagogischen Handelns“ (Oelreich / Schaarschuch a.a.O. S. 212).

Gerade weil ein Verstehen von „Wirkzusammenhängen“ notwendig ist, um die soziale Arbeit und ihre Ergebnisse zu verbessern, sind qualitative Ansätze sowohl in der einrichtungsbezogenen Evaluation und Qualitätssicherung als auch in der Forschung wichtig und erlässlich. Zur Verbesserung sozialer Arbeit ist es nicht nur entscheidend zu wissen, ob eine bestimmte Praxis erfolgreich ist, sondern insbesondere auch warum. Wirkungszusammenhänge zu erkennen, die auch unabhängig von spezifischen, nicht generalisierbaren Umständen (persönlichen, institutionellen, Umweltbedingungen) Bedeutung haben, schafft die Voraussetzungen, um sich um die Wiederholung von erfolgreichen Handlungsansätzen bemühen zu

*Perspektive der Nutzer stärken:
An den Konzepten der „Lebensweltorientierung“, der „Lebensbewältigung“ und der „Erweiterung von Handlungsspielräumen“ der Adressaten festhalten.*

Aufgaben der Forschung



können und dabei nichtintendierte Nebenwirkungen möglichst zu vermeiden. Statt häufig scheinexakter Kennzahlen sind hierzu aber vor allem offene Befragungen, Gruppeninterviews, prozessbegleitende Evaluationen und Feldforschungen notwendig, also Handlungsansätze, die sowohl den menschlichen wie den institutionellen Faktor nicht auszublenden versuchen, sondern bewusst für eine Verbesserung der Hilfen nutzen.

Im Bereich der Nutzen- und Nutzerforschung, die auf einen solchen erweiterten „Gebrauchswert“ sozialer Arbeit fokussieren, liegen inzwischen eine Reihe viel versprechender Ansätze vor.

Würden aufbauend auf einer soliden theoretischen Grundlage Instrumente entwickelt, die bis hin zur Ebene eines sozialen Dienstes oder einer Einrichtung zeigen können, was die Adressaten an den Leistungen der sozialen Arbeit hinsichtlich der Bewältigung ihrer schwierigen Lebenssituationen als hilfreich und weiterführend oder aber als einschränkend und hinderlich bewerten (vgl.: Oelerich, Schaarschuch, 2005: 212), dann wären die Perspektiven und Interessen der Nutzer sowie der Nachweis der Leistungsfähigkeit der sozialen Arbeit gestärkt.

Und dies auf einem Weg, der die nichtintendierten Nebenwirkungen und Verkürzungen der aktuell diskutierten „wirkungsorientierten Steuerungsmodelle“ vermeidet.

In hermeneutischer Perspektive Wirkungen nicht nur messen, sondern verstehen, um erfolgreich zur Verbesserung der Praxis beizutragen.

Viel versprechende Ansätze in der Nutzen- und Nutzerforschung

Entwicklung entsprechender (Selbst) Evaluationsinstrumente notwendig.



Fußnotenverzeichnis

- ¹ Neben den Leistungen des SGB XII sind natürlich für abhängige Menschen auch andere kommunal verantwortete Sozialleistungen bedeutsam, z.B. die Maßnahmen nach §16,2 SGB II oder auch Leistungen nach dem SGB VIII. Im Interesse einer inhaltlichen Straffung geht dieses Diskussionspapier dennoch beispielhaft nur auf die entsprechenden Regelungen im SGB XII ein.
- ² Art. 20 I GG: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“
- ³ siehe dazu: Schader-Stiftung (Hrsg.): Öffentliche Daseinsvorsorge- Problem oder Lösung?, Darmstadt 2003
- ⁴ vgl. hierzu: Cordts; Cramer, 2007
- ⁵ vgl. auch für folgende Ausführungen: Nagel, 2007
- ⁶ Brüggemeier 2004, 379 mit Zitat von Steinmann; Schreyögg, 2000, 138
- ⁷ Mittel dazu können Befragungsbögen sein bis hin zur Beteiligung von Betroffenenorganisationen, Beiträgen und Selbsthilfegruppen
- ⁸ vgl. die Überlegungen zum „strukturellen Technologiedefizit“ pädagogisches Handeln von Niklas Luhmann und Karl-Eberhard Schorr (Hrsg.) 1982: Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Fragen an die Pädagogik, Frankfurt/Main
- ⁹ z.B. Maria Bitzan, Eberhard Bolay, Hans Thiersch (Hrsg.) 2006: Die Stimme der Adressaten. Empirische Forschung über Erfahrungen von Mädchen und Jungen mit der Jugendhilfe, Weinheim, München



Literaturhinweise

- Bitzan, Maria, Eberhard Bolay; Hans Thiersch (Hrsg.), 2006: Die Stimme der Adressaten. Empirische Forschung über Erfahrungen von Mädchen und Jungen mit der Jugendhilfe, Weinheim München
- Brüggemeier, Martin, 2004: Von der Kunst, erfolgreich zu scheitern – Wirkungsorientiertes Controlling in öffentlichen Verwaltungen, in: Sabine Kuhlmann, Jörg Bogumil und Hellmut Wollmann (Hg.): Leistungsmessung und –vergleich in Politik und Verwaltung, Wiesbaden, 374 – 391
- Cordts, Susanne; Ulrike Cramer, 2007: Die Einzelfallsteuerung in der kommunalen Sozialplanung, in: Nachrichtendienst des deutschen Vereins, August 2007: 319 - 322
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), 1986: Handbuch der örtlichen Sozialplanung, Frankfurt / Main:
- Jordan, Erwin; Reinhold Schone (Hrsg.), 1998: Handbuch Jugendhilfe Planung. Grundlagen Bausteine, Materialien, Münster
- Luhmann, Niklas; Karl-Eberhard Schorr (Hrsg.), 1982: Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Fragen an die Pädagogik, Frankfurt/Main
- Lukas, Helmut, 1998: Sozialberichte und Sozialplanung, in: Lutz, Ronald; Zeng, Matthias (Hrsg.): Armutsforschung und Sozialberichterstattung in den neuen Bundesländern, Opladen: 269 – 286
- Merchel, Joachim, 2006: Zum Umgang mit „Wirkung“ in Qualitätsentwicklungsvereinbarungen zur Erziehungshilfe (§78 SGB VIII): Erkenntnisse zur aktuellen Praxis und Gestaltungsperspektiven. (Expertise im Auftrag des Institut für soziale Arbeit, Planung GmbH im Kontext des Bundesmodellprogramms „Wirkungsorientierte Qualifizierung der Hilfen der Erziehung“), August 2006 Manuskript
- Nagel, Stephan, 2006: Outcome-orientierte Steuerung. Probleme in der Suchtkrankenhilfe, in: Standpunkt: SOZIAL Hamburger Forum für Soziale Arbeit Heft 1 / 2006, S.: 64 – 71
- Nagel, Stephan, 2007: Eine Kritik wirkungsorientierter Steuerungsmodelle aus der Perspektive der Wohnungslosenhilfe, in: wohnungslos Nr. 4/2007: S. 131 – 137
- Naschold, Frieder u. a., 1997: Kontraktmanagement – Theoretische Grundlagen www.kommunaler-wettbewerb.de/kon/300.html (7.2. 2006)
- Oelerich, Gertrud; Andreas Schaarschuch, 2005: Vom Nutzen Sozialer Arbeit. Die Perspektive der Klienten muss in den Mittelpunkt gerückt werden, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 6/2005, 211 – 214
- Schader-Stiftung (Hrsg.): Öffentliche Daseinsvorsorge – Problem oder Lösung?, Darmstadt 2003
- Steinmann, Horst; Georg Schreyögg, 2000: Management. Grundlagen der Unternehmensführung, Wiesbaden (5.Aufl.)



Impressum

GVS - Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe

im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Altensteinstraße 51
14195 Berlin
Tel.: 030/ 84312355
Fax: 030/ 84418336
E-mail: gvs@sucht.org
www.sucht.org

Verabschiedet durch den Vorstand des GVS am 10.06.2008

Das Dokument steht als kostenloser **Download** zur Verfügung unter:
www.gvs.org

Verfasser der Projektgruppe des GVS:

Dr. Theo Wessel, GVS e.V.
Karl Lesehr, Diakonisches Werk Württemberg e.V.
Stephan Nagel, Diakonisches Werk Hamburg
Johannes Peter Petersen, DW Schleswig-Holstein e.V.
Elisabeth Schütz, DW Berlin-Brandenburg e.V.

© GVS
Berlin, im Juni 2008



GVS – Gesamtverband
für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.

Altensteinstraße 51
14195 Berlin

Telefon: 030/ 843 123 55
Fax: 030/ 844 183 36
E-mail: gvs@sucht.org
Internet: www.sucht.org