

# Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)

## Zwischen konkreter Utopie und Kostendämpfung

Von Klaus Obert

Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) ist in aller Munde. Es ist ein Vorhaben, welches in seinen Grundzügen einen Paradigmenwechsel von der Institution zum Individuum in seiner Lebenswelt, von der Logik der Institution hin zur Orientierung am Menschen auf Gesetzesebene vollzieht. Für die Sozialpsychiatrie kann konstatiert werden, dass die sozialpsychiatrischen Leitlinien, die Utopien sozialpsychiatrischer Hoffnungen in der Auseinandersetzung mit den Theorien und Praktiken der traditionellen, einseitig naturwissenschaftlich bestimmten Psychiatrie in gesetzliche Vorgaben transformiert wurden. Und vor allem: Diese müssen nun in die Praxis umgesetzt werden.

Gleichzeitig ging es aber von Beginn an auch um die Eindämmung der permanent steigenden Ausgaben in der Eingliederungshilfe. Der Weg zur Erarbeitung des BTHG (Walhalla 2020), die Planung wie auch die begonnene Umsetzung charakterisiert sich durch die Dialektik von konkreter Utopie (Realisierung der sozialpsychiatrischen Leitlinien) und realer ökonomischer und politischer Bedingungen (Eindämmung der Kostensteigerung).

In Zeiten tendenziell neoliberal formierter gesellschaftlicher Verhältnisse in Verbindung mit dem Risiko der Ökonomisierung des Sozialen ist diese Dialektik permanent und kritisch reflexiv im Blick zu halten in der Gestaltung des Umsetzungsprozesses.

Im folgenden Beitrag können nur einige wichtige Facetten aus dem breiten Spektrum des BTHG herausgegriffen werden, die aus unserer Sicht von besonderer Bedeutung sind.

### Das Bundesteilhabegesetz und der Paradigmenwechsel

Ausgangspunkt des Bundesteilhabegesetzes sind Leitlinien, die in der

Sozialpsychiatrie von Beginn an verfolgt wurden, verstärkt durch die UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) von 2009: Die konsequente Personenorientierung, d. h. am Individuum in seiner Lebenswelt. Begonnen hat der offizielle Prozess mit der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister 2007 zur Reform der Eingliederungshilfe. Von vornherein war die Reform der Eingliederungshilfe in Richtung eines modernen Teilhabegesetzes für Menschen mit Behinderung mit einem doppelten Ziel verbunden: Auf der einen Seite steht der Paradigmenwechsel von der Logik der Institution zur Orientierung am Menschen und der Förderung seiner Selbstbestimmung und -verantwortung. Auf der anderen Seite wurde von der Politik wie von den Kostenträgern das Ziel der Verhinderung einer neuen Ausgabedynamik, die Vermeidung einer weiteren Kostensteigerung der Eingliederungshilfe klar und eindeutig formuliert; eine Ambivalenz und Herausforderung, deren Ausgang nur die Praxis zeigen kann. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung von 2013 wird die Einführung eines modernen Teilhaberechtes festgelegt. Die Leistungen haben sich am persönlichen Bedarf zu orientieren. Gleichzeitig wird die fachliche Leistung von den Leistungen der Grundsicherung (Lebenshaltung und Unterkunft) ab dem 01.01.2020 getrennt. Vor dem Hintergrund des geforderten Paradigmenwechsels in Richtung konsequenter Orientierung an der Selbstbestimmung des behinderten Menschen war es nur logisch und konsequent, seitens der Bundesregierung einen partizipativen Prozess zur Ausgestaltung und Formulierung des Gesetzes auf den Weg zu bringen. Alle beteiligten Akteure, vor allem natürlich die Verbände der Selbsthilfe, die Kostenträger, die Wohlfahrtsverbände unter Federführung des Bundesarbeitsministeriums (BMAS) diskutierten



**Klaus Obert**

Dr., Bereichsleiter Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen, Caritasverband für Stuttgart e.V. Sprecher des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in Stuttgart

in einem aufwändigen Prozess ihre Vorstellungen, Überlegungen und Interessen. Wenn auch das Ende 2017 verabschiedete Gesetz Lücken, Defizite und Felder für Nachjustierungen aufweist und nicht nur die Selbsthilfe in wichtigen Punkten enttäuscht war, gilt es festzuhalten, dass die Philosophie und der Geist wie auch die Formulierung des Gesetzes einen Paradigmenwechsel beinhaltet. Dieser stellt sich jedoch nicht von selbst ein, sondern nur durch zähes, geduldiges und auch widerständiges Ringen konkret vor Ort in der täglichen Praxis Schritt für Schritt kann das Gesetz umgesetzt werden. Das Artikelgesetz wird stufenweise bis 2023 umgesetzt (Zeitplanung siehe Rosemann 2018, S. 16).

### Selbstbestimmung, Teilhabe und regionale Versorgungsverpflichtung

Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Autonomie des Individuums in seiner Lebenswelt kennzeichnet die Philosophie und inhaltliche Grundlage des Gesetzes. Der Leistungsberechtigte steht im Mittelpunkt. Dies bedeutet eben auch, dass er oder sie Herr/Frau des Verfahrens ist und auch die Hilfeplanung durch die eigenständige Antragstellung in Gang setzen muss, wie dies im SGB IX § 1 und § 113 festgehalten ist:

„Menschen mit Behinderungen...erhalten Leistungen, um ihre Selbstbestim-



„mung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§ 1).

„Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen... Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen.“ (§ 113).

Gleichzeitig basiert gemeindenaher sozialpsychiatrische Arbeit auf den Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen der Länder, welche durchweg von der regionalen Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) ausgehen und diese einfordern. Dies bedeutet, dass niemand aufgrund seiner Erkrankung oder der Intensität der Erkrankung gegen seinen Willen außerhalb der Region untergebracht werden oder der Obdachlosigkeit anheimfallen darf und damit von Hilfeleistungen in seiner Region ausgeschlossen wird. Vor diesem Hintergrund lässt sich das Risiko nicht ausschließen, dass jene psychisch kranken Menschen, die sich nicht oder nur mit großem Aufwand auf Hilfe und Unterstützung einlassen (können), ausgegrenzt werden oder bleiben. Während die gesetzlichen Grundlagen des BTHG einerseits den Utopien der Sozialpsychiatrie folgen, beinhaltet die Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung andererseits die Arbeit mit Menschen, die sich mit dem hochschwelligem und auf der Eigenverantwortung basierenden Verfahren schwertun oder sich erst gar nicht in diese Richtung bewegen. Gerade die Hilfe und die Unterstützung für die „Letzten und die Schwierigsten“ (Dörner) oder orientiert an der eindeutigen Haltung „Entweder alle oder keiner“ (Basaglia) ist gleichermaßen ein grundlegendes Prinzip der Sozialpsychiatrie. Hier werden zwischen allen beteiligten Akteuren pragmatische Lösungswege gefordert sein, damit „niemand verloren geht“. Nur gemeinsam wird die Dialektik vom Recht auf Eigenständigkeit einerseits und dem Recht auf Fürsorge andererseits, von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung gestaltet werden können.

Was tun also mit psychisch kranken

Menschen, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen, sich aber schwertun oder gar ablehnen, Hilfe zu suchen oder anzunehmen, die im eigenverantwortlichen Handeln eingeschränkt sind und deren Selbstbestimmung begrenzt ist? Hierbei handelt es sich auch u. a. um die nicht wenigen psychisch kranken Menschen, die sich in der Wohnungslosenhilfe „aufhalten“, bzw. dort untergebracht sind.

Der Weg von der ersten Anfrage, ganz gleich von welcher Institution, Einrichtung oder aus dem Umfeld hin zu einem kontinuierlichen, vertrauensvollen Prozess von Unterstützung, Begleitung und Hilfe kann einen enormen Aufwand bedeuten und vor allem viel Zeit in Anspruch nehmen. Zumindest können Anfragen an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) entlang der Kontaktherstellung und dem kontinuierlichen Aufbau einer Beziehung ohne zeitlichen Druck gestaltet werden. Dies gelingt im SpDi eher, da hier kontinuierlich und situationsabhängig Kontakt und Beziehung Schritt für Schritt und mit der jeweils erforderlichen Behutsamkeit aufgebaut werden können. Die sukzessive Überführung von der Grundversorgung in Leistungen der Eingliederungshilfe (unter Feststellung der wesentlichen Behinderung) oder auch in andere Hilfen ist weder an Fristen noch an Orte gebunden und kann eng mit dem Leistungsberechtigten und dem Fallmanagement abgestimmt und gestaltet werden. Schwieriger wird dieser Weg in der Klinik aufgrund des von vornherein bestehenden Entlassungsdrucks. Die Gestaltung der Schnittstelle Klinik, Fallmanagement und SpDi oder weiterer Bausteine im Gemeindepsychiatrischen Verbund stellt zweifelsfrei eine Herausforderung dar, die von der gemeinsamen Überzeugung und Bereitschaft aller beteiligten Akteure getragen sein muss, dass „niemand verloren gehen darf“.

### Bedarfsentwicklungsinstrumente als Dialog

Wie in der Umsetzung der Prinzipien des BTHG Rechnung getragen wird, lässt sich mit Sicherheit in der Anwendung der Bedarfsentwicklungs-

instrumente, die letztlich in ihrer Grundorientierung der Logik des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) der Aktion psychisch Kranke folgen, ablesen und wie der mit den Leistungsberechtigten erarbeitete Hilfebedarf in eine Leistung transformiert wird.

So heißt es im § 118 SGB IX:

„Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Leistungen...unter Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes erfolgt durch ein Instrument, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert.“

Eindeutig verweist der Gesetzgeber darauf, die Wünsche und Ziele des Leistungsberechtigten ernst zu nehmen und als Ausgangs- und Bezugspunkt von Bedarfsermittlung und Hilfeplanung heranzuziehen, deutlich festgehalten im § 104 SGB IX:

„Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.“

Allerdings wird es nun darauf ankommen, wie diese normativen gesetzlichen Vorgaben in die konkrete Alltagsarbeit umgesetzt werden und nicht zu einer ideologischen Verschleierung defizitärer realer Bedingungen verzerrt werden. Dies bedeutet, sich kritisch reflexiv damit auseinanderzusetzen: Wird der konstruktive Dialog gelingen, d. h. die umfassende und sorgfältige Auseinandersetzung mit dem Leistungsberechtigten, orientiert an seiner Zeit, an seinem Rhythmus, an seiner Lebenslage und Lebensführung, als einem Instrument der Hilfebedarfsfeststellung auf Augenhöhe? Oder wird das Instrument reduziert zu einem bürokratisch-technologischen Konstrukt, zu einer einseitigen Technik, das wie eine Checkliste oder ein



Formular einseitig ausgefüllt, wird, ohne einen Dialog im ursprünglichen Wortsinn zu führen?

## Assistenzleistungen und soziale Teilhabe

Soziale Teilhabe ist nicht nur ein zentraler Begriff im BTHG, sondern vor allem eine gesetzlich-normative Vorgabe, die umgesetzt werden muss (§ 76 SGB IX). Jeder Bürger, jede Bürgerin hat das Recht auf Teilhabe und Teilsein am und im gesellschaftlichen Leben. Dies hat zur Folge, dass Menschen, die in der gleichberechtigten und umfänglichen Teilhabe aufgrund von Erkrankung und oder Behinderung eingeschränkt sind, die Hilfe und Unterstützung und Begleitung erhalten, die sie für die von ihnen gewünschte, erwartete und geforderte Teilhabe benötigen. Neu an der gesetzlichen Vorgabe ist, dass die Einschränkung und ihre Kompensation nicht mehr einseitig in der Person des behinderten Menschen verortet wird, sondern immer in der Interaktion des Menschen mit seinem Umfeld, mit seiner Lebenswelt zu verstehen und zu „bearbeiten“ ist (SGB IX § 2). Gut nachvollziehbar und auch eigentlich ohne Probleme veränderbar ist die „berühmte“ Bordsteinkante oder sind Treppen, die den körperbehinderten Rollstuhlfahrer an der „normalen“ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben behindern. Heikler, differenzierter und auch schwieriger wird es bei psychisch erkrankten Menschen, zumindest bei jenen, die in ihren kommunikativen und interaktiven Kompetenzen eingeschränkt sind und am normalen gesellschaftlichen Leben teilnehmen wollen. Gleichzeitig weist das Umfeld, die Umgebung, d. h. die Menschen im Sportverein, an der Volkshochschule, im Gesangsverein oder in der Kirchengemeinde etc., Begrenzungen auf im Umgang mit dem Personenkreis psychisch erkrankter Menschen. Sie sind es nicht (mehr) gewohnt oder haben es nicht gelernt oder verdrängt und wollen es vielleicht auch nicht so dezidiert, mit nicht selten ungewohnten und durchaus auch befremdlichen Kommunikationen psychisch erkrankter Menschen umzugehen. Ängste im Umgang mit ungewohntem und nicht einfach vorhersehbarem Verhalten, zu wenig reflektierte und ungeprüfte Phantasien und auch Voreingenommenheiten stellen wiederum eine Behinderung dar,

Die neue Rolle der Leistungserbringer durch die Umsetzung des BTHG ist ...

**... eine große Herausforderung, sowohl aus methodischen Gründen als auch bezüglich der Grundhaltung gegenüber unseren Klient\*innen. Spannend wird es bei psychisch kranken Menschen, die einen Hilfebedarf haben, sich aber nicht formulieren können oder das Antrags-procedere zu hochschwierig ist. Vielleicht noch nicht vollends durchdacht? Es ist problematisch, dass Antragsverfahren, Hilfebedarfsklärung und Finanzierung in einer Hand liegen!**

Joachim Schittenhelm, Bereichsleiter  
Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) Birkach, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.

die vom Umfeld ausgeht. Die Aufgabe der professionellen Hilfe (nichts Neues) besteht darin, diese wechselseitig vorliegenden Einschränkungen aufzunehmen, zu thematisieren und zu unterstützen, dass sie kompensiert und überwunden werden können. Zur Realisierung dieser Aufgabe führte das BTHG den vor allem aus dem Bereich der körper- und sinnesbehinderten Menschen stammenden Begriff der Assistenzleistung ein (§ 78 SGB IX). Allerdings verbindet sich mit dem Begriff aus sozialpsychiatrischer/sozialarbeiterischer Sicht eine Ambivalenz. Assistenz impliziert weniger reflektierte und weniger hinterfragte Begleitung und Unterstützung, z. B. in der Übernahme von Handlungen, die ein körperbehinderter Mensch aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen nicht selbst übernehmen kann. Pädagogisch-therapeutische Arbeit korrespondiert konstitutiv immer mit konstruktiver, kritisch solidarischer Auseinandersetzung, auch mit Widerspruch und durchaus auch heftigem Disput immer im Geist gegenseitigem Respekts und wechselseitiger Achtung. Dies bedeutet, dass hier darauf geachtet werden muss, im Feld des sozialpsychiatrischen Handelns die Assistenz nicht auf einseitige Erfüllung der Wünsche der Betroffenen ohne ihre kritisch, realitätsorientierte Überprüfung zu reduzieren. In der Beschreibung der qualifizierten Assistenz

ist diese Überlegung angelegt, auf die dann auch in der Praxis immer wieder Bezug genommen werden sollte: § 78 SGB IX Abs.2:

„...die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung. Die Leistungen nach Nummer 2 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere die Anleitungen und Übungen in den Bereichen nach Absatz 1 Satz 2.“

## Die Zukunft der Hilfeplankonferenz und des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

Gesamtplan- und Teilhabeplanverfahren, Gesamtplan- und Teilhabekonferenz – so wie sie im Gesetzestext formuliert sind (§§ 19, 20, 21, 117, 121 SGB IX) – erreichen per definitionem noch keine Kompatibilität mit einer gut funktionierenden Hilfeplankonferenz. Die Hilfeplankonferenz und der Gemeindepsychiatrische Verbund sind zentrale Elemente für die Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung. Darüber wird sichergestellt und garantiert, dass die sogenannten „Schwierigsten“, die Systemsprenger, nicht wohnungslos oder außerhalb der Region untergebracht werden. Dies gelingt nur gemeinsam (Leistungsträger, Leistungsberechtigte und Leistungserbringer), indem pragmatische Lösungswege (er-) funden werden (müssen), um sowohl dem Gesetzestext als auch der regionalen Versorgungsverpflichtung und vor allem den Leistungsberechtigten und ihrem Umfeld gerecht zu werden. Auch und gerade hier sind Vertrauen, Respekt und gegenseitige Wertschätzung die entscheidenden Parameter unter allen Beteiligten, um die Ziele umzusetzen. Umso wichtiger ist es, die unabdingbare Notwendigkeit der Hilfeplankonferenzen herauszustellen, werden sie doch in vielen Regionen von den Leistungsträgern gerade abgeschafft.

## Trennung der Fachleistung von existenzsichernden Leistungen

Seit 01.01.2020 werden die existenzsichernden Leistungen von den Fachleistungen getrennt. Bisherige stationäre Angebote heißen jetzt „besondere Wohnformen“. Dies soll aber nicht nur mit einem oberflächlichen Austausch von Begriffen einhergehen, sondern im



Sinne des Paradigmenwechsels auch konkrete Veränderungen zeitigen. Vielmehr könnte diese Trennung sogar als eine wesentliche konkrete Manifestation des Paradigmenwechsels bezeichnet werden

Das Gesetz sieht vor, die Angleichung und rechtliche Gleichstellung der Leistungserbringung an das bisher schon bekannte System im ambulant betreuten Wohnen umzusetzen. Alle erforderlichen vertraglichen Belange der „besonderen Wohnformen“ wurden neu verhandelt und in Verträge zwischen Leistungsträger (LT), Leistungsberechtigtem (LB) und Leistungserbringer (LE) transformiert – fast schon eine Herkulesaufgabe für das gesamte System. Die Hilfe, Unterstützung (Assistenzleistung zur sozialen Teilhabe) ist dadurch unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Nachdem sich bundesweit abgezeichnet hat, dass dieser Prozess zeitlich nicht umsetzbar ist, wurden in allen Bundesländern Übergangsvereinbarungen vom 01.01.2020 – 31.12.2021 abgeschlossen. Bis zum Ende dieses Zeitrahmens müssen dann Landesrahmenverträge erarbeitet und auf dieser Basis Leistungsvereinbarungen mit dem örtlich zuständigen Kostenträger der Eingliederungshilfe nach SGB IX vereinbart werden.

Bereits ab dem 01.01.2020 verändern sich die Finanzströme grundlegend, was sowohl die LE als auch die LB betrifft. Bisher erhielt der LE (Heimbetreiber) Tagessätze auf Basis des individuellen erhobenen Hilfebedarfes zur Finanzierung des Heimbetriebs und zusätzlich Verwahrgelder (Taschengeld und Kleidergeld) zur direkten Auszahlung an die LB.

Die neue Rechtslage gibt vor, dass unterhaltssichernde Leistungen von Fachleistungen zu trennen sind. Dies bedeutet, dass die LB ihre Beträge für Unterkunft und Lebensunterhalt direkt auf ihr Konto erhalten. Die LB müssen dann Kosten für Essensversorgung und die Miete an die LE weiter geben. Nicht wenige, der in den bisherigen stationären Angeboten betreuten Menschen benötigen eine Geldverwaltung und sind eigenständig nur sehr schwer in der Lage, das Geld

bzw. ein Konto zu verwalten. Hier entsteht das Risiko, dass der Ruf nach zusätzlichen gesetzlichen Betreuungen lauter wird, was wiederum der Reform des Betreuungsgesetzes explizit entgegensteht. Dieses intendiert vielmehr dazu, die Zahl der gesetzlichen Betreuungen eher zu reduzieren, zumindest jedoch zu begrenzen.

Weiterhin mussten die LE die bisherigen Gebäudeflächen aufteilen in Fachleistungs- und Individualflächen, um daraus Mietflächen pro Bewohner abbilden zu können, die dann in einen Mietvertrag münden. Zusätzlich benötigen alle Betreuten einen neuen Betreuungsvertrag. Dies alles musste bis Spätherbst 2019 rechtlich auf sicheren Füßen stehen, was für alle Beteiligten mit einem erheblichen Aufwand einherging, bzw. weiter einhergeht. Die Umsetzung in den Alltag bringt viele weitere in sich „komplexe Kleinigkeiten“ mit sich, die mit einem beträchtlichen bürokratischen Aufwand verbunden sind.

Mit der Umsetzung des BTHG in die neue Form der Leistungserbringung (spätestens ab 31.12.2021) erfolgt dann eine neue Logik der Bemessung des Unterstützungsbedarfes eines Menschen (LB) nach den Landesrahmenverträgen.

### Personenorientierung und Sozialraumorientierung

Zurecht konzentriert sich das BTHG auf das Individuum in der beabsichtig-

ten Überwindung der Logik der Institution. Der Paradigmenwechsel hat im BTHG eine konkrete gesetzliche Grundlage. Allerdings: Der Mensch wird erst in der Kommunikation und Interaktion mit seiner Umgebung, mit anderen Menschen zum Menschen (Habermas, Mead). Daher müsste es eher heißen: Das Individuum in der Interaktion mit seiner

Umgebung, mit dem Gemeinwesen, mit dem Sozialraum. Das BTHG wie auch der Behinderungsbegriff verweisen eindeutig auf den Sozialraum, auf die untrennbare Verknüpfung von Behinderung und Umwelt. Der Sozialraum

ist im Gesetz definiert und wird einzelfallbezogenen Gegenstand von Teilhabeleistungen. Unverändert defizitär, bzw. unbeantwortet aufgrund der dem BTHG inhärenten Individualisierung der Hilfe ist und bleibt die Notwendigkeit und Erfordernis, über den Einzelfall hinausgehende, fallunabhängige, sozialraumbezogene (sich aber wieder auf den Einzelfall auswirkende) Arbeit in einem Budget zu finanzieren. Vielmehr verstärkt das BTHG die allenthalben festzustellende Festschreibung der Finanzierungsmodalitäten auf den Einzelfall, wohl wissend, dass a) Menschen herausfallen können, die sich der damit einhergehenden Prozeduren nicht einfach unterordnen können oder wollen und b) die allseits anerkannte und geforderte Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit dadurch eher eine schöne Forderung in den Vorworten bleibt.

### Schlussbemerkung

Das BTHG bedeutet in der Tat einen Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe. Allerdings ist ebenso evident, dass ein Gesetz allein „nur“ das rechtliche Grundgerüst dar- und herstellt. Gesetze müssen mit Leben gefüllt werden. Zweifellos gibt es nicht Weniges vor allem am Prozess der Umsetzung des BTHG, aber auch an der Spannung von Individualisierung und Lebenswelt kritisch zu bedenken und zu verändern. Jedoch ist Klagen und die Flucht in vermeintlich bessere Vergangenheiten nicht hilfreich. Im Gegenteil. Vielmehr wird es darauf ankommen, das gemeinsame Vorgehen aller beteiligten Akteure vor Ort in eine konstruktive Auseinandersetzung zu führen mit dem Ziel, die konkrete Utopie des BTHG schrittweise in die Praxis umzusetzen; zweifellos ein langer, aufwändiger, permanenter aber sich doch letztlich lohnender Prozess. ●

### Literatur

**Das gesamte Teilhabe- und Rehabilitationsrecht (2020):** Walhalla

**Habermas, J. (1995):** Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1 und 2. Frankfurt/M.

**Mead, G.H. (1968):** Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt.

**Rosemann, M. (2018):** BTHG – Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. Köln.

