

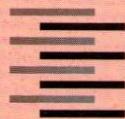
STAND- PUNKT: SOZIAL

Hamburger Forum
für Soziale Arbeit

3/2006

Thema:

Behindertenhilfe im Reformprozess
Entwicklungen und Potenziale



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit und Pflege

ISSN 0937-5791

€ 5,00, Studierende: € 2,50

Behindertenhilfe im Reformprozess

Entwicklungen und Potenziale

Editorial	1	treffpunkt.altona Wie Netzwerkarbeit ganz konkret aussehen kann <i>Dunja Wörthmann</i>	54
Thema			
Zu diesem Heft <i>Dieter Röh</i>	3	„Jetzt mag ich alt werden“ Angebote für ältere Menschen mit Behinderung <i>Thomas Framheim</i>	56
Behindertenhilfe neu denken			
Ein neues Paradigma für die Rehabilitation <i>Dieter Röh</i>	6	Das Trägerübergreifende Persönliche Budget in der Erprobung <i>Franz Kiefer</i>	58
Empowerment in der Behindertenhilfe <i>Dieter Röh</i>	12	Musiktherapie als Erlebnis und „seelische“ Unterstützung <i>Karin Bösel</i>	59
Community Care: „Von der Wohnung in die Gemeinde“ <i>Kai-Uwe Schablon</i>	17		
Herausforderungen und Perspektiven der Eingliederungshilfe <i>Peter Gitschmann</i>	25		
Ambulantisierung – mehr als nur ein Sparmodell? <i>Klaus-Peter Judith</i>	31		
Forschungsprojekte in der Behindertenhilfe			
Evaluation von Effekten der Ambulantisierung <i>Dieter Röh und Petra Weber</i>	37	Systemische Skulpturmethode <i>Heike Schader</i>	81
Pflege und Soziale Arbeit (Behindertenhilfe) Auf dem Weg zu einem interdisziplinären Wirken <i>Petra Weber und Dörte Jahncke-Lattek</i>	39	Fonds für außergerichtliche Gläubigervergleiche <i>Adolf Hamster, Manfred Voepel & Joachim Schwerdtfeger</i>	87
Der außerbegriffliche Dialog Symmetrische Kommunikation von und mit schwerstbehinderten Menschen <i>Olaf Wahls</i>	42	Das virtuelle Studienberatungsangebot der Fakultät <i>Barbara von Sturm und Kay Winkler-Budwasch</i>	89
Berichte		Arbeitsbereich Pflege & Management	99
Perspektivwechsel gefordert <i>Wolfram Scharenberg und Theodor Maas</i>	49	ZEPRA informiert	102
Autonom Leben e.V. <i>Gerlef Gleiss</i>	51	Personalien	104
Für Heimbau-Moratorium und Schaffung ambulanter Strukturen <i>Barbara Vieweg</i>	53	Bücher	110
		AutorInnen	115



Liebe Leserin, lieber Leser,

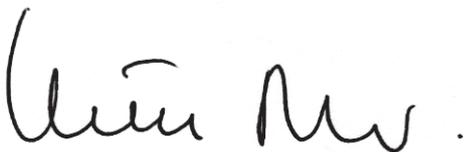
„Das Heim in die Wohnung holen – Zur Dringlichkeit der Heim-Enquete des Bundestages“ so lautete die programmatische Überschrift eines Beitrags von Klaus Dörner in *standpunkt : sozial* 2/02. Es ist ein eindringliches Plädoyer für die „Normalisierung“ der Situation von Behinderten, psychisch Kranken, Alten, Ausgegrenzten in unserer Gesellschaft. Dass dieser Reformprozess in der Behindertenhilfe im Gange ist, wie er konkret in der Hamburger Praxis aussieht und mit welchen Schwierigkeiten er zwischen Reformideen und Sparzwängen zu kämpfen hat, davon berichten die Beiträge in diesem Themenschwerpunkt. Koordinator ist Dieter Röh, im Sommersemester neu an die Fakultät Soziale Arbeit und Pflege für den Bereich Rehabilitation und Behindertenhilfe berufen. Er fordert auf, die Behindertenhilfe neu zu denken. Grundlage dafür könnte immer noch die bereits 1973 von Wolfgang Jantzen vorgeschlagene „Arbeitsdefinition“ sein: „Behinderung kann nicht als naturwüchsig entstandenes Phänomen betrachtet werden. Sie wird sichtbar und damit als Behinderung erst existent, wenn Merkmale und Merkmalskomplexe eines Individuums aufgrund sozialer Interaktion und Kommunikation in Bezug gesetzt werden zu gesellschaftlichen Minimalvorstellungen über individuelle und soziale Fähigkeiten. Indem festgestellt wird, daß ein Individuum aufgrund seiner Merkmalsausprägung diesen Vorstellungen nicht entspricht, wird Behinderung offensichtlich, sie existiert als sozialer Gegenstand erst von diesem Augenblick an.“

Die Fotos zum Themenschwerpunkt vermitteln auf ihre Art, was eine solche „Normalisierung“ von Behinderung bedeuten kann. Sie sind im Rahmen eines Fotokurses entstanden, den Christoph Gläser im Rahmen des Offenen Programms der Behindertenhilfe der Christuskirche Othmarschen durchgeführt hat.

Der Info-Teil dieses Heftes wird eröffnet durch einen Diskussionsbeitrag von Peter Kastner. Sein Thema ist der seit Dilthey in der Wissenschaftstheorie diskutierte Gegensatz von Verstehen und Erklären, der in den 70er Jahren in der Habermas-Luhmann-Debatte unter dem Stichwort Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie eine zeittypische Zuspitzung erfuhr. Kastner konstatiert eine Zurückdrängung des Verstehens zugunsten systemtheoretischen Denkens und ein damit einhergehendes Ausweichen vor dem Sich-Einlassen auf das einzelne Subjekt und einem Verwickeltwerden in seine Welt und beklagt eine Anpassung an den Zeitgeist und die jeweiligen Herrschaftsinteressen. Ein weiteres Mal ist Gewalt Thema in *standpunkt : sozial*: Ute Lorenzen und Horst Schawohl informieren über das Stand-up-Training, bei dem Jugendliche, die Opfer von Gewalt in der Schule waren, lernen, mit Gewalt bewusst umzugehen. Langfristig soll dieses Training den fatalen Kreislauf durchbrechen, der die Opfer zu Tätern werden lassen könnte. Das Konzept einer „Evidenz-basierten Pflege und Versorgung demenziell Erkrankter“ erörtert Martina Hasseler, neu berufene Professorin im Department Pflege und Management. Die vielfältigen Aktivitäten der Fakultät werden in mehreren Beiträgen vorgestellt. So beschreiben Barbara von Sturm und Kay Winkler-Budwasch das neue internetbasierte Studienberatungsangebot. Kathrin Hahn und Cora Hermann informieren über ihre Präsentation des Seminarkonzepts „Umgang mit Vielfalt und Differenz“ auf der Weltkonferenz für Soziale Arbeit in München. Uta Bohlen und Agnes Mali berichten über die STEEP-Fachtagung „Stärkung der Eltern-Kind-Bindung – Schutzschild für riskante Kinderwelten“. Vorgestellt werde auch zwei neue Studiengänge: Katharina Straß beschreibt den Dualen Studiengang Pflege (Bachelor of Arts), der mit Beginn des Wintersemesters an der Fakultät Soziale Arbeit und Pflege in Kooperation mit dem Albertinen-Diakoniewerk Hamburg begonnen hat, und die Evangelische Hochschule Hamburg zeigt einen postgradualen, berufsbegleitenden Masterstudiengang an, an dem u.a. auch Jens Weidner von der Fakultät Soziale Arbeit und Pflege mitarbeitet. Daneben gibt es wie immer weitere Informationen aus der Fakultät, Personalien, Veranstaltungshinweise und Buchbesprechungen.

Ich hoffe, dass Sie beim Blättern und Lesen wieder viele Anregungen und nützliche Informationen finden.

Ein gutes neues Jahr wünscht Ihnen





Zu diesem Heft

Dieter Röh

Die Hilfe und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen hat auch in der Sozialen Arbeit eine lange Tradition. Nach der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen gehen wohl die meisten der AbsolventInnen Sozialer Arbeit in dieses Arbeitsfeld hinein, wobei sich vielfach die Arbeit mit Menschen mit geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderung in der Praxis überschneiden. Eine sozialarbeitswissenschaftliche Beschäftigung mit theoretischen wie konzeptionellen Grundlagen und vor allem: deren Formulierung steht noch in weiten Teilen aus. Bislang konnte die sozialarbeiterische Tätigkeit ausschließlich auf sonder- oder heilpädagogische Theorien zurückgreifen und nur wenige Autoren (u.a. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003) unternahmen bis heute den Versuch einer entsprechenden Beschreibung.

Allerdings zeigt sich eine deutliche Tradition – auch in Hamburg – in der Praxis der vielen großen und kleinen Träger der Behindertenhilfe ebenso wie in den theoretischen und forschenden Aktivitäten rund um Fragen der Versorgung, Unterstützung und Hilfe von Menschen mit Behinderungen in Vergangenheit und Gegenwart. Bereits in einem früheren Ausgabe von *standpunkt : sozial* (2/2005) und in verschiedenen anderen Ausgaben fanden sich hierzu Artikel wieder. Was ist seitdem Neues geschehen, das eine weiteren Heftschwerpunkt begründet?

Versorgungsstrukturen und Hilfeangebote haben sich in Hamburg seit dem zwischen Kosten- und Leistungsträgern verabschiedeten so genannten Konsenspapier 2005 in ihrer Qualität erheblich verändert. Das Ziel lautet, bis 2010 rund 30% der stationären Betreuungs- und Pflegeplätze zugunsten ambulanter Wohnformen abzubauen. Das dazugehörige Stichwort heißt „Ambulantisierung“, wobei durch die Substantivierung einer solchen Entwicklung

immer ein Generalismus impliziert wird, der mitnichten in der Hamburger Hilfelandschaft anzutreffen ist. Gegen eine Generalisierbarkeit dieses Projektes spricht nämlich die sich in der Praxis abzeichnende Pluralität an unterschiedlichen „Ambulantisierungsprojekten“, welche von einer moderaten und wohl eher formalen Veränderung, d.h. zunächst Umwandlung von stationären Wohngruppen in ambulant betreute Wohngruppen, bis hin zu einem wirklichem „Auszug“ der Betroffenen aus den Institutionen in eigene Wohnungen reicht.

Diese Entwicklungen gab uns Anlass, im Sommersemester 2006 eine Fachtagung unter dem Titel „Einbahnstraße in die Einsamkeit ??? – Chancen und Gefahren eines selbstbestimmten Lebens von Menschen mit Behinderung im Spannungsfeld von ‘Ambulantisierung’ und ‘Community Care’“ an der Fakultät durchzuführen, deren Ergebnisse teilweise in diesem Heft präsentiert werden. Darüber hinaus hat sich an der Fakultät eine Department übergreifende Kooperation im Hinblick auf die Evaluation dieses Ambulantisierungsprozesses bei einem Träger ergeben. Und auch in der Ausbildung soll der Aspekt der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Behinderungen ab dem kommenden Sommersemester wieder eine stärkere Rolle spielen. Im neu formierten Studienschwerpunkt des Bachelorstudiengangs „Gesundheit, Prävention und Rehabilitation“ wird nach einer längeren Pause wieder die konzentrierte Beschäftigung mit Fragen der Hilfen für geistig, körperlich oder seelisch behinderte Menschen möglich werden.

Aus diesen Gründen soll das vorliegende Heft dem/der Leser/in die Möglichkeit geben, sich in zentrale Aspekte und Fragestellungen der aktuellen Entwicklung einzulesen und die Behindertenhilfe in ihrem Reformprozess mit allen Potenzia-

len und Entwicklungen kennen zu lernen.

Wir beginnen zunächst mit theoretischen Beiträgen zu professionellen und disziplinären Aspekten der Sozialen Arbeit. Dieter Röh beschäftigt sich zunächst mit der Bedeutung eines neuen Paradigmas, nämlich der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, und zeigt seine besondere Nähe zu einem Modell der Gemeinweseneinbindung, welches für die Frage der Inklusion von Menschen mit Behinderungen von großer Bedeutung sein wird, auf. In einem weiteren Artikel wird er dann die Möglichkeiten und Grenzen der Ambulantisierung anhand des Empowermentverständnisses ausleuchten.

Im Anschluss daran beschreibt Kai-Uwe Schablon das theoretische Gerüst des „Community Care“, einem Modell der Gemeinweseneinbindung, für die Frage der Inklusion von Menschen mit Behinderungen.

Im Beitrag von Peter Gitschmann werden dann aus sozialpolitischer bzw. sozialbürokratischer Sicht die neuen Herausforderungen und Perspektiven der Eingliederungshilfe betrachtet und die verschiedensten Veränderungen der näheren Zukunft dargestellt.

Klaus-Peter Judith zeigt uns in seinem Beitrag schließlich, dass Ambulantisierung keineswegs ein Sparmodell ist, da die ambulante Begleitung von Menschen mit Behinderungen ebenfalls intensive Beratungs- und Unterstützungsmodelle benötigt.

Im Weiteren skizzieren Petra Weber und Dieter Röh ein Evaluationsprojekt im Rahmen der Ambulantisierung bei einem Träger in Hamburg. Dem interdisziplinären Ansatz von Pflege und Sozialer Arbeit folgend, nehmen uns Anne-Dörthe Jahncke-

Latteck und Petra Weber auf eine gedanklich Reise mit zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden beider professionellen Zugänge. Ergänzt wird dieser Teil durch die Darstellung von Olaf Wahls, der uns Auszüge und Ergebnisse aus seiner Diplomarbeit zur außerbegrifflichen Kommunikation präsentiert.

Die gelebte Praxis der Behindertenhilfe zeigt sich in dem letzten Teil des Schwerpunktteils, wenn zunächst von Theodorus Maas und Wolfgang Scharenberg über den jüngst in Alsterdorf stattgefundenen „Community-Living-Kongress“ berichtet wird.

Aus Sicht der Betroffenenbewegung

werden dann Gerlef Gleiss von Autonom Leben und Barbara Vieweg von der Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. ihre Arbeit bzw. ein Heimbau-Moratorium vorstellen.

Wie Behindertenhilfe innovativ agieren kann, zeigen dann Dunja Wörthmann, die das gemeinwesenorientierte Angebot „treffpunkt.altona“ vorstellt, und Thomas Framheim, indem er ein Angebot für ältere Menschen mit Behinderungen beschreibt.

Einen Bericht über das das Trägerübergreifende Budget, so wie es in einer Umsetzung in Schleswig-Holstein vorgesehen ist, gibt uns Franz Kiefer, und schließlich erläutert Karin

Böseler, wie Musiktherapie als Erlebnis und seelische Unterstützung wirken kann.

Die Vielzahl und Verschiedenheit der Beiträge zeigt, dass in der Behindertenhilfe mittlerweile sowohl theoretisch, als auch praktisch-konzeptionell und strukturell einiges in Bewegung und vieles zu bedenken, neu zu denken und zu verändern ist. Die Fakultät Soziale Arbeit und Pflege der Hochschule für Angewandte Wissenschaften möchte dazu ihren Teil in Theorie, Ausbildung und Forschung beitragen, und ich hoffe auf eine gute, gedeihliche und für die Bedürfnisse der betroffenen Menschen hilfreiche Tätigkeit in der nächsten Zeit.

Kultur, Ästhetik und Erleben

Fotografien von Teilnehmer/innen des „Offenen Programms“
der Behindertenhilfe in der Christuskirchengemeinde Othmarschen

Das so genannte „Offene Programm“ der Behindertenhilfe Othmarschen bietet ein halbjährlich wechselndes und vielseitiges Freizeitprogramm für behinderte Menschen aus dem Hamburger Stadtgebiet an.

Die Behindertenhilfe der Christuskirchengemeinde Othmarschen existiert seit dem Jahr 1959. Anfangs eher für körperbehinderte Menschen im jugendlichen Alter gedacht, bietet sie heute Freizeitangebote für Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen. Das Programm reicht von Pfadfindergruppen und Konfirmationsunterricht, über regelmäßige Gruppentreffen mit gemeinsamen Unternehmungen und Reisen bis hin zum Kursangebot des „Offenen Programms“. Zielgruppe sind hier geistig behinderte Erwachsene, die selbstständig allein oder in Wohngruppen leben und eine Ergänzung für ihre persönliche, selbstbestimmte Freizeitgestaltung suchen.

Ende April 2006 fand wieder ein Fotokursangebot im Rahmen des Offenen Programms statt. Das Programm wurde besonders auf die erwachsenen Teilnehmer/innen abgestimmt, die auch eine geistige Behinderung haben. Neben kultureller und fotografischer Wissensvermittlung ist ebenfalls der Erlebnisaspekt ein sehr wichtiger Bestandteil der Kurskonzeption und überhaupt der Angebote der Behindertenhilfe Othmarschen.

Der Kurs bestand aus zwei Terminen. Beim ersten Treffen waren ein Ausstellungsbesuch im „Haus der Photographie“ mit den sechs Teilnehmer/innen und eine anschließende fotografische Erkundungstour durch die Speicherstadt vorgesehen. Am zweiten Termin arbeiteten die Teilnehmer/innen selbstständig unter Anleitung im Schwarz-Weiß-Fotolabor des Gemeindezentrums der Christuskirchengemeinde Othmarschen und fertigten dort ihre eigenen Abzüge an. Zusätzlich wurden Fotoexperimente, wie Heliophotographie und Fotogramme, im Labor und auch draußen unter freiem Himmel angeboten.

Die Fotografien dieses Heftes sprechen für sich und zeigen viel von dem kreativen Potenzial der Kursteilnehmer/innen. Der Kurs wurde von Christoph Gläser als medienpädagogisches Angebot geplant und durchgeführt.

*Kontakt: Christoph Gläser, Gerichtstraße 50, 22765 Hamburg, mail@feineskorn.de www.feineskorn.de
oder Behindertenhilfe Othmarschen, Ansprechpartner: Diakon Jörg Medenwaldt, Roosens Weg 28,
22605 Hamburg, 040-880 11 05, www.behindertenhilfe-othmarschen.de*



Foto: Christoph Gläser

Wolfgang Westphal, Philipp Riedel, Bianca Streubel, Philipp Noack, Sascha Roßburg (Kursleitung), Alena Berg (v.l.n.r.)

Ein neues Paradigma für die Rehabilitation

Das ICF-Modell und seine Bedeutung für die Soziale Arbeit

Dieter Röh

Mit der Einführung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 2001 (1) kann die gesamte Rehabilitation, hier verstanden als Gesamtsystem von Hilfen zur Verhütung, Behandlung und Bearbeitung der Folgen von gesundheitlichen Schädigungen (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003), auf ein neues Paradigma zurückgreifen.

Zum ersten Mal steht damit ein integratives Modell zur Verfügung, das die bislang vorherrschenden und miteinander konkurrierenden Paradigmen zu vereinen scheint.

In diesem Beitrag soll die enge Verbindung zwischen dem ICF und einem handlungstheoretischen Modell der Sozialen Arbeit aufgezeigt und erste Hinweise für eine professionelle Verwendung im Kontext der professionellen Hilfestellung für Menschen mit Behinderungen gegeben werden. Es wird dabei die These vertreten, dass mit der ICF ein Modell vorliegt, das einem Grundprinzip der Sozialen Arbeit, nämlich dem sozialökologisch fundierten Person-in-Environment oder Person-in-Umwelt-Modell, in weiten Teilen entspricht.

Bisherige Paradigmen von Behinderung

Schon seit langem spricht man in der Behindertenhilfe von verschiedenen sogenannten Paradigmenwechseln. Seit Beginn der professionellen Beschäftigung mit schwerkranken oder behinderten Menschen im 19. Jahrhundert wurden dabei je nach Zeitgeist und wissenschaftlichem Paradigma entweder klassisch medizinische, heilpädagogische, behindertenpädagogische oder auch soziologische Paradigmen zur Legitimation professionellen Handelns genutzt. Aus diesem Grund spricht viel dafür, von Behinderung nur als Konstrukt zu sprechen, welches je nach wissen-

schaflichem oder gesellschaftlichem Standpunkt mal so oder auch anders definiert bzw. eben nicht definiert werden kann. (vgl. Bleidick 1999)

Ein weiteres Argument für die Relativität von Behinderung liefert Lindmeier, indem er davon ausgeht, dass „Behinderung, wie auch der ihr zugrunde liegende normative Horizont, als Genese aufgefasst [...]“ werden sollte. Wie Behinderung verstanden wird, „hängt nämlich immer von der einzelnen Situation, die nur unter Bezug auf die lebensweltliche Situation [...] erfasst werden kann, ab. Die Situation zeichnet Behinderung vor.“ (1993, 244)

Und schließlich besteht in einer streng funktionalistischen Sicht das einzig Erfassbare in der Behinderungsdefinition darin, sozialleistungsrelevante Zugänge zu Hilfen zu ermöglichen. Diese Art von positiver Diskriminierung, im eigentlichen des Wortes als Unterscheidung verstanden, findet etwa in § 2 des Neunten Sozialgesetzbuches ihren Ausdruck: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der

Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“.

Nur unter Verwendung dieser Behinderungsdefinition sind z.B. Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII zu erlangen. Aus diesem Grund ist diese Art von positiver Diskriminierung eine Art „Türöffner“ für diverse sozialstaatliche Leistungen im Bereich der Rehabilitation und erfüllt somit eine Funktion.

Ein neues Paradigma: Die ICF

Die Zuschreibung von Behinderung erfüllt darüber hinaus selbst verschiedene Funktionen, von denen hier nur der konstruktivistische und der funktionalistische benannt wurden. Die unterschiedlichen Paradigmen (medizinisch-heilpädagogisches Verständnis versus interaktionell-symbolischer Zuschreibung versus gesellschaftskritischem Verständnis) standen sich dabei immer konträr, wenn nicht sogar unvereinbar gegenüber. (vgl. Schramme 2003)

Lange Zeit glaubte man, diesen Graben nicht überwinden zu können. Nun ist mit der jüngsten Definition von Behinderung durch die WHO ein erfolgreicher Versuch unternommen

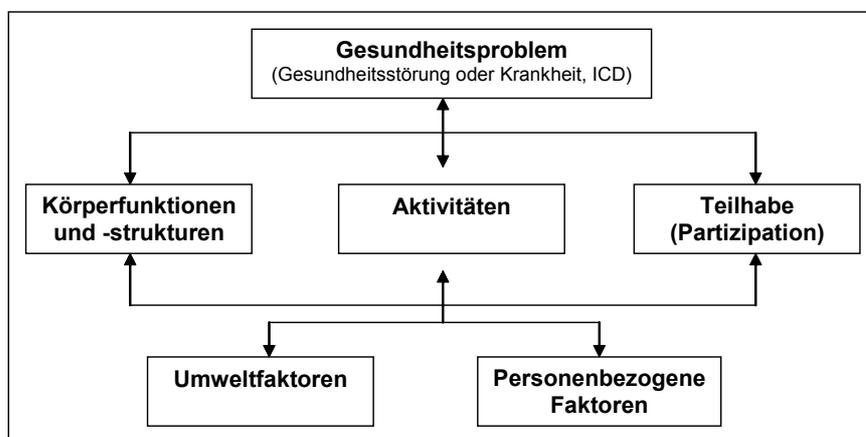


Abb. 1 (aus: ICF [Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit] 2005)

worden, die Gräber zu schließen und ein integratives Verständnis zu entwickeln. Neben der klassifikatorischen Seite der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) – die Gewährleistung von Leistungen für Menschen mit Rehabilitationsbedarf erfolgt mittlerweile nur noch auf der Grundlage der ICF-Klassifikation – liefert uns die ICF jedoch noch viel mehr. Das m.E. viel wesentlichere Neue daran ist ein neues Denkmodell, welches auch als biopsychosoziales Modell bezeichnet wird.

Als Hauptziel der ICF wird daher auch die Einführung einer disziplinübergreifenden Sprache sowie die Bereitstellung einer wissenschaftlichen wie praktischen Hilfe für die Beschreibung und das Verständnis von Behinderung bzw. Teilhabestörungen verstanden.

In der Grafik (Abb. 1) sind neben der Gesundheitsstörung, die vorliegen muss, insbesondere die Kontextfaktoren „Umwelt“ und „personenbezogene Faktoren“ verzeichnet. Diese beiden Kategorien sind in der ICF wie folgt aufgeschlüsselt und beeinflussen wesentlich den Prozess der Be- bzw. Enthinderung (vgl. Abb. 2):

Zu der Kategorie „Unterstützung und Beziehungen“ wie auch zur Kategorie „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“ zählen dann beispielweise auch die professionellen Beziehungen und Unterstützungsangebote etwa der Sozialen Arbeit.

Die Kontextfaktoren der Umwelt sind in der ICF bis ins Kleinste hinein klassifiziert und damit einer eingehenden und systematischen Analyse zugänglich. Im Gegensatz dazu sind die personenbezogenen Faktoren nicht beschrieben worden, was in der Klassifikation zu großen Problemen führen kann.

Für die Verwendung der ICF als Denk-

und Handlungsmodell schlägt diese Schwäche jedoch nicht zu Buche, da ohne weiteres die Liste der Komponenten um weitere ergänzt und damit einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden kann.

onsfähigkeit beeinträchtigt (allgemeine Behinderungsdefinition). Darunter fallen diverse Einschränkungen, die wir mittlerweile mit allerlei Hilfsmitteln in den Griff bekommen haben, wie etwa Kurz- oder Weitsichtigkeit oder auch andere Sinnesstörungen.

Umwelt	Personenbezogene Faktoren
Produkte und Technologien	Alter
Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	Geschlecht
Unterstützung und Beziehungen	Charakter, Lebensstil, Coping
Einstellungen (inkl. Werte und Überzeugungen) in der Gesellschaft	Sozialer Hintergrund
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	Bildung/Ausbildung
	Beruf
	Erfahrung
	Motivation, Handlungswille, Mut

Abb. 2 (modifiziert nach: Schuntermann 2005)

Entscheidend ist lediglich, dass die Umwelt- sowie die personenbezogenen Faktoren hier gemeinsam in ihrem Einfluss auf die Entstehung einer Behinderung gesehen werden.

Das biopsychosoziale Modell der ICF

Die ICF basiert auf dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit, das das ICIDH-2-Modell, ein klassisches Krankheitsfolgemodell ablöst, indem es eine systemische Sichtweise auf die Entstehung von Behinderung einführt. Danach ist Behinderung dann gegeben, wenn eine negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren entsteht, die ihre Funkti-

Die spezielle Behinderungsdefinition, die wir daraus ableiten können, ist daher viel wesentlicher. Positiv gesprochen heißt diese nämlich, dass Behinderung dann verhindert werden kann, wenn sich bei bestehendem Gesundheitsproblem die Kontextfaktoren so positiv darstellen, dass eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist. Oder in der Sprache des ICF: Behinderung besteht dann nicht, wenn die Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren ihre Teilhabe an einem oder mehreren Lebensbereichen nicht be- oder verhindert.

Wie unschwer zu erkennen ist, handelt es sich hierbei also um die Verschmelzung bzw. Integration eines

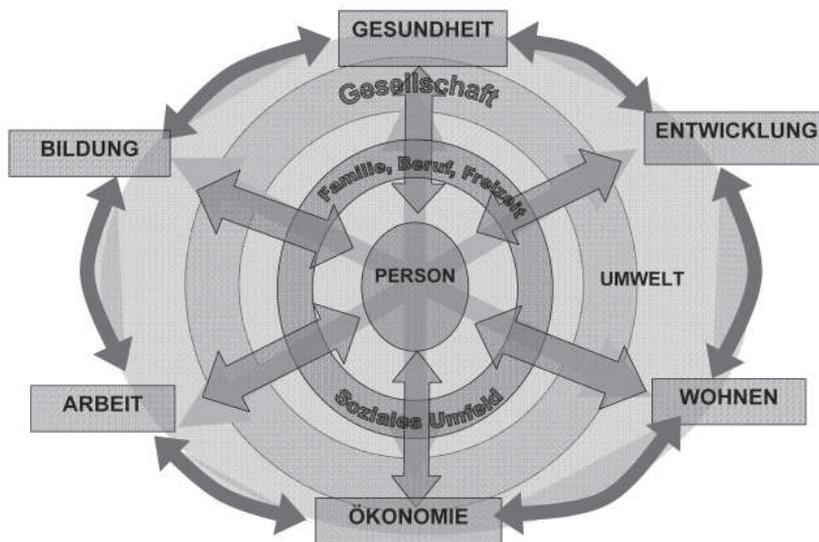


Abb. 3: Person-in-Umwelt-Modell

biomedizinischen Verständnisses von Schädigung der körperlichen Funktionsfähigkeit mit einem sozialen Verständnis von Schädigung der Teilhabe durch spezifische Reaktionen der Umwelt auf eine Gesundheitsstörung. Mit Mühlum/Gödecker-Geenen (2003) gehe ich davon aus, dass der biopsychosoziale Ansatz ein Spezifikum der Sozialen Arbeit ist, auch wenn er in vielerlei Hinsicht in diversen Rehabilitationsansätzen und Konzepten auch der Rehabilitationsmedizin benannt wird. In den wenigsten Fällen jedoch wird er auch konsequent umgesetzt, etwa durch ein interdisziplinäres Team. Und auch in der Sozialen Arbeit ist das Potential eines biopsychosozialen Verständnisses bislang unterschätzt worden. Lediglich Obrecht (2) hat den Versuch unternommen, ein biopsychosoziales Verständnis von menschlichen Problemen zu entwerfen.

Mit dieser skizzenhaften Übersicht (Abb. 3) kann die Person in ihren sozialen Bezügen und ihrer sozialen Umwelt wahrgenommen und Handlungsvollzüge anhand von verschiedenen Lebensthemen (Bildung, Arbeit, Gesundheit, Wohnen,

Entwicklung, Ökonomie) so gefasst werden, dass das Austauschverhältnis zwischen Person und Umwelt in diesen verschiedenen Bereichen verdeutlicht werden kann. So würden beispielsweise Probleme im Bereich der Bildung, die sich an Austausch-, Ausstattungs- und Machtproblemen (Staub-Bernasconi 1995) zwischen Menschen und ihrer Umwelt festmachen lassen, einem theoretischen Ver-

ständnis zugänglich. Sogar eine Triangulation verschiedener Probleme, etwa zwischen Bildung und Gesundheit, wie sie in ihrer Wechselwirkung deutlich belegt sind (vgl. Mielck 2000), wird durch dieses Modell möglich (s. Abb. 4), da sich die Wechselwirkung zwischen den beiden Bereichen über das Person-Umwelt-Verhältnis deutlich machen lässt.

Den Menschen in seiner Wechselwirkung mit den ihn umgebenden Systemen zu verstehen, heißt seine Probleme auf einer mesosystematischen Ebene zu verstehen und dort entsprechend zu handeln. Dass dabei ebenso mikro- wie makrosystematische Deutungen und Handlungen erfolgen müssen, versteht sich von selbst, schließlich geht es in der Sozialen Arbeit immer um die Veränderung von Verhalten und Verhältnissen, also individuellen wie soziokulturellen Gegebenheiten. Das PIE kann dabei ebenso wie das wissenschaftstheoretische Grundverständnis der ICF als Handlungstheorie für die Soziale Arbeit herangezogen werden.

Insbesondere für die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen stellen diese beiden Theorieansätze eine Quel-

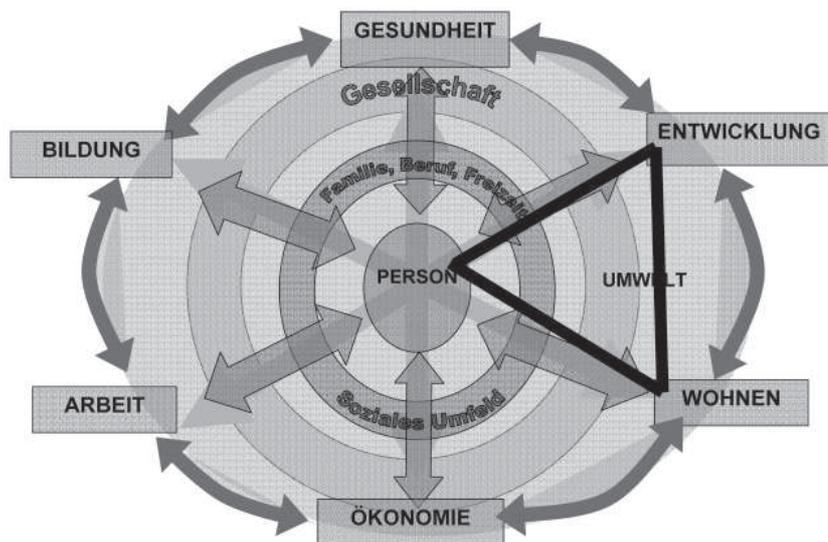


Abb. 4: Triangulation von sozialen Problemen

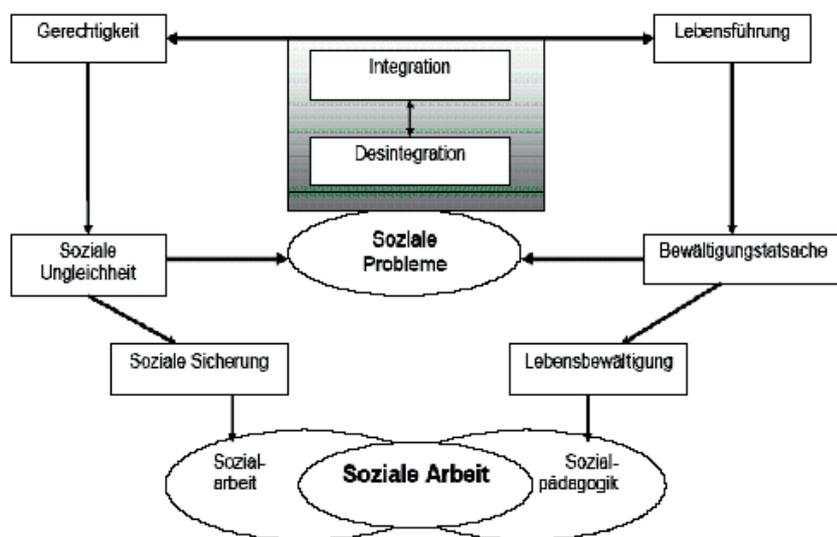


Abb. 5: Soziale Arbeit als Integration von Sozialarbeit und Sozialpädagogik

le weitreichender Auswirkungen auf Konzepte Sozialer Arbeit dar. So sind die in letzter Zeit vermehrt diskutierten Community Living- bzw. Community Care-Ansätze sowie die aus der sogenannten Ambulantisierung sich ergebenden Fragen Anlaß genug, um die handlungstheoretische Logik der Modelle zu nutzen.

Unterschieden werden muss sicherlich in der Reichweite der beiden Theorien. Will das ICF-Modell die Entstehung von Teilhabechancen bzw. -barrieren in Bezug auf Behinderungen beschreiben, so geht das Person-in-Environment-Modell weiter, indem es verschiedenste Inklusions- und Exklusionsparameter abfragt und dort aber ebenfalls auf Probleme in der Rollenausübung (Faktor I des PIE) sowie der Umwelteinflüsse (Faktor II des PIE) fokussiert.

Soziale Arbeit als Inklusionshandeln

Aus dem bisher Gesagten resultiert, dass wir auch ein integratives Modell von Sozialer Arbeit benötigen, welches sowohl individuelle wie auch Einflüsse aus der Umwelt auf die Entstehung von Sozialen

Problemen berücksichtigt. Der klassische sozialpädagogische Zugang zur Lebenswelt der Menschen vor dem Hintergrund ihrer Lebensführung korrespondiert dabei m.E. mit dem klassisch sozialarbeiterischen Zugang zur Lebenswelt der Menschen vor dem Hintergrund von sozialer Gerechtigkeit (vgl. Abb. 5).

Gerade auch im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen finden wir diese beiden Seiten der Medaille wieder. So besteht Soziale Arbeit hier immer in der Förderung des Einzelnen und seiner Befähigung zu einem besseren und gelingenderem Vermittlung seiner Bedürfnisse mit den Anforderungen der Umwelt, etwa im Bereich von Beschäftigung, Tätigkeit und Arbeit, und gleichzeitig der Beeinflussung der Umweltkomponenten Familie, Nachbarschaft, Institutionen, Gemeinwesen und Gesellschaft mit dem Ziel des Abbaus von Barrieren.

Soziale Arbeit ist daher im Handlungsfeld der Behindertenhilfe ein Inklusionshandeln par excellence. Und wenn Inklusion erfolgreich sein will, dann ist m.E. die Soziale Arbeit gefordert, mit den Betroffenen zusammen

an deren „Daseinsmächtigkeit“ (vgl. Gronemeyer 1988) zu arbeiten.

Daseinsmächtigkeit besteht darin,

- ausreichend ökonomische und ökologische Mittel zur Verfügung zu haben um den eigenen ‚oikos‘ (gr. Haushalt) besorgen zu können (soziomaterielle Lage),
- anstehende Entwicklungsaufgaben mit Hilfe relevanter Bezugspersonen meistern zu können (Entwicklung),
- innerhalb relevanter Lebensbereiche entsprechende Rollen ausüben zu können (Integration), um
- damit eigene Lösungen für die Bewältigung von Lebensaufgaben zu besitzen oder entwickeln zu können.

Dies wäre dann als Empowerment im Sinne von Selbstbefähigung aber auch Selbstbemächtigung zu verstehen, ein Zusammenhang, der in der Diskussion um Empowerment zu häufig, zugunsten der individuellen Selbstbefähigung vernachlässigt wird. Zum Empowerment und damit auch zur Inklusion in eine Gesellschaft gehört nämlich sowohl die individuelle Daseinsbewältigung oder besser: Daseinsgestaltung als auch die kollektive Daseinsgestaltung durch Veränderung und Anpassung der strukturellen Gegebenheiten. Wie sehr gerade letzteres im Bereich der Behindertenhilfe greift, hat uns die Diskussion um die Barrierefreiheit an Gebäuden, aber auch im Bereich der elektronischen Medien jüngst gezeigt. Doch wie mithilfe der ICF eben auch gefordert wird, die Umweltfaktoren zu berücksichtigen, so ist dort auch der individuelle Aspekt der Daseinsmächtigkeit enthalten.

Soziale Arbeit als Expertise für die Zusammenhänge

Die besondere Expertise der Profession Soziale Arbeit besteht sicherlich darin, die Zusammenhänge zwischen Individuen und Umwelt

(Gesellschaft) oder anders: zwischen dem Psychosomatischen und dem Sozialen analysieren, verstehen und darin kompetent handeln zu können. Fast keine andere Profession kann dies in einer so hervorragenden Weise wie die Soziale Arbeit, ihr generalistisches Handeln sollte deshalb auch in Zukunft ihr Markenzeichen bleiben.

Eine gelingende Hilfe durch die Soziale Arbeit, hier verstanden als Hilfe zur Lebensführung, kann daher erst im Gleichschritt von einzelfall- oder personenbezogenen Hilfen und strukturellen Hilfen zur sozialen Sicherung erreicht werden. Auf diese Weise kann Soziale Arbeit zu einer wirkungsvollen Hilfe für Menschen werden, die einerseits von Exklusion bedroht, aber andererseits auch über „Menschenstärken“ (Herriger 2006) verfügen und deshalb durch professionelle Hilfe begleitet und unterstützt

werden müssen, damit ihre Problemlösungskompetenz wieder geweckt wird. Hierzu zählen neben vielen anderen auch und gerade Menschen mit Behinderungen, zu deren Unterstützungsbedarf wir durch die ICF ein neues Verhältnis aufbauen können.

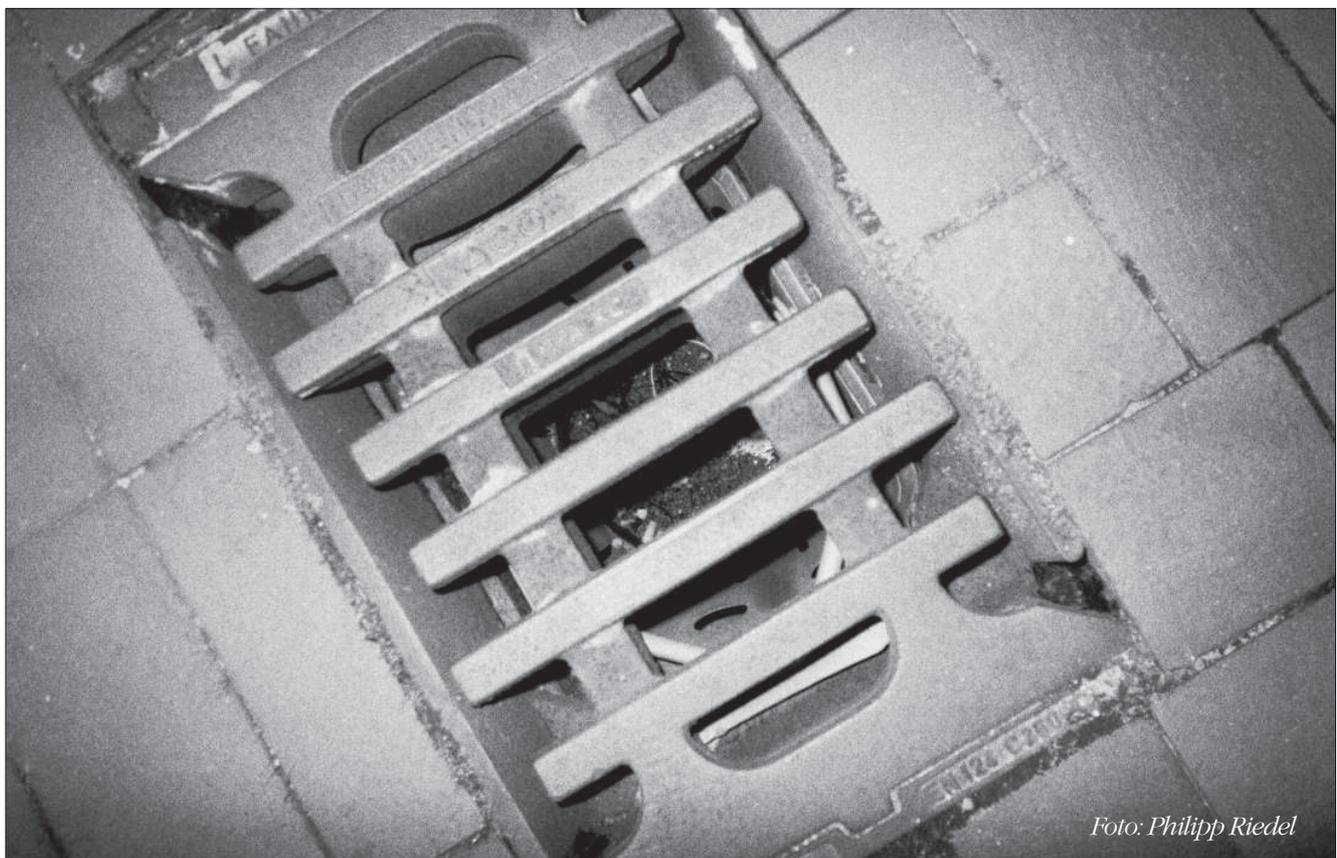


Foto: Philipp Riedel

Anmerkungen

- (1) Die deutsche Übersetzung wurde im Jahre 2005 vom Deutschen Institut für Medizinische Information und Dokumentation fertig gestellt. Vgl.: www.dimdi.de
 (2) vgl. Obrecht 2001
 (3) vgl. Karls/Wandrei (2001) bzw. auch Adler (2004)

Literatur

- Adler, H. (2004):** Das Person-in-Environment-System (PIE). Vorteile einer eigenständigen, standardisierten Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – ein Handbuch. Berlin
- Bleidick, U. (1999):** Behinderung als pädagogische Aufgabe. Stuttgart
- Gronemeyer, M. (1988):** Die Macht der Bedürfnisse: Reflexionen über ein Phantom. Reinbek bei Hamburg
- Herriger, N. (2006):** Empowerment in der sozialen Arbeit – eine Einführung. Stuttgart
- Karls, J. / Wandrei, K. (2001):** Person-in-Environment System. The PIE Classification System for social functioning problems. Washington D.C
- Lindmeier, Chr. (1993):** Behinderung – Phänomen oder Faktum? Bad Heilbrunn
- Lowy, L. (1983):** Sozialarbeit, Sozialpädagogik als Wissenschaft im angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum: Stand und Entwicklung. Freiburg im Breisgau
- Germain, C. B. / Gitterman, A. (1999):** Praktische Sozialarbeit: das „life model“ der Sozialen Arbeit – Fortschritte in Theorie und Praxis. Stuttgart
- Mielck, A. (2000):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern
- Mühlum, A. / Gödecker-Geenen, N. (2003):** Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München
- Obrecht, W. (2001):** Das Systemtheoretische Paradigma der Sozialen Arbeit. Zürich
- Schramme, Th. (2003):** Psychische

Behinderung: Natürliches Phänomen oder soziales Konstrukt? In: Cloerkes, Günther: Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg

Schuntermann, M. F. (2005): Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg

Staub-Bernasconi, S. (2005): Soziale Probleme - Soziale Berufe - Soziale Praxis. In: Heiner, Maja / Meinhold, Marianne / von Spiegel, Hiltrud / Staub-Bernasconi, Silvia: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Freiburg i. Br.



Dieter Röh

Empowerment in der Behindertenhilfe

Chancen und Grenzen im Spannungsfeld von Community Care und Ambulantisierung

Dieter Röh

Empowerment, Community Care und Ambulantisierung. Drei schlagkräftige Begriffe bzw. Modelle, die die Behindertenhilfe nicht nur in Hamburg zur Zeit umtreiben. Modelle, hinter denen sich jeweils eigene Sinn- und Handlungshorizonte verbergen. Empowerment als Methode und Hal-

retischen Modells von Empowerment verstanden und sozialpolitisch so flankiert werden, z.B. durch Community Care, dass er zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen beiträgt?“

Unterstützungsquellen im lebensweltlichen Bereich.

Seit diesem Initialaufsatz ist auch in der deutschen Fachliteratur viel über Empowerment nachgedacht worden. Wenden wir uns daher zunächst einer Begriffsklärung zu. Knuf und



Foto: Alena Berg

tung der Sozialen Arbeit, Community Care, hier in etwas erweiterter Form gedacht als gewissermaßen sozialpolitischer Rahmen, und Ambulantisierung als in der Praxis ablaufender Prozess in der Behindertenhilfe. Wie lassen sich diese Begriffe bzw. Modelle in einen Zusammenhang bringen? In diesem Beitrag wird vorgeschlagen, sie anhand folgender Leitfrage zu kombinieren:

„Inwieweit kann der Prozess der Ambulantisierung mithilfe des theo-

Zum Grundverständnis von Empowerment

Schauen wir einmal 21 Jahre zurück. Damals schrieb Rappaport in einem Artikel über Empowerment: „Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist ein grausamer Scherz“ (1985, 285) und beschrieb damit das schwierige Verhältnis zwischen dem Recht auf Freiheit oder wie es in der Behindertenpädagogik heißt: der Selbstbestimmung, und den dafür notwendigen Ressourcen, also entsprechender

Seibert (2000) sprechen von „Selbstbefähigung bzw. Selbstermächtigung“, Lenz (2002, 13) formuliert es als „Gewinnung oder Wiedergewinnung von Stärke, Energie und Fantasie zur Gestaltung eigener Lebensverhältnisse“ und Herriger (1995) fasst Empowerment als ein Modell der „Menschenstärken“ auf. Als Ziel psychosozialer Praxis würde demnach Empowerment darauf abzielen, Menschen „das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen

Möglichkeitsräume, in denen sie sich die Erfahrung der eigenen Stärke aneignen und Muster solidarischer Vernetzung erproben“ (Herriger 1997, 31) können.

Das heißt, dass es sich beim Empowerment sowohl um eine Strategie individueller Stärkung handelt, mit Alfred Adler könnte man auch von Ermutigung sprechen, als auch um eine kollektive Strategie, die es Menschen mit Hilflosigkeitserfahrungen ermöglicht, diese in Gruppen und Sozialräumen zu überwinden. Empowerment wird damit als gewissermaßen „heilende“ Kraft verstanden, die Menschen aus einer hilflosen Situation herausführt und ihnen das Vertrauen in die eigene „Menschenstärke“ wiedergibt. Das dies nur innerhalb eines gesellschaftspolitischen Rahmens wahrhaftig und realisierbar wird, darauf hat zuletzt Thimm (2005) für den Bereich der Behindertenhilfe hingewiesen. Aber auch Rappaport hat diesem Aspekt eine besondere Bedeutung beigemessen, indem er Wert auf die Feststellung legt, dass Empowerment mehr sei als Prävention. Beim Empowerment sei vielmehr davon auszugehen, dass „viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden oder zumindest möglich sind, vorausgesetzt, man schafft Handlungsmöglichkeiten. Das Konzept des Empowerment unterstellt, dass das, was als Defizite wahrgenommen wird, ein Ergebnis sozialer Strukturen und mangelnder Ressourcen darstellt, in denen sich vorhandene Fähigkeiten nicht entfalten können.“ (Rappaport 1985, 270 f.).

Diesem Grundverständnis von Empowerment folgend, wird es mir gerade um die Betrachtung dieses Spannungsverhältnisses von Empowerment als gleichermaßen individueller wie kollektiver Kategorie gehen. Die momentanen Bemühungen um die Ambulantisierung der Wohnformen von Menschen mit Behinderungen stellen in Analogie dazu gleichsam

eine auf Individuen bezogene und eine systemverändernde Kategorie dar. Einerseits sollen Kosten im stationären Bereich gespart und andererseits die Betreuungs- und Hilfeformen im ambulanten Wohnbereich ausgebaut und damit ein neues Angebot für Menschen mit Behinderungen geschaffen werden. Dazu müssten verstärkt Anstrengungen zu einem gemeindebezogenen Ausbau von Hilfen erfolgen, mit dem soziale Netzwerke gestärkt und soziale Integration ermöglicht werden kann. Einige ermutigende Beispiele in Hamburg gibt es bereits, allerdings fehlt ein flächendeckender Gesamtplan hierzu.

Empowerment: Mehr Ethos oder mehr Mythos?

Der Begriff des Empowerment könnte also als leitende Handlungstheorie für diesen Prozess dienen. Er ist wohl derzeit einer der schillerndsten Begriffe in der Sozialen Arbeit. Doch was steckt eigentlich hinter oder besser gesagt: in diesem Begriff? Was können wir von ihm erwarten? Potential für Soziale Bewegungen, inkl. Selbsthilfebewegungen? Eine professionelle Methode der Sozialen Arbeit oder wenigstens eine günstige Haltung des professionellen Helfers? Meines Erachtens, wohl kaum das eine ohne das andere! Vielmehr scheint es, so meine These, dass sich das Empowerment-Konzept einer Instrumentalisierung für die eine oder andere Richtung dadurch entzieht, dass es einen hochgradig integrativen Charakter besitzt. Seine besondere „Aura“ oder Ausstrahlungskraft erklärt sich zum Teil aus der humanistischen Perspektive und zum Teil aus der utopischen Wirkung. So können wir alle uns fragen: Geht es uns nicht besser, wenn wir uns stark fühlen und mit Einfluss auf unser Leben dieses aktiv gestalten können? Wenn wir als handelnde Wesen eingebunden sind in uns unterstützende soziale Netzwerke? Wenn wir gehört werden in den uns

betreffenden Entscheidungsprozessen? Deshalb wollen und müssen wir dieses Veränderungspotential von Empowerment bei unseren KlientInnen, auch im Gemeinwesen und in der Gesellschaft nutzen, um sowohl die individuelle, personenbezogene Hilfe zu verbessern als auch die Partizipation derjenigen Menschen, die bislang häufig genug von den sie zentral betreffenden Prozessen ausgeschlossen sind. So sind aus meiner Sicht Betroffene, entweder direkt oder über ihre Verbände, in die Planungs- und Umsetzungsphasen sowie die Evaluation der Ambulantisierung einzubeziehen.

Doch wenn man diesen Gedanken zu Ende denkt, entstehen Zweifel. Wer will solch integrierende Partizipation wirklich? Politiker? Bürger? SozialarbeiterInnen? Empowerment kann – wenn konsequent verfolgt – den professionellen Ablauf erheblich stören. Gerade wir Profis müssen, denn nur dann funktioniert Empowerment, ein Stück unserer Macht abgeben und uns auf die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen einstellen. Denn die Veränderung der Hilfeformen hat auch immer Auswirkungen auf die professionellen Helfer. Lassen sie uns nur auf die Profession der SozialarbeiterInnen selbst schauen. Besitzt sie nicht auch Macht? Dies ist häufig eine ungeliebte und irritierende Erkenntnis, korrespondiert sie doch mit unserem eigentlichen Gefühl bzw. Ethos, macht- und einflusslos zu sein. Ich gehe allerdings davon aus, dass Soziale Arbeit in ihrer professionellen Expertenstellung über eine Diagnose- und Handlungsmacht verfügt. Gerade die Macht der Diagnose ist nicht immer offensichtlich und wird auch in den meisten Fällen abgelehnt, was sich in der „Diagnoseabstinenz“ der Sozialen Arbeit in den vergangenen Jahrzehnten zeigte. Erst langsam wird diese im professionellen Hilfeprozess so wichtige Form professionellen Handelns wieder rehabilitiert. Doch auch

ohne die spezielle Fokussierung auf Diagnosemacht ist Soziale Arbeit als Expertentum von dieser Frage betroffen. Schließlich gilt der Befund von Gronemeyer aus ihrem Buch über „Die Macht der Bedürfnisse“: „Expertentum macht den, der es nachweist, in allen Normalitätsfragen zuständig und urteilsfähig.“ (1988, 35). Aus ethischer Sicht kommt es deshalb entscheidend darauf an, wozu und vor allem wie diese Macht genutzt wird. Und so wird es auch bei der Zunahme von flexiblen und ambulanten Hilfen im Wohnbereich noch stärker als vorher darauf ankommen, dieses Expertenverständnis zu nutzen, um Selbstbefähigung seitens der Betroffenen zu ermöglichen. Vieles mehr als bislang wird offen sein, wird lebensweltlich und subjektgebunden zu entscheiden sein, ist nicht mehr so stark durch die Form der stationären Betreuung, also institutionalitätsgebunden, vorgegeben. Das stellt eine Herausforderung dar, natürlich für die Betroffenen, aber auch für die professionellen Helfer.

Vom Nutzen des Empowerment im Rahmen der Ambulantisierung

So sei also erneut die Frage gestellt: Was können wir vom Empowerment erwarten? Was können wir insbesondere in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen davon gebrauchen? Und wie kann uns der Empowermentgedanke bei der Umsetzung der sogenannten Ambulantisierung helfen?

Die Berücksichtigung von Bedürfnissen der Betroffenen nach Selbstbestimmung und Selbstverantwortung korrespondiert auch hier mit ihrem Recht auf Zugehörigkeit und sozialer Sicherheit. Eine sogenannte Ambulantisierung, d.h. der Ausbau ambulanter Angebote im Bereich der Wohnhilfen, ist daher nicht zum Diskont-Preis zu haben: Geiz ist hier eben nicht geil. Vielmehr benötigt

gerade die wünschenswerte Normalisierung des Wohnens von Menschen mit Behinderungen eine sensible Begleitung und zwar von sozialprofessionellen Fachkräften, die über Entwicklung, Krisen, soziale Netzwerke, soziale Integration, Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und vieles andere fundierte Kenntnisse besitzen. Und wir benötigen Fachkräfte, die sich dem Empowermentgedanken verpflichtet fühlen und ihn in der Praxis auch umsetzen.

Eine Ambulantisierung sollte zudem konzeptionell einen Ausbau des Case- bzw. Care-Management nach sich ziehen, also einer Steuerungsfunktion auf individueller wie struktureller Ebene, die dafür Sorge trägt, dass ein Netz an sozialer Unterstützung geknüpft und erhalten bleibt. Auf diesen Aspekt der Gemeinwesenorientierung setzt insbesondere auch Thimm (2005) in seiner jüngsten Publikation zum Normalisierungsprinzip, indem er die Forderung aufstellt, dass das Hilfesystem konsequent auf Normalisierung, Partizipation und Gemeinwesenbindung umzustellen sei. Vieles davon ist bereits umgesetzt, wie z.B. Assistenzstellen oder auch Treffpunkte.

Gleichzeitig sollte solch ein Case Management die Selbstbefähigung von Menschen fördern. Doch wie gelingt dies? Sind wir doch gerade als professionelle Helfer in dem Paradoxon gefangen, dass wir Selbstbefähigung durch Fremdbefähigung ermöglichen wollen. Also braucht es noch etwas anderes: Und das ist die Arbeit an der sozialen Integration und an einem lebenswerten und unterstützenden Gemeinwesen, in dem es sich gut „ambulant“ oder besser: so normal wie möglich leben lässt. Ohne diese Einbindung in bestenfalls natürliche informelle soziale Netze, die sich von formell-professionellen durch das uno-acto-Prinzip, also das gegenseitige Geben und Nehmen von Hilfe unterscheiden, ohne diese Art von Netzen also, droht Vereinze-

lung und Einsamkeit.

Empowerment heißt demnach auch Verantwortung tragen für die Strukturen, in denen Menschen selbständig leben sollen. Damit sie dies können, braucht es sozialintegrative Formen von Community Care, braucht es Stadtteilzentren und Orte der Begegnung, die zu einem selbstverständlichen Ort von Menschen mit und ohne Behinderung werden. Und erst wenn wir es geschafft haben, dass auch Menschen mit Behinderungen die Distanz zwischen sich und anderen flexibel und nach eigenen Bedürfnissen gestalten können, haben wir das erreicht, was man Normalisierung nennt. So normal wie möglich zu leben, heißt nämlich gerade auch die soziale Distanz zwischen sich und anderen so normal wie möglich gestalten zu können. Dabei ist Selbstbestimmung genauso wie Selbständigkeit von Menschen, übrigens ist es hier einerlei, ob wir von Menschen mit und ohne Behinderung sprechen, sind also Selbstbestimmung und Selbständigkeit nur im Verhältnis zu anderen Menschen zu beschreibende Phänomene, die sich einer Verabsolutierung per se entziehen und immer nur relativ realisierbar sind. Deshalb würde es sich anbieten, auch von relativer Selbstbestimmung oder relativer Selbständigkeit zu sprechen. Denn seien wir einmal ehrlich: Wo sind wir denn wirklich autonom, wie es uns der Begriff suggeriert? Befinden wir uns doch ständig in einem sozioökologischen Interaktionsrahmen, der unser Handeln ebenso determiniert wie optioniert, der uns also einerseits in unseren Handlungen festlegt und uns andererseits Möglichkeiten eröffnet.

Integration/Inklusion durch Empowerment?

Deshalb ist es m.E. auch wichtig, zu beachten, dass auch eine perfekte gemeindebezogene Unterstützung nicht zwangsläufig eine perfekte

soziale Integration zur Folge hat. Aus diesem Grund braucht es neben einer gut ausgestatteten Gemeindestruktur mit den bereits erprobten und noch zu entwickelnden Methoden, z.B. Stadtteilzentren oder Stützpunkten, auch eine professionell initiierte Kommunikation und Integration zwischen BürgerInnen, also Nachbarn, mit und ohne Behinderung und eine Stärkung des sozialen Netzes. Neben

dernten und nichtbehinderten Menschen immer noch eher von Nicht-Begegnung gekennzeichnet. Denn, ich wiederhole es noch einmal, allein die räumliche oder regionale Integration ist noch keine tatsächliche menschliche Integration. Dies wissen wir schon aus den Erfahrungen der Gemeindepsychiatrie: Auch für viele chronisch psychisch kranke Menschen stellt die Gemeinde ein

tragen hierzu ihren, diesen Prozess dynamisierenden Anteil bei, und es ist kritisch zu hinterfragen, ob die angestrebte Ambulantisierung nicht auch Ausdruck eines Zeitgeistes ist, der Gemeinschaften sprengt und sie durch Individualität ersetzt. Diese im Sinne der Postmoderne vielleicht als Chance zu begreifende Lebensoption gilt jedoch eher für eine bestimmte Gruppe von Menschen,



Foto: Philipp Riedel

sozialtechnologischen Programmen zählt deshalb wie eh und je die philosophische Feststellung, dass alles Leben Begegnung ist. Dabei können wir auf Buber (1994) zurückgreifen, der uns lehrt, dass „das Ich erst am Du wird“. Und genauso wie alle Menschen benötigen auch Menschen mit Behinderungen ein solches „Du“, also ein Gegenüber, an dem sie werden und wachsen können. Leider ist die Wirklichkeit im Leben von behin-

„ambulantes Ghetto“ dar, in dem quasi unsichtbare Mauern die ehemals sichtbaren Mauern der großen psychiatrischen Anstalten ersetzt haben.

Das heißt, dass Vereinzelung dort droht, wo Menschen zwar nebeneinander wohnen, sich aber nicht kennen und z.B. Vorurteile nach wie vor die wirkliche Begegnung behindern. Individualisierungsprozesse der modernen Gesellschaft

die sich über Bildung und sozioökonomische Situation die Möglichkeit eröffnen können, Identitäts- und Lebensflexibilität kreativ zu nutzen. Ist Ambulantisierung deshalb als Ausdruck dieser Individualisierung zu verstehen? Entsteht sie auch aus einem gesellschaftlichen Mainstream und bestimmten gesellschaftlichen Leitideen, die da wären: Individualisierung und Pluralisierung? Ist die zunehmende Ambulantisierung der

Hilfen, ihre Dezentralisierung und Vielfältigkeit auch ein Aspekt der Beck'schen Risikogesellschaft? Treffen die dortigen Befunde jetzt oder in Zukunft auch auf Menschen mit Behinderungen oder anderen Problemlagen zu? Schließlich wäre auch die zur Ambulantisierung gegenläufige Entwicklung denkbar, dass nämlich alle Menschen, ob mit oder ohne Behinderung, sich zwischen kollektiven und individuellen Wohnformen entscheiden könnten. Bislang und zunehmend ist die Lebenswirklichkeit der meisten BürgerInnen in industrialisierten Ländern doch von der Form des Einzelwohnens geprägt. Die reformorientierte Wohngemeinschaft gilt schon seit langem nicht mehr als attraktives Modell, nur für Studierende und Menschen mit Behinderungen bzw. in der stationären Jugendhilfe ist sie häufig die ultima ratio.

Hier sei einem möglichen Missverständnis dieser Aussage vorgebeugt, indem ich betonen möchte, dass es sowohl aus ethischen als auch aus gesellschafts- und sozialpolitischen Erwägungen heraus wohl kaum eine Alternative zu einer „Ambulantisierung“ der Hilfeformen gibt, und hier schließe ich die Bereiche Wohnen, Freizeit und Arbeiten ausdrücklich mit ein. Allerdings sollte eine bunte Vielfalt, wie sie auch im Leben nichtbehinderter Menschen gilt, möglich und machbar sein. Dies würde reichen von einer stationären, möglichst zeitlich begrenzten Hilfe, über betreute Wohngruppen bis hin zu Einzelwohnen, allein oder in Partnerschaften.

Resümee

Dennoch sind viele der oben ange deuteten Fragen noch größtenteils unbeantwortet. Sie bedürfen einer eingehenden gesellschaftspolitischen Analyse, die gleichermaßen Bedürfnisse und Rechte von Menschen sowie soziale Entwicklungen mit einbezieht.

Und gleichzeitig benötigen wir eine fachliche, nennen wir es pädagogische Begleitung, die notwendigerweise den Prozess der Ambulantisierung begleitet. Dass diese professionelle Hilfe nur mit Hilfe der Betroffenen, also in einem Prozess der Koproduktion erfolgreich sein kann, ist plausibel. Ebenso, dass wir als professionelle Helfer uns im Sinne von Empowerment natürlich immer dann zurücknehmen müssen, wenn Betroffenen selbst klar kommen. Allerdings dürfen wir dabei nicht diejenigen vergessen, die dies eben nicht oder noch nicht alleine schaffen.

Lassen Sie mich zusammenfassen und auf die Eingangsfrage: „Inwiefern kann der Prozess der Ambulantisierung mithilfe des theoretischen Modells von Empowerment verstanden und sozialpolitisch so flankiert werden, z.B. durch Community Care, dass er zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen beiträgt?“ wie folgt antworten: Die „Ambulantisierung“ führt dann zu mehr Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen, wenn Empowerment gleichermaßen als individuelle Förderung und kollektive Stärkung von sozialen Netzen und sozialer Integration verstanden wird.

Ich habe versucht, Empowerment so zu konturieren, dass es uns dabei hilft, individuelle Hilfen so zu gestalten, dass dadurch Selbstbestimmung und Selbstbefähigung gefördert werden. Gleichzeitig habe ich die Bedeutung einer Gemeinwesenorientierung bzw. der Förderung sozialer Netze und sozialer Integration als wesentlichen anderen Teil des Empowerments herausgehoben. Nur im Zusammenwirken von personenbezogenen und strukturbezogenen Hilfen kann Empowerment seine integrative und gesellschaftsverändernde Wirkung entfalten und damit zur Erklärungs- wie Handlungsorientierung für den Prozess der Ambulantisierung werden.

Literatur

- Buber, M.:** *Das dialogische Prinzip.* Gerlingen 1994, 7. Aufl.
- Gronemeyer, M.:** *Die Macht der Bedürfnisse – Reflexionen über ein Phantom.* Reinbek bei Hamburg 1988
- Herriger, N.:** *Empowerment und das Modell der Menschenstärken. Bausteine für ein verändertes Menschenbild der Sozialen Arbeit.* In: *Soziale Arbeit* 5/1995, 155-162
- Herriger, N.:** *Das Empowerment-Ethos.* In: *Sozialmagazin*, 11/1997, 29-35
- Knuf, A. / Seibert, U.:** *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit.* Bonn 2000
- Lenz, A.:** *Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis.* In: *Lenz, A. und Stark, W. (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 10.* Tübingen. Dgvt, 2002, 13-54
- Rappaport, J.:** *Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze.* In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2/1985, 257-278
- Thimm, W.:** *Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzeptes.* Marburg 2005

Community Care: „Von der Wohnung in die Gemeinde“

Gemeinweseneinbindung erwachsener, geistig behinderter Menschen.

Kai-Uwe Schablon

Im folgenden Artikel sollen die Realisierungsgrenzen und -chancen der Gemeinweseneinbindung geistig behinderter Menschen aufgezeigt werden. Hierzu wird zunächst auf den Ursprung des „Community Care (1) Modells“ und auf seine typischen Charakteristika bzw. Merkmale eingegangen. In einem zweiten Schritt werden anhand bestehender Praxismodelle (Hamburg, Essen, Dortmund, Oldenburg) Realisierungschancen und -grenzen aufgezeigt. Abschließend werden Impulse zur Steigerung der Teilhabequalität und zur konstruk-

tiven Gemeinweseneinbindung geistig behinderter Menschen benannt. In der Behindertenhilfe sind in den letzten Jahren deutliche strukturelle und ideologische Veränderungen wahrzunehmen. Seitens der Anbieter professioneller Hilfeleistungen kommt es durch individuelle und personenbezogene Hilfeplanungen und damit verbundenen Leistungsvereinbarungen zu einer Neubetrachtung der individuellen Lebenssituation, die „... als Wandel von der institutionellen zur personalen Perspektive“ (Beck 2002, 192 f.) bezeichnet

werden kann. „Subjektzentrierung“, „Qualitätssicherung“ oder „Dienstleistungsverhältnis“ sind Schlagworte dieser Veränderungen. Die Träger der Behindertenhilfe sehen sich einem massivem Veränderungsdruck ausgesetzt und reagieren mit Modernisierungs- bzw. Dezentralisierungsaktivitäten (vgl. Kraft 2001; Gaedt 2003). Teil dieser Veränderungen ist die Ausweitung ambulanter Wohnformen. Dieses erfordert eine Ergänzung der personalen Perspektive durch sozialräumliche Aspekte, in denen die Gemeinde und die Mitbürger stärker in den Fokus der Betrachtung geraten. Die Berücksichtigung der Mitbürger und der Gemeinde als Unterstützungsressource hat einen neuen Stellenwert bekommen. Dies liegt zum einen daran, dass die Bürger durch Dezentralisierung und Deinstitutionalisierung immer häufiger mit behinderten Menschen in Kontakt kommen und zum anderen daran, dass sich die Sozialpolitik (Behörde und Dienstleister) von einem unterstützenden mitwirkenden Gemeinwesen letztendlich auch eine finanzielle Entlastung (Personalkostenersparnis) erhofft.

Ein seit ca. 10 Jahren diskutiertes Leitbild bzw. Handlungsmodell, das die Gemeinweseneinbindung und die Unterstützung durch die Bürger in den Mittelpunkt seiner Betrachtung stellt, ist der Community Care (2) Ansatz. Dieser noch weitgehend undefinierte und sehr unterschiedlich ausgelegte Ansatz beschreibt den Prozess der Gemeinweseneinbindung von Menschen in marginalisierten Positionen und benennt die dazu notwendigen Realisierungsfaktoren. In den mit der Zielperspektive Gemeinweseneinbindung verbundenen Veränderungen liegen einerseits viele Chancen für den benannten Personenkreis „ein Leben so normal wie möglich“ (Thimm 1985) zu realisieren, andererseits aber auch Gefahren, einzelne Aspekte einer bisher erreichten Lebensqualität (Beck 2003, 2002a,



Foto: Alena Berg

2002b) wieder einzubüßen.

Community Care – als „neues“ Paradigma in der Behindertenhilfe?

Ursprünge der Bewegung in den USA und Großbritannien. Die ersten als „Community Care Ansätze“ bezeichneten Modelle lassen sich in das Jahr 1983, Rhode Island/USA zurückverfolgen (Kahn 2001). Dort fand erstmals ein staatlich finanziertes Training für ehrenamtlich engagierte Bürger statt, das von John und Conny O’Brain (Response System Association) veranstaltet wurde, zu einem Dialog aller Beteiligten führte und die Community Care (Living)-Bewegung in Rhode Island auslöste. Von O’Brain wurden auf der Grundlage des Normalisierungsprinzips (Nirje 1980, Wolfensberger 1980) Zielvorstellungen formuliert, die seitdem einen weitreichenden Einfluss auf die Vision und Leistungsbewertung pädagogischer Arbeit haben. Diese aufeinander bezogenen Zielvorstellungen sind: (nach Kahn, 2001, 23): „Präsenz im Gemeinwesen; Treffen von eigenen Entscheidungen; Entwicklung von Kompetenz; Anheben des Status (positiver Ruf); Teilhabe am Gemeinwesen und Entwicklung von Beziehungen“.

Zur gleichen Zeit und unter Berücksichtigung der amerikanischen Community Care Bewegung gewann das Community Care Konzept auch in Großbritannien an Bedeutung. Während dort bereits seit 1970 die ersten Modelle des unterstützten ambulanten Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung bekannt sind, waren diese jedoch noch nicht auf eine vom Unterstützungsgrad unabhängige Gemeindeunterbringung ausgerichtet (3).

Erst 1983 wurde nach mehreren Modellprojekten die „Care and Community Initiative“ gegründet. Im Verlauf der 80er Jahre folgen meh-

rere Untersuchungen, in denen die Umsetzungen der Deinstitutionalisierung und der Community Care sehr kritisch bewertet wurden (4). Daraufhin veröffentlichte die britische Regierung 1989 das Weißbuch: „Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond“ (Department of Health 1989) und führte 1990 eine umfassende und sehr pragmatische Reform im System der Behindertenhilfe durch. Diese Reform bestand primär aus einer Verlagerung der Entscheidungsbefugnisse (u.a. finanzielle Verantwortung) an die lokalen Behörden. Große Einrichtungen durften nur noch zu Kurzzeitbehandlungen benutzt werden. Die Unterstützung wurde privatisiert, Wahlmöglichkeiten geschaffen und die örtliche Hilfeplanung verbessert (vgl. ausführlich dazu: Aselmeier 2003, Tüllmann 2003). In den 90er Jahren folgten verschiedene Antidiskriminierungs- und Gleichberechtigungsgesetze, die großen Einfluss auf die Lebensbedingungen geistig behinderter Menschen hatten. 1996 wurde das „Persönliche Budget“ eingeführt, das durch die direkte Zahlung an den Hilfeempfänger eine freie Anbieterwahl im Gemeinwesen ermöglichte. Diese Umsetzung wurde durch Regierungsprogramme unterstützt, wobei die Finanzverantwortung immer bei der lokalen Sozialverwaltung lag, so dass erhebliche regionale Unterschiede entstehen konnten.

Zusammenfassend versteht sich Community Care in Großbritannien „... als ein Steuerungsmodell für Verwaltungen auf lokaler Ebene, welches einen Rahmen darstellt, in dem soziale Dienstleistungen flexibel und auf die Bedürfnisse von Individuen eingehend angeboten werden.“ (Aselmeier 2003, 21)

Der Zugang zu Hilfen im Rahmen von Community Care steht in Großbritannien älteren Menschen, körperlich, psychisch oder geistig behinder-

ten Menschen, kranken Menschen, Wohnungslosen, ehemaligen Straftätern oder Jugendlichen offen. In der praktischen Umsetzung sind die Sozialbehörden der Gemeinden verpflichtet, einen „Community Care Plan“ zu erarbeiten und die Hilfen mit weiteren beteiligten Behörden abzustimmen.

Vor der Hilfeleistung werden der individuelle Hilfebedarf und Hilfswünsche in einem Assessmentprozess ermittelt. Aselmeier beschreibt allerdings, dass die Durchführung der Assessments aber kein Garant dafür sei, dass die ermittelte Hilfe auch tatsächlich umgesetzt wird. Die Sozialbehörde schreibt die bewilligte Hilfe in einem „Care-Plan“ fest und setzt einen behördlichen Care Manager zur Evaluation und Fortschreibung des Care-Plans ein. Die tatsächliche Realisierung des Assessments hängt jedoch von der regionalen Einstufung der Wichtigkeit, den Budgetgrenzen und vom vorhandenen Hilfeangebot ab. Britische Selbsthilfegruppen (Aselmeier 2003) kritisieren zudem, dass diese Form professioneller Kontrolle dem Betroffenen suggeriert, dass er seine eigenen Bedürfnisse nicht selber definieren könne. Aufgrund anhaltender Umsetzungskritik in Bezug auf geistig behinderte Menschen (z.B. waren im Herbst 2000 von 3.700 Empfängern eines Persönlichen Budgets nur 216 geistig behindert) wurde auf Initiative der britischen Regierung im Jahr 2001 unter Berücksichtigung der Sichtweise und Einschätzungen von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Grant & Ramcharan 2002, 27) das Weißbuch „Valuing People“ veröffentlicht. Hierin fordert die britische Regierung die Träger der Behindertenhilfe dazu auf, die letzten Anstalten zu schließen, gemeinwesenintegrierte Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung flächendeckend auszubauen und damit einer regionalen Zersplitterung des Hilfesystems vorzubeugen. Zur Implementation und Umsetzung

von Valuing People wurden im April 2002 ca. 75 Mio. Euro zur Verfügung gestellt.

Zur Situation in Deutschland

In Deutschland ist das Bemühen um eine vergleichbare Gemeinweseneinbindung (geistig) behinderter Menschen erst seit dem Ende der 90er Jahre erkennbar. Sozialrechtliche Erneuerungen (SGB IX), internationale Erfahrungen und ein institutioneller Veränderungsdruck führten dazu, dass die Zielperspektive „Gemeinweseneinbindung“ von den Trägern der Behindertenhilfe aufgegriffen wurde. In anderen sozialen Arbeitsfeldern, wie z.B. der Sozialpsychiatrie oder der offenen Jugendarbeit ist das nun scheinbar neu entdeckte Leitbild der Gemeinweseneinbindung ein alt vertrautes Paradigma.

Die Rechtsposition des Menschen mit Behinderung wird in Deutschland vom Gesetzgeber als gesellschaftlich übergreifende Aufgabe verstanden. Durch gesetzlich festgelegte Vorschriften soll behinderten Menschen zu einer rechtlichen Stellung verholfen werden, die vor Ausgrenzung, Isolation und existentieller Not aufgrund der Behinderung schützt (vgl. Stengler 2002, Dellius 2001). Das Sozialgesetzbuch (SGB IX, X und XII) regelt die sozialhilfe-rechtliche Wirklichkeit. Es handelt sich um einen gesetzlich normierten Anspruch, um den sich der Sozialhilfeträger verantwortlich kümmern muss. Diese Regelung gewährleistet behinderten Menschen einerseits zwar einen gewissen Lebensstandard, verhindert aber auf der anderen Seite durch viele institutionelle Regelungen (spezielle Werkstätten, spezielle Wohnstätten usw.) ein bürgerliches Verantwortungsbewusstsein und eine innovative Individualität.

Die Lebenslage vieler (geistig) behinderter Menschen in Deutschland ist

immer noch durch eine vertikale und horizontale soziale Ungleichheit (Beck 2003, 856 f.) gekennzeichnet. Diese drückt sich vertikal in einer durch die soziale Position (z.B. den Bildungsstatus) erschwerte Alltagsbewältigung aus, die sich horizontal mit sozialen Mechanismen (z.B. Vorurteilen, Abwertung usw.) verbindet und dem behinderten Menschen den Zugang zu gleichen Lebensbedingungen erschweren. Bedeutende strukturelle Merkmale der Community Care Umsetzungen im Ausland, wie z.B. das Persönliche Budget, ein festgelegtes Sozialraumbudget, eine kommunale finanzielle Entscheidungsbefugnis oder die Refinanzierung notwendiger Sozialraum- und Netzwerkarbeit sind in der BRD noch sehr unkonkret und befinden sich bestenfalls in einer regionalen Erprobung.

Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt

Im Kontext des Forschungsprojektes „Qualitätsentwicklung gemeindenahe Dienstleistungssysteme“ (Leitung: Prof. Dr. I. Beck, Universität Hamburg) wurden im Teilprojekt „Community Care und gemeindeorientierte Behindertenpädagogik“ fünf verschiedene in Deutschland bereits praktizierte Community Care Ansätze bzw. Modelle analysiert und ihre Kernaussagen systematisiert aufgearbeitet. Durch eine Systematisierung der Modelle anhand allgemeiner Kriterien (Begriffsklärungen, Menschenbild, Zielsetzungen usw.) entstand ein Überblick über die Merkmale der verschiedenen Community Care Ansätze bzw. Modelle und deren Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten. Zum Untersuchungsdesign gehörten mit der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und dem Rauhen Haus zwei Anbieter der Behindertenhilfe, die als Institutionen versuchen, die Community Care Philosophie in die Praxis umzusetzen. Mit dem Modell „Menschenstadt Essen“ wurde der Ansatz des

Behindertenreferats der Stadt Essen analysiert, der sich konsequent an das Gemeinwesen richtet und seinen Schwerpunkt auf strukturelle und sozialpolitische Veränderungen legt. Das Modell: „Community Living“ steht für eine Community Care Ausrichtung, die von der Inklusionspädagogin Prof. Dr. Knust-Potter aus England importiert und in Dortmund bereits in vielen Projekten praktisch umgesetzt wurde. Aufbauend auf dem Theorieverständnis des Normalisierungsprinzips lassen sich einige Community Care Grundprämissen aufzeigen, die mit den Forschungsarbeiten von Prof. Dr. Thimm verbunden sind und z.B. durch das Implementationsmodell „Leben in Nachbarschaften“ (Thimm 1994) konkretisiert wurden. Abschließend wurde der sozialpsychiatrische Ansatz berücksichtigt, in dessen Rahmen bereits viele Gemeinweseneinbindungen und De-Institutionalisierungsprozesse realisiert und wissenschaftlich dokumentiert wurden.

Gemeinsamkeiten in den vorgestellten Community Care Konzepten

Die Auswertung einer im Rahmen des oben benannten Forschungsprojektes erarbeiteten Synopse zeigt bezüglich der Charakteristiken und Merkmale eines Community Care Modells deutliche Übereinstimmungen. Diese sollen im Folgenden stichwortartig benannt werden:

- *Zur Definition:* Starke Übereinstimmung zeigt sich in der Aussage, dass Community Care behinderungsunabhängige Standards und Zugänge beinhaltet, also einen *universellen Begriff* für alle Personengruppen darstellt. Community Care beschreibt einen *Wechselbezug verschiedener Gemeinschaften in einer Quartiersnachbarschaft*. Tüllmann und Thimm heben in diesem Zusammenhang besonders die bürgerliche „Normalität“ (im Sinne von anerkannten Lebensbedingungen) als



Foto: Bianca Streubel

Orientierungsgröße hervor.

- *Zu den Voraussetzungen:* Die untersuchten Modelle gehen von einem *langfristigen Bewusstseinswandel* aus, der ein *Umdenken in kommunalen Bezügen*, aber auch eine möglichst *kommunale Finanzverantwortung* beinhaltet. Alle Modelle betonen die hohe Bedeutung einer externen Unterstützung, wobei diese in den Modellen von verschiedenen Akteuren realisiert wird (Professionelle Helfer, Familien, Nachbarschaften, Unterstützernetze). Thimm, Tüllmann und Knust-Potter betonen die Bedeutung des Mikrobereiches und sehen Community Care primär als eine „*Von-unten-nach-oben-Bewegung*“. In diesem Zusammenhang wird die Notwendigkeit der *politischen Einflussnahme* durch den

geistig behinderten Menschen selbst hervorgehoben.

- *Zu den Normen und Werten im Kontext von Community Care:* Während Knust-Potter und Lüpke die vollendete Realisierung von Community Care in einem universellen globalen Wertewandel sehen, betonen die anderen Modelle die Notwendigkeit einer *Bewusstseinsveränderung*, die sich im Alltag durch eine *Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit*, einer *Veränderung des Berufsbewusstseins* (Berufsethik, Inklusion) im Zusammenspiel mit einer *Subsidiarität staatlichen Handelns* realisieren könnte. Thimm, Lüpke und Knust-Potter verweisen im Zusammenhang mit der Veränderung im Berufsbewusstsein auf die hohe Bedeutung

einer sekundären Aufgabenübernahme. Eine in der Praxis noch häufig anzutreffende Mitarbeiterdominanz vermindert das Engagement (Empowerment) der (geistig) behinderten Menschen und das Engagement der Bürger.

- *Zu den benötigten Mitteln und Ressourcen:* Übereinstimmend gehen alle Modelle davon aus, dass sich Community Care eher in einem *überschaubaren Sozialraum* realisieren lässt. Dörner 1998 zeigt durch seine Güterslohstudie, dass eine Gemeindegröße bis 20.000 Einwohnern eine gute Voraussetzung für eine hohe Gemeindeeinbindung bietet, da sie einerseits in Bezug auf persönliche Kontakte und erreichbare Netzwerke noch überschaubar, andererseits aber durch ihre Infrastruktur



Foto: Wolfgang Westphal

eine adäquate Versorgungs- bzw. Unterstützungspalette anbieten kann. Die *Berücksichtigung des gewachsenen Sozialraums* bzw. der *Heimat* muss bei Veränderungsprozessen in Richtung Community Care unbedingt beachtet werden. Lüpke, Knust-Potter und Tüllmann stellen die besondere Bedeutung *integrativer Kristallisationspunkte* heraus. Diese müssen entdeckt und für den Personenkreis der behinderten Menschen nutzbar gemacht werden. Knust-Potter und Lüpke benennen das „*Gemeinsame Interesse für etwas Drittes*“ (Kunstkurse/Synergieeffekte im Arbeitsprozess z.B. durch Tandemarbeit) als integrative Methode. Dörner und Thimm hingegen betonen die *soziale Verantwortung* und fordern eine

Ethik der Gerechtigkeit. Übereinstimmend sehen alle Modelle eine Notwendigkeit der *Reduktion bzw. Auflösung von großen Wohneinrichtungen*. Hier gibt es in Bezug auf die zeitliche Umsetzung und auf die Radikalität einer De-Institutionalisierung erhebliche Meinungsunterschiede.

- *Zur Wirkung von Community Care*: In allen Modellen wird der *soziale Nutzen* aus einer Gemeinweseneseinbindung betont. Dies beginnt bei *alltagserleichternden baulichen Veränderungen* (keine Kantsteine, breitere Türen), die auch für andere Bürger (ältere Menschen, Personen mit Kinderwagen etc.) eine Verbesserung zur Alltagsbewältigung darstellen würden, über eine *Interdependenz der Beteiligten* (Einhüten von Haus-

tieren / Gestaltung öffentlicher Grünflächen / preiswerte Dienstleistungen/ Gartenbau, Sperrmüllbeseitigung etc.) bis hin zu einer *sinnstiftenden Begegnung* bzw. Beziehung mit einer marginalisierten Person. Tüllmann, Thimm und Dörner gehen von großen sozialen Ressourcen im Gemeinwesen aus. Thimm und Dörner weisen auf die demografischen Veränderungen in der Gesamtbevölkerung hin und bewerten die daraus entstehenden strukturellen Veränderungen als konstruktive Indikatoren für die zukünftige Community Care-Realisierung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die bisher umgesetzten Community Care-Modelle von einem universellen Begriffsverständnis ausgehen,

das sich auf den Wechselbezug verschiedener Gemeinschaften in einer Quartiersnachbarschaft bezieht. Die mit einem Bewusstseinswandel einhergehende Umsetzung kann gelingen, wenn es allen Beteiligten möglich wird, in kommunalen Bezügen zu denken und zu handeln. Auf der praktischen Handlungsebene muss der politische Einfluss des geistig behinderten Menschen gestärkt werden, ohne dass dabei die Selbstorganisationskräfte der Beteiligten eingeschränkt werden. Die professionelle Unterstützungsleistung sollte sich an den Leitmotiven einer Ethik der Gerechtigkeit und einer hohen sozialen Verantwortung orientieren. Das Vorhandensein und der Nutzen integrativer Kristallisationspunkte ist Teil einer Chancenstruktur (Beck 2002), die eine partizipierende und sinnstiftende Begegnung zwischen mehr oder weniger unterstützungsbedürftigen Bürgerinnen und Bürgern ermöglichen könnte.

Als Resümee aus den bisherigen Ausarbeitungen lassen sich folgende Hypothesen aufstellen:

- Community Care (verstanden als ein Handlungskonzept zur Gemeinweseneinbindung) ist, wenn bestimmte strukturelle und handlungsbezogene Determinanten gewährleistet sind, ein positiv zu bewertender und die Teilhabequalität geistig behinderter Menschen steigernder Handlungsansatz der Behindertenhilfe.
- Die erwähnten Determinanten betreffen auch die durch professionelle und nichtprofessionelle Unterstützer umgesetzten Hilfe- bzw. Unterstützungsstrukturen, die maßgeblich Einfluss auf die Qualität der Teilhabe geistig behinderter Menschen haben.
- Geistig behinderte Menschen benötigen zur Gemeinweseneinbindung immer (professionelle) Unterstützung, die sich von ihrer Gestaltung her jedoch mit Blick auf die Zielperspektive „Community Care“ verändern muss.

- Die dafür notwendigen Schlüsselqualifikationen, Methoden und Verfahren müssen in den Aus- und Weiterbildungsangeboten für den behinderten Menschen, die Bürger und die professionellen Unterstützer berücksichtigt werden.

Resümee: Impulse für die Praxis

„Community Care bedeutet, dass Menschen mit geistiger Behinderung in der örtlichen Gesellschaft leben, wohnen, arbeiten und sich erholen und dabei auch von der örtlichen Gesellschaft unterstützt werden. Menschen mit geistiger Behinderung haben darin dieselbe Position wie nichtbehinderte Bürger – mit gleichen Rechten und Pflichten“ (Evangelische Stiftung Alsterdorf 1999).

Wenn man bereits realisierte Umsetzungen ambulanter Wohnformen für Menschen mit einem teilweise sehr hohen Unterstützungsbedarf betrachtet, wie sie z.B. durch fib eV. Marburg (Urban 2002) organisiert und unterstützt werden, macht das Mut, optimistisch über gemeinwesenorientierte Ansätze nachzudenken und Kriterien zu deren Umsetzung zu erarbeiten. In der konkreten Umsetzung ist man aber noch weit davon entfernt zuzulassen, dass der Mensch mit Assistenzbedarf selber bestimmen kann, was er braucht. Zur Gemeinweseneinbindung bedarf es seitens des geistig behinderten Menschen das *Bereitstellen und Implementieren von Kommunikations- und Durchsetzungsmöglichkeiten*. Das Mitteilen der eigenen Vorstellungen und ein Wissen darüber, ob und wie diese Wünsche zu realisieren sind, hat eine hohe Bedeutung für die individuelle Zufriedenheit, von der eine Motivation und identitätsstiftende Kraft ausgeht, die eine Notwendigkeit für anstehende Veränderungen darstellt. Außerdem erhöht das *Vorhandensein einer Vertrauensperson und ein Netzwerk, von dem soziale Unterstüt-*

zung ausgeht, die vom geistig behinderten Menschen auch als solche erleben wird, die Chance einer gelingenden Gemeinweseneinbindung. Eine *sinnstiftende Tätigkeit (Arbeit)* und die *Möglichkeit „etwas zurückzugeben“* (Interdependenzen) haben positive Auswirkungen auf die Identität und die Salutogenese/Resilienz des geistig behinderten Menschen.

Der professionelle Mitarbeiter benötigt spezielle *Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote*, denn hier werden fachliche Weichen für ein verändertes Verständnis von Hilfe im Sinne von Assistenz und Selbstbestimmung gestellt (Niehoff 2001). Bedarf besteht nach einem Netzwerk beruflicher Weiterbildung und der Möglichkeit, Zeit zur Nutzung dieser Bildungsangebote zur Verfügung gestellt zu bekommen. Im Kontext von Community Care muss die Bedeutung einer hohen Professionalität der Mitarbeiter, aber auch die Wichtigkeit deren arbeitsvertraglicher Absicherung (5) reflektiert werden. Hierzu bedarf es einer *Umstrukturierung der sozialen Einrichtungen* und einer Veränderung der Zielgruppen.

Die Bürger benötigen für ihre „neue Aufgabe“ (Dörner 1998) zunächst noch *professionelle Unterstützung*. Um dem behinderten Mitbürger überhaupt unter normalisierten Bedingungen begegnen zu können, bedarf es bestimmter *Chancenstrukturen*, z.B. in Form von interessanten integrativen Angeboten (das Angebot als Ausgangspunkt der Begegnung!), eine quantitativ „normale“ Durchmischung von Menschen mit und ohne Unterstützungsbedarf im Wohnquartier („keine Großgruppenaktionen“) und zunächst eine Kontaktadresse, die als „*Notrufmöglichkeit*“ allen Akteuren im Feld als zuverlässiger Ansprechpartner und Anlaufstelle dient. Durch eine *ermöglichte Rollenvielfalt* muss den Bürgern die Chance gegeben werden, den geistig behinderten Menschen in einer breiten

Rollenvielfalt und nicht nur als traditionellen Hilfeempfänger kennen lernen zu können.

Stahr (2002, 10) betont aus der Betroffenenperspektive heraus, dass „... jedoch kein einziges Stadtcafé die ... politische Veränderung in den Köpfen der Menschen ohne Behinderung ... ersetzen kann“. Deshalb ist ein gleichberechtigtes Einbeziehen geistig behinderter Menschen in für sie relevante Entscheidungsprozesse unabdingbar. Damit geistig behinderte Menschen in ihrer Rolle als Bürger ernst genommen werden, müssen Interdependenzen im Sinn von *gegenseitigen Abhängigkeiten* realisiert werden, durch die die gesellschaftliche Rolle des geistig behinderten Menschen aufgewertet bzw. normalisiert wird. In der Praxis könnte dies durch, an gesellschaftlich akzeptierte Machtstrukturen gekoppelte, Positionen realisiert werden. Geistig behinderte Menschen könnten z.B. als Arbeitnehmer Überziehungsgebühren im Bibliothekswesen erheben oder die Annahme bzw. Kostenregelung von Werkstoffen auf Recyclinghöfen übernehmen. Solche gesellschaftlich anerkannten Positionen würden dem Bürger die Chance geben, den geistig behinderten Menschen in anderen Rollen wahrzunehmen und ihn notfalls sogar dazu zwingen, den geistig behinderten Menschen als „Geschäftspartner“ zu akzeptieren.

Während sich in der Assistenz und Unterstützung geistig behinderter Menschen der bereits 1999 geforderte Wandel „Vom Betreuer zum Begleiter“ (Hähner et al. 2003) weitgehend vollzogen hat, ist es jetzt an der Zeit, im Rahmen einer gemeinwesen- und sozialraumorientierten Einbindung einen zweiten sozialräumlichen Wandel „Von der Wohnung in die Gemeinde“ zu realisieren.

Anmerkungen

(1) *Community: Gemeinde, Allgemeinheit / Care: sorgen, aufpassen, kümmern, sich etwas machen aus, Anteilnahme für...* (Quelle: Collins (1995): *German Concise Dictionary*, Stuttgart)

(2) *Aufgrund der häufig negativ ausgelegten Konnotation des Wortes „Care“ und der medizinisch-bürokratischen Ausrichtung der Community Care Praxis in Großbritannien wird neuerdings der Begriff „Community Living“ als Synonym für „Community Care“ benutzt. Im Kontext dieses Artikels steht der Begriff „Community Care“ für den (professionell gestützten) Prozessden Weg in die Gemeinde, während der Begriff „Community Living“ den (erreichten) Zustand, das Leben in der Gemeinde, beschreibt.*

(3) Vgl.: Beadly-Brown, Mansell, Cambridge & Forrester-Jones (2003, 103). (Quellen übernommen aus Aselmeier, L. (2003): *Supported Living. Offene Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung in Großbritannien.*, S. 6)

(4) Aselmeier (2003, 12) nennt folgende Quellen: *Department of Health an Social Security 1983, House of Commons Select Committee 1985, Audit Commission 1986, Department of Health 1988.*

(5) Stengler (2002) erwähnt, dass bei allen Veränderungen auch an die tarifliche Absicherung und den Einsatz von Arbeitszeiten für die professionellen Dienstleister gedacht wird. *Eine Zunahme ambulanter und (gemeinde-)integrativer Betreuungsformen hat massive Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen (z.B. Flexibilität der Arbeitszeit, Mobilitätsvoraussetzungen, Stundenauslastung) der professionellen Dienstleister.*

Literatur

Aselmeier, L. (2003): *Supported Living. Offene Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung in Großbritannien.* In: *Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste*

der Universität Siegen (Hrsg.): *ZPE-Schriftreihe Nr. 14*, Siegen

Beck, I. (2002): *Bedürfnisse, Bedarf, Hilfebedarf und -planung: Aspekte der Differenzierung und fachliche Begründung.* In: Grewing, H. (Hrsg.): *Heilpädagogische Organisationen professionalisieren: Hilfeplanung und Controlling.* Freiburg, S.32-61

Beck, I. (2002a): *Normalisierung.* In: Antor, G. / Bleidick, U. (Hrsg.): *Handlexikon der Behindertenpädagogik.* Stuttgart, S. 82

Beck, I. / Lübke, A. (2002b): *Individuelle Hilfeplanung. Anforderungen an die Behindertenhilfe.* In: *Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hrsg.): Individuelle Hilfeplanung. Anforderungen an die Behindertenhilfe.* Hamburg/Düren

Beck, I (2003): *Lebenslagen im Erwachsenenalter angesichts behindernder Bedingungen.* In: Leonhardt, A. (Hrsg.): *Grundfragen der Sonderpädagogik.* (S. 848-874)

Dellius, S. (2001): *Ihr gutes Recht I, II, III. Sozialrechtliche Informationen für Menschen mit Behinderung.* (Hrsg.: *Leben mit Behinderung*) Hamburg

Dörner, K. (Hrsg.) (1998): *Das Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie.* Gütersloh

Evangelische Stiftung Alsterdorf (1999): *Bürger - uneingeschränkt und unbehindert. Das europäische Projekt Community Care. Eine Zusammenfassung des Original-Berichtes zum EU-Projekt, herausgegeben von der Evangelischen Stiftung Alsterdorf*

Evangelische Stiftung Alsterdorf (2001): *Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Dokumentation des Kongresses Community Care vom 23. bis 25. Oktober 2000* S. 44-47

Gaed, Ch. (2003): *Verschwinden der Verantwortung.* In: *Behindertenpädagogik. Vierteljahresschrift für Behindertenpädagogik*, Heft 1/2, 2003, S. 74-88

Hähner, U. et al. (Hrsg.) (2003): *Vom*

Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. 4. unveränd. Aufl., Marburg

Kahn, L. (2001): Bericht aus Rhode-Island/USA – Entwicklungen der letzten Jahre und die neue Rolle der Mitarbeitenden. In: Evangelische Stiftung Alsterdorf (Hrsg.): Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Kongressdokumentation. S. 22-26

Knust-Potter, E. (1998): Behinderung – Enthinderung. Die Community Living Bewegung gegen Ausgrenzung und Fremdbestimmung. Köln

Kraft, W. (2001): Institutionelle Hilfe versus persönlicher Assistenz. Vortrag auf der Fachtagung: „Die Reha-Wohnen und Freizeit“ Berlin, 15. Juni 2001) Internet: www.alsterdorf.de [Stand: 18.09.2006]

Niehoff, U. (2005): Care Ethic oder Ethik der Achtsamkeit. In: Fachdienst der Lebenshilfe Heft 1/05, S. 1-10

Nirje, B. (1982): The normalization principle. In: Flynn, R. / Nitsch, K. (Hrsg.): Normalization, social integration and community services. Baltimore, S. 31-49

Stahr, O. (2002): Community Care – Selbstbestimmte Gemeinde-Arbeit für Menschen mit Behinderung, oder das Schließen von Haushaltslöchern und/oder neue Sparmaßnahmen in großen Einrichtungen der Behindertenhilfe? Beobachtungen aus der Sicht eines Menschen mit Behinderung. In: Behindertenpädagogik, Heft 1/05, S. 3-14

Stengler, K. (2002): Heimsysteme und Community Care – Paradigmenwechsel oder Etikettenschwindel? In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Nr. 3 / 2002, S. 190-197

Thimm, W. / Ferber, Chr. von / Schiller, B. / Wedeking, R. (1985): Ein Leben so normal wie möglich führen... Zum Normalisierungskonzept in der Bundesrepublik Deutschland und in Dänemark. Große Schriftdrucke der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V., Band

11, Marburg

Thimm, W. u.a. (1985a): Soziologische Aspekte von Sehschädigung. In: Rath, W. / Hudelmayer, D. (Hrsg.): Pädagogik der Blinden- und Sehbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik. Band 2. Berlin, S. 535-568

Thimm, W. (1994): Leben in Nachbarschaften Hilfen für Menschen mit Behinderungen. Freiburg

Tüllmann, M. (2001): Community Care – ein neues Paradigma der Behindertenhilfe in Hamburg www.rauheshaus.de/behindertenhilfe/comcare.html [Stand: 7/2004]

Tüllmann, M. (2003): Individuelle Hilfe in Zeiten wachsender Standardisierung? Jahresbericht 2002. Rauhes Haus, Hamburg

Urban, W. (2002): Was ambulante Dienste leisten können. In: fib e.V. (Hrsg.): Ambulante Dienste für Menschen mit Behinderung. Dokumentation zum 20-jährigen Bestehen im Jahre 2002. Marburg

Wolfensberger, W. (1980): A brief overview of the principle of normalization. In: Flynn, R. / Nitsch, K. (Hrsg.): Normalization, social integration and community services. Baltimore, S. 7-30



Kai-Uwe Schablon

Herausforderungen und Perspektiven der Eingliederungshilfe

Peter Gitschmann

Die Eingliederungshilfe in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, deren Meisterung gleichzeitig ihre Perspektiven beschreibt. Herausforderungen bestehen in der aktuellen und für die nächsten Jahre weiter zu erwartenden Fallzahl- und Kostenentwicklung, die die Stellung der Eingliederungshilfeträger

Wirtschaftlichkeit, Empowerment und Inklusion angedeutet. Erforderlich für die Eingliederungshilfe erscheint neben der Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen ein grundlegender Paradigmenwechsel, in dessen Zuge eine Angebotsstrukturreform hin zu vorrangig ambulanter Versorgung und zu mehr

notwendigen Umbaus der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen entwickelt.

Zur Lage der Eingliederungshilfe heute

Die Eingliederungshilfe stellt mit Jahresausgaben i. H. v. 11,5 Mrd. EUR



– Sozialhilfeträger als mit Abstand bedeutendster Rehabilitationsträger für Menschen mit Behinderungen (ambulant betreutes und stationäres Wohnen, Werkstätten für behinderte Menschen, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) unterstreicht und festigt.

Die notwendigen Weiterentwicklungsperspektiven sind mit den Stichworten Personenzentrierung, Budgets und Pauschalen, Qualität und

Wettbewerb, die Ausstattung der Leistungsberechtigten mit „Kaufkraft“ und Nachfragemacht, die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Ergebnisqualität der angebotenen Leistungen und eine gerechte Finanzierung erreicht werden müssen.

Nachfolgend wird diese Eingangsthe-se ausgehend von einer genaueren Problemanalyse über die Herausarbeitung der verschiedenen Reformansätze zu einer Beschreibung des

(2004) (1) den größten Teiletat (ca. 45 %) (2) aller Rehabilitationsleistungen nach SGB IX dar. Die Empfängerzahl von 629.000 Personen weist eine weitere Steigerung von 6,0 % gegenüber dem Vorjahr auf. Bei einem Drittel der Leistungsfälle handelt es sich um die Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen, 19 % erhalten heilpädagogische Leistungen für Kinder, 43 % erhalten „sonstige Eingliederungshilfe“, im Wesentlichen

ambulant betreutes oder stationäres Wohnen (3). 449.000 Leistungsrechte erhaltene Eingliederungshilfe in Einrichtungen, 194.000 Personen außerhalb von Einrichtungen (4). Insbesondere die Zunahme von Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung bewirkt einen stetig aufwachsenden „Nachfragedruck“ in der Eingliederungshilfe. Auch aus der demographischen Situation der Menschen mit geistiger Behinderung – hier „überlebt“ nach dem Zweiten Weltkrieg und der faschistischen Vernichtungspolitik erstmals eine komplette Generation, und wächst in die Altersphase hinein – resultieren nach wie vor zunehmende Bedarfe im Bereich Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, insbesondere dem ambulant betreuten und stationären Wohnen. Erst nach 2010-2015 wird sich hier das demographische Geschehen „normalisieren“. Auch die insbesondere für Menschen mit geistiger oder schwerer mehrfacher Behinderung, aber auch für psychisch Kranke anhaltend kritische Arbeitsmarktlage trägt zum Nachfragedruck, hier im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben, bei.

Diese Situation auf Seiten der Leistungsberechtigten trifft auf ein weiterhin stark gegliedertes, im Bereich der Sozialversicherungen strikt kausal orientiertes Rehabilitationssystem, welches zwar gemäß SGB IX zur intensiven Koordination und Kooperation der verschiedenen beteiligten Rehabilitationsträger angehalten ist, ohne dass dies jedoch bisher in hinreichendem Maße gelingt. Insbesondere die zentralen Schnittstellen zwischen Krankenbehandlung, Pflege und Rehabilitation sind weder rechtlich, strukturell oder gar faktisch vernünftig geregelt und geklärt. Bei den Sozialhilfeträgern kommen länderspezifisch teilweise getrennte Zuständigkeiten für ambulante und teilstationäre/stationäre Leistungen als potentielle Problemschnittstelle hinzu. (5)

In dieser mit Blick auf die bestehenden quantitativen und qualitativen Herausforderungen suboptimalen Situation wird aktuell an einer umfassenden Reform- und Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe wenig Zweifel gelassen: die Bundesregierung hat sich dies ausweislich der Koalitionsvereinbarung vorgenommen, die Länder erörtern die Reformbedarfe im Kreis der Konferenz der obersten Landessozialbehörden (KOLS), und die Leistungsträger wie Leistungserbringer sind im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge ebenfalls dabei, ein Zukunftskonzept für die „nahtlose Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen“ zu entwickeln (6).

Reformperspektiven

Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Wesentliche Gesetzesgrundlagen der Eingliederungshilfe sind neben dem SGB XII (§§ 53 f. – bis 31.12.2004: BSHG, §§ 39 f. –; allgemeine Sozialhilfegrundsätze – §§ 1 f. – sowie Regelungen zu Kostenbeiträgen, Heranziehung von Einkommen, Vermögen und Unterhaltsverpflichteten – insbes. § 92 SGB XII) insbesondere die Vorschriften des SGB IX, Teil 1, die für den Rehabilitationsträger Sozialhilfe in überwiegend gleicher Weise wie für alle anderen Rehabilitationsträger gelten. Zu beachten sind wegen des Nachrangs der Sozial- und Eingliederungshilfe außerdem die Vorschriften in vorrangigen und angrenzenden Sozialrechtsgebieten, insbesondere des SGB V (Krankenversicherungsrecht), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), SGB IX, Teil 2 (Schwerbehindertenrecht) und SGB XI (Pflegeversicherungsrecht).

Bereits seit Mitte der 90er Jahre wurde das Leistungs- und Vertragsrecht der Sozialhilfe schrittweise vom Institutionenbezug und Kostendeckungsprinzip hin zum Leistungsbezug und

zur Wettbewerbsorientierung umgestaltet. Seither steht als Ziel im Vordergrund, dass vergleichbare, bedarfsdeckende und qualitätsvolle Leistungen zu möglichst günstigen, im Preisvergleich ermittelten Kosten vertraglich zu organisieren und zu erbringen sind, soweit nicht über Geldleistungen und direkte, persönliche Hilfen der Bedarf gedeckt werden kann.

Der grundsätzliche Nachrang der Sozialhilfe wurde in den vergangenen Jahren, insbesondere durch das SGB IX vom Juli 2001, zunehmend ausgehöhlt. Seither werden z. B. Eingliederungshilfeleistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 f. SGB IX) und der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 f. SGB IX) bedürftigkeitsunabhängig erbracht. Lediglich die Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 f. SGB IX) – z. B. ambulante EGH, stationäres Wohnen, teilweise Tagesförderung, Beförderung – sind weiterhin bedürftigkeitsabhängig zu gewähren, d. h. das vorhandene Einkommen und Vermögen des Leistungsberechtigten ist bis zu den im SGB XII geregelten Höchstwerten zur Bedarfsdeckung einzusetzen.

Die Eingliederungshilfe ist damit weiterhin die für viele Menschen mit Behinderungen bedeutsamste, z. T. lebenslang benötigte Rehabilitationsleistung, was sich auch an der bundesweit mit Besorgnis beobachteten und diskutierten dynamischen Fallzahl- und Kostenentwicklung in der EGH zeigt (s. o.).

Mit der neuen Leistungsform des trägerübergreifenden persönlichen Budgets (§ 17 SGB IX) steht dem Eingliederungshilfeträger grundsätzlich ein interessantes neues Element zur Verfügung, welches zur Kostenreduzierung bei gleichzeitig individuell passgenauer und selbstbestimmter Bedarfsdeckung geeignet ist, und die Abhängigkeit von leistungsfähigen und -bereiten Leistungserbringern

reduziert.

Mit der bisher letzten Sozialhilfereform (1.1.2005: SGB II – SGB XII) sind dem Sozialhilfeträger einerseits neue Steuerungsnotwendigkeiten (Abgabe der erwerbsfähigen Klientel an das SGB II) zugewachsen, andererseits auch neue Gestaltungsmöglichkeiten (verstärkte Pauschalierungs- und Geldleistungsmöglichkeiten – § 10 SGB XII) eröffnet worden.

Dennoch ist dieser beschriebene rechtliche Rahmen trotz aller bereits zukunftsweisenden neuen Ansätze und Elemente noch nicht hinreichend klar: Im SGB IX fehlen wirklich verbindliche, bei Nichtbefolgung auch sanktionierte Vorschriften zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Die neue Komplexleistung Frühförderung in gemeinsamer Verantwortung der Krankenkassen und der Sozialhilfeträger ist rechtlich so unklar, dabei kompliziert und offen gestaltet, dass es bundesweit 5 Jahre nach Inkrafttreten noch an keiner Stelle gelungen ist, entsprechende Leistungsrealitäten zu schaffen. Ein einheitliches Vertrags- und Leistungserbringungsrecht für alle Rehabilitationsträger ist noch nicht einmal ansatzweise zu erkennen. Im Vertragsrecht des SGB XII ist ebenfalls noch vieles nur indirekt geregelt, und steht letztlich unter Einigungszwang zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern. Dies führt zu einer völlig uneinheitlichen Lage an Landesrahmenverträgen, Vergütungssystemen und Angebotsstrukturen. Die bisherige Beibehaltung des Bruttoprinzips für die Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers in stationären Einrichtungen stellt zusammen mit den komplizierten Regelungen zum Bestandsschutz-Zusatzbetrag das Gegenteil eines Anreizes zu Gunsten der vorrangigen ambulanten Angebote dar. Schließlich können die Kommunen als örtliche sowie häufig auch überörtliche Sozialhilfeträger mit den wachsenden finanziellen

Lasten der Eingliederungshilfe nicht weiter alleingelassen werden; der im Deutschen Verein erarbeitete Vorschlag eines „Bundesteilhabegeldes“ (7) als Form der Kostenbeteiligung des Bundesgesetzgebers stellt hier ein deutliches Signal dar.

Paradigmenwechsel

Die fachpolitische Grundentscheidung, die in und für die Behindertenhilfe zu treffen ist, betrifft die Frage, ob hier ein abgeschottetes System fortentwickelt, oder ob es in die gesellschaftlichen Strukturen und Entwicklungen verstärkt hineingeholt und hier vernetzt werden soll. Die „konservative“ Grundposition sieht die Behindertenhilfe angesichts der Integrationsabwehr in der Gesellschaft als notwendigen „Schonraum“ an, in dem infolge der „Notwendigkeit der professionellen geplanten, steuernden und kontrollierenden Eingriffe“ eine zwingend „institutionalisierte Betreuung“ vorzuzulassen ist (8). Die Gegenposition verweist auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Integration zur „Inclusion“, „die nicht dort aufhört, wo eine Person in ein normales Wohnumfeld oder Arbeitsverhältnis integriert ist, sondern die die sozialen Bedingungen zu diesem Umfeld ins Auge fasst und dafür sorgt, dass soziale und natürliche ‚Ressourcen‘ genutzt und erschlossen werden“ (9). Ambulantisierung, Personen-, statt Institutionenbezug, Empowerment (10), Kundenorientierung, Geldleistungen, Budgets und Pauschalen statt Sachleistungen, Ergebnisqualität statt Optimierung von Strukturen und Prozessen, Wettbewerb und „Community Care“ (11) beschreiben die Diskussions- und Entwicklungslinien dieses zweiten, auf Inclusion gerichteten Ansatzes, die im Folgenden noch etwas näher betrachtet werden (12).

Ambulantisierung

Das derzeitige Verhältnis von Einglie-

derungshilfeberechtigten in Deutschland in und außerhalb von Einrichtungen (194.000 : 449.000 = ca. 30 % außerstationär / ambulant; der Ausgabenanteil ambulant ist noch deutlich niedriger) (13) zeigt, dass der gesetzliche Vorrang ambulanter Versorgung in der Eingliederungshilfe noch keineswegs eingelöst ist.

Viele Menschen, die bisher in einer stationären Einrichtung leben, könnten jedoch mit ambulanter Betreuung bedarfsgerecht versorgt werden. Bundesweit gibt es daher derzeit Bestrebungen, hier zur nachhaltigen Umsteuerung von stationärer zu ambulanter Versorgung Impulse zu geben. Jüngstes Beispiel sind die in Nordrhein-Westfalen zwischen den Anbieterverbänden und den überörtlichen Sozialhilfeträgern getroffenen Zielvereinbarungen, aber weitaus ambitionierter auch das Hamburger „Ambulantisierungsprogramm“. Die Hamburger Sozialbehörde hat sich für 2006–2008 zum Ziel gesetzt, dass deutlich mehr Menschen mit Behinderungen als bisher ambulant in ihrem eigenen Wohnraum betreut werden können. Dafür sollen zunächst ca. 800 stationäre Plätze (von ca. 2.400 in Hamburg gelegenen Plätzen für geistig und mehrfach behinderte Menschen) in ambulant betreutes Wohnen umgewandelt werden. Dabei ist das Anliegen der Ambulantisierung zum gemeinsamen Ziel aller Beteiligten geworden. Die Hilfeleistungen sollen individueller und passgenauer gestaltet werden und eine größere Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Angeboten, Angebotsformen und Anbietern und damit eine größere Vielfalt an Angeboten, als dies bisher in der überwiegend stationär organisierten Behindertenhilfe der Fall ist, soll entstehen.

Bislang war mit dem Wechsel von stationär nach ambulant stets die „Entlassung“ in das bestehende Hilfesystem verbunden. Letzteres bedeutet zum Beispiel den Auszug aus der jeweiligen Wohngruppe, die Anmietung

einer eigenen Wohnung oder den Abschluss eines (Unter-) Mietvertrages und den individuell bedarfsgerechten Erhalt von pädagogischer Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW) und Wohnassistenz. Mit den Zielvereinbarungen über die Ambulantisierung wurde nun zusätzlich ein neues Leistungsangebot entwickelt: die ambulant betreute Wohngemeinschaft, die durch Umwandlung bisher stationär betriebener Einheiten in Mietwohnraum entstehen können, und in denen die ambulante Betreuung über nach Bedarfsgruppen differenzierte Tagespauschalen finanziert wird. Die bewilligten Maßnahmepauschalen der einzelnen Mieterinnen und Mieter ermöglichen zusammengenommen eine hohe Betreuungsdichte für die jeweilige Wohngemeinschaft. Dies ermöglicht zukünftig auch schwerer behinder-

ten Menschen, ambulant betreut zu werden.

Wettbewerb und Ergebnisqualität

Soweit Eingliederungshilfe von professionellen Leistungserbringern durchgeführt wird, ist eine Vereinbarung nach § 75 f. SGB XII über die konkrete Leistung, ihre Qualität und den dafür zu entrichtenden Preis (Vergütung) zu schließen. Hierbei sind die „historischen Wurzeln“ des Kostendeckungsprinzips – obwohl rechtlich seit 1995 abgeschafft – bis heute noch keineswegs überwunden. Zahlreiche Leistungserbringer verfolgen weiterhin das Ziel, ihre kalkulierten Kosten für die Leistung erstattet bzw. neudeutsch refinanziert zu bekommen, nicht jedoch, auf einem qualifizierten Dienstleistungsmarkt im Wettbewerb mit anderen

über Qualität und Preise der Leistung zu bestehen. Die in Kostendeckungszeiten (geprägt durch das Fehlen jeglichen Wirtschaftlichkeitsanreizes) entstandenen Kosten- und Betriebsstrukturen werden verteidigt und möglichst fortgeschrieben, statt sie wettbewerbs- und qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Das Mittel der Wahl zur Preisfindung ist jedoch mittlerweile der „externe Vergleich“, in dem schlicht ermittelt wird, ob die Preisvorstellung auf dem Hintergrund vergleichbarer, angebotener Leistungen dem „Marktüblichen“ entspricht.

Auch beim Leistungserbringungsgrundsatz gibt es Fortentwicklungs- bzw. Umsteuerungsbedarf; nicht perfekte Systeme der Struktur- und Prozessqualität sind vorrangig gefragt, sondern das Hauptaugenmerk müsste



Foto: Philipp Riedel



Foto: Bianca Streibel

verstärkt auf der Ergebnisqualität der Leistung im Sinne von Zielerreichung und nachgewiesener Wirksamkeit der Maßnahmen liegen.

Finanzierung über Budgets und Pauschalen

Persönliche Budgets, d. h. zusammengefasste, umfänglichere Bedarfskonstellationen behinderter Menschen bedienende, pauschalierte Geldleistungen, können als ein besonderer Ausdruck des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe vom Institutionenbezug zum Personenbezug und zum Oberziel des „Selbstbestimmten Lebens“ verstanden werden. Das für die Hilfebeziehungen im klassischen System typische „Dreiecksverhältnis“ zwischen Hilfeberechtigten, Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern wird bei persönlichen Budgets aufgehoben zugunsten verstärkter

Dispositionsfreiheit der Hilfeempfänger. Bei persönlichen Budgets als Angebot an behinderte Menschen muss allerdings davon ausgegangen werden, dass sie keinesfalls eine umfassende Alternative zu bisherigen Sachleistungen darstellen werden, sondern als Wahlmöglichkeit für bestimmte Bedarfskonstellationen in Frage kommen, sofern die behinderten Menschen über die notwendigen Kompetenzen verfügen. Die bisherigen Modellversuche und die Umsetzung der mit der Budget-Verordnung vom Mai 2004 konkretisierten Rechtslage zeigen, dass anfänglich nur wenige behinderte Menschen für diesen neuen Weg motiviert werden können, und dass wirklich trägerübergreifende persönliche Budgets noch die absolute Ausnahme darstellen (14). Leider ist die Nachfrage auf Seiten der antragsberechtigten Menschen mit

Behinderungen bundesweit noch recht gering. Hamburg hat mit derzeit (August 2006) 25 laufenden persönlichen Budgets (darunter nur ein trägerübergreifendes) nach Berlin den höchsten Stand laufender Budgets vorzuweisen. Es ist zu hoffen, dass mit den seit kurzem verstärkten Bemühungen nun auch des Reha-Trägers Bundesagentur für Arbeit, mit Hilfe persönlicher Budgets individuelle Leistungsalternativen zum Berufsbildungsbereich der Werkstätten und im Bereich der Arbeitsassistenz zu erproben, hier weitere und gute Erfahrungen hinzukommen.

Eine „bescheidenere“, jedoch ähnliche zielgerichtete Variante können verstärkte leistungsartbezogene Geldpauschalen an die Leistungsberechtigten darstellen, die diese ebenfalls in die Lage versetzen, als Kunde und Einkäufer passgenauer

Dienstleistungen aufzutreten, ohne dass das komplizierte Budgetbewilligungs- und Zielvereinbarungsverfahren vorgeschaltet oder die Leistung in einer Vereinbarung nach § 75 f. SGB XII bereits umfassend vorgegeben ist. Die bisherigen Hamburger Erfahrungen mit solchen Pauschalen in der Eingliederungshilfe (Familienentlastungspauschalen für Familien mit behinderten Kindern, Beförderungspauschalen, Pauschalen zur gastweisen Unterbringung behinderter Familienangehöriger) ermutigen durchaus, diesen Weg weiter zu beschreiten.

Die ebenfalls immer wieder in die Diskussion gebrachten Einrichtungsbudgets oder auch Regionalbudgets für eine Anbietergemeinschaft sind auf dem normativen Hintergrund des personenbezogenen Ansatzes hingegen eher als Irrweg zu betrachten.

Umbau der Eingliederungshilfe – ein Ausblick

Sollten alle andiskutierten Reformperspektiven der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation erfolgreich zusammengeführt werden, könnte folgende Zukunftsvision eintreten:

- Die Menschen mit Behinderungen erhalten unabhängig von der Art der Behinderung diskriminierungsfrei sämtliche erforderlichen Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation von ihrer Kranken- und Pflegekasse bzw. gleichwertig oder kombiniert von ihrem Unfall- oder Rentenversicherungsträger, auf Wunsch in Form von Geldpauschalen oder persönlichen Budgets.
- Alle Leistungsansprüche zur *Teilhabe am Arbeitsleben* (einschließlich der Werkstätten für behinderte Menschen !) werden von der Bundesagentur für Arbeit, ggf. im Auftrag des SGB II- oder des SGB XII-Leistungsträgers, ebenfalls unabhängig von der Art der

Behinderung diskriminierungsfrei und auf Wunsch in Form von Geldpauschalen oder persönlichen Budgets realisiert.

- Alle erwachsenen, voraussichtlich dauerhaft behinderten und in ihrer Teilhabe deutlich beeinträchtigten Menschen erhalten als generellen, zweckgebunden einzusetzenden Nachteilsausgleich ein „Bundes-teilhabe-geld“, welches so bemessen ist, dass die durchschnittlichen Grundausgleichsbedarfe damit selbstbestimmt bewältigt werden können.
- Bei individuell höheren Bedarfen zur *Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft* tritt die Eingliederungshilfe ergänzend und bedarfsdeckend ein, wobei Geldpauschalen und persönliche Budgets ebenso Vorrang haben, wie ambulante Leistungen gegenüber stationären.

Anmerkungen

- (1) Th. Haustein u. a., *Ergebnisse der Sozialhilfe- und Asylbewerberleistungsstatistik 2004*; in: *Wirtschaft und Statistik*, Nr. 4 / 2006; S. 389
- (2) *Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2002 – 2004*; in: *BAR-Informationen* Nr. 3 / 2005; S. 28
- (3) Haustein u. a., a. a. O.; S. 387
- (4) *ebd.*; S. 388
- (5) *Dieses Problem spielt glücklicherweise in den Stadtstaaten – so auch in Hamburg – keine Rolle.*
- (6) „Rehabilitation und Pflege in einem Gesamtkonzept verbinden!“ – Eckpunkte des Deutschen Vereins, präsentiert auf dem 77. Dt. Fürsorgetag 2006, Pressemitteilung
- (7) vgl. *Empfehlung des Deutschen Vereins zur Einführung eines bundesfinanzierten Teilhabegeldes – Bundesteilhabe-geld*; in: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins f. öffentliche u. private Fürsorge (NDV)*, Nr. 1 / 2005; S. 2 – 5 und: S. Pöld-Krämer; *Zur Konzeption eines Bundesteilhabe-geldes*; in: *NDV*, Nr. 10 / 2005; S. 369 – 379

(8) Chr. Gaedt, *Ev. Stiftung Neuerkerode*; in: *Schwindelfrei*, Nr. 33 / 2006; S. 36

(9) G. Theunissen; *ebd.*; S. 37

(10) vgl. auch die diesbezüglichen Beiträge in diesem Heft

(11) vgl. P. Gitschmann, *Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe – Community Care aus europäischer Sicht*; in: *Europa sozial gestalten. Dokumentation des 75. deutschen Fürsorgetages 2000* (hrsg. v. Dt. Verein f. öffentl. u. priv. Fürsorge); Frankfurt/M. 2001; S. 409 – 414

(12) *Auf die ebenfalls geführte Debatte zwischen sozialpädagogisch-professionellen Ansprüchen, die sich gegen Bestrebungen der Leistungsträger um Diversifizierung und Steuerung von Hilfen richten, soll hier hingegen nicht eingegangen werden. Vgl. dazu z. B. P. Gitschmann, Pädagogische Romantik und moderne Eingliederungshilfe*; in: *standpunkt:sozial*, Nr. 2 / 2003; S. 82 – 86

(13) nach Haustein u. a., a. a. O.; S. 388

(14) vgl. P. Gitschmann, *Modellvorhaben zu „persönlichen Budgets“ – Unterschiede und erste Erfahrungen*; in: Th. Klie, A. Spermann (Hrsg.), *Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg?*; Vincentz Network Hannover 2004; S. 165 – 183



Peter Gitschmann

Ambulantisierung – mehr als nur ein Sparmodell?

Die Umwandlung stationärer Wohnplätze in eine ambulante Betreuungsform

Klaus-Peter Judith

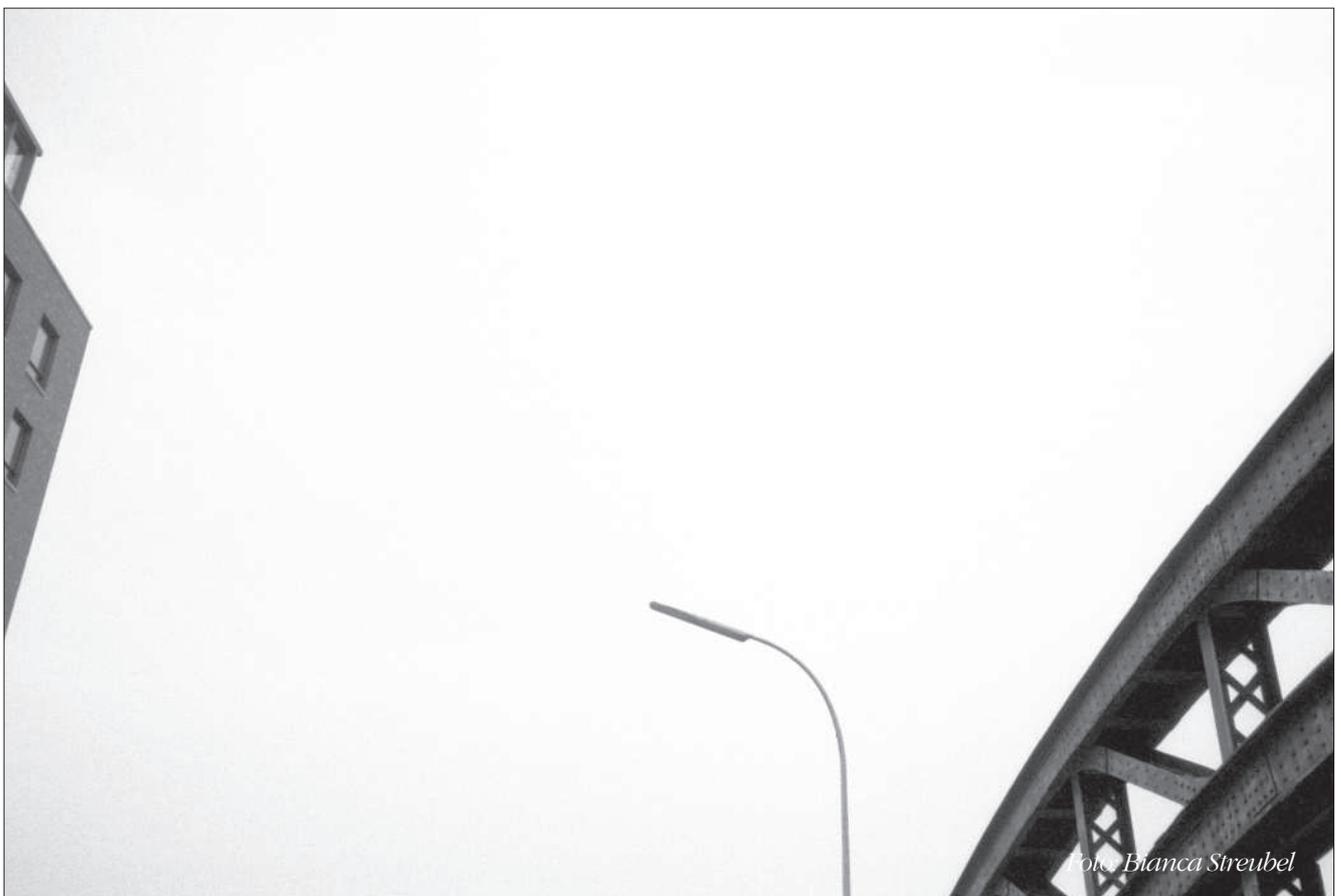
Der Begriff „Ambulantisierung“

Der Begriff Ambulantisierung hat in Hamburg eine kontroverse Debatte ausgelöst. Einige verbinden mit diesem Terminus die qualitative Weiterentwicklung der Hilfen für behinderte Menschen. Andere sehen ihn als vornehme Umschreibung für ein schlichtes Sparmodell. Dass Begriffe sehr unterschiedlich interpretiert

Verständnis der Arbeit, ein anderes Menschenbild, der behinderte Mensch als Experte in eigener Sache. Andererseits zeigt sich an diesem Beispiel auch, dass Begriffe, Ideen übernommen und inhaltlich verändert werden, bis von der ursprünglichen Idee nicht mehr viel übrig ist.

Hoffentlich geschieht uns nicht das Gleiche mit dem Begriff der Ambulantisierung...

sel eine Haushaltsentlastung in einer Zeit leerer Kassen. Angesichts der prognostizierten Zunahme behinderter Menschen in den nächsten Jahren sucht der Staat nach Möglichkeiten, die Ausgaben für soziale Leistungen zu begrenzen. In der aktuellen Information des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales finden wir den Hinweis, dass die Aufwendungen zur Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesell-



werden, zeigt das Beispiel des Assistenzbegriffs. Die Wurzeln des Terminus Assistenz finden sich in der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“. Die Berufsbezeichnung Assistent war die bewusste Abgrenzung zur Tätigkeit des Betreuers. Dass heute fast alle Träger der Behindertenhilfe lieber von Assistenz als von Betreuung sprechen, ist einerseits dem Paradigmenwechsel geschuldet, ein neues

Zwei Perspektiven der Debatte

Mindestens zwei Perspektiven haben die Debatte über den Prozess der Ambulantisierung geleistet: Zum einen die Feststellung des Kostenträgers, ambulante Betreuung sei kostengünstiger als die stationäre Versorgung. Der Kostenträger verspricht sich von einem Systemwech-

schaft in der Republik seit Jahren dynamisch ansteigen. In 2004 auf 11,5 Mrd. EUR. Weitere Ausgabensteigerungen sind zu erwarten (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2006, 13). Im schwarz-roten Koalitionsvertrag lesen wir zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, dass bei der Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen der Grundsatz ambulant vor stationär

und die Verzahnung ambulanter und stationärer Dienste einen zentralen Stellenwert haben.

In Hamburg finden wir konkrete Hinweise auf das Sparpotential der Ambulantisierung. Die geplanten Einsparungen des Doppelhaushaltes 2005/06 der Hansestadt im stationären Bereich abzüglich der Mehrausgaben im ambulanten Bereich sollen mit einem Einsparvolumen von ca. 9 Mio. EUR den Senatshaushalt entlasten. Die andere Perspektive der Debatte ist die inhaltliche Herausforderung, durch die Ambulantisierung behinderten Menschen ein selbstbestimmteres und bedürfnisgerechteres Leben zu ermöglichen. Nach wie vor gibt es eine bemerkenswerte Schiefelage im Vergleich der ambulanten mit den stationären Hilfen für behinderte Menschen. Von einem Vorrang der ambulanten Hilfen, wie es der § 13 des SGB XII fordert, sind wir immer noch weit entfernt. In der Debatte um Ambulantisierung geht es also auch darum, Chancen und Risiken abzuwägen. Die Chance auf ein Mehr an Selbstbestimmung darf sich eben nicht zur „Einbahnstraße in die Einsamkeit“ verwandeln.

In dem letzten Jahr hat sich in Hamburg viel bewegt. Zwischen der Behörde für Soziales und Familie (BSF) und den Verbänden bzw. den einzelnen Trägern wurden Zielvereinbarungen zur Umsetzung der Ambulantisierung abgeschlossen. Es wurden Realitäten geschaffen, Zeit-schienen zur Umsetzung verabredet. Bis Ende 2008 sollen in Hamburg ca. 800 Menschen das stationäre System verlassen haben und damit 800 Plätze abgebaut werden. Aktuell bemühen sich viele Träger, neue ambulante Angebote zu schaffen. Dieses Bemühen, dieses intensive Nachdenken über neue Lebensmodelle, über neue Formen des Zusammenlebens ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Das Selbstverständnis der Träger, die jahrzehntelange Institutionalisie-

rung behinderter Menschen, gerät in Bewegung.

Stellen sie sich vor ...

... Sie sind 22 Jahre alt, Sie haben eine Behinderung, möglicherweise Lernschwierigkeiten und eine Körperbehinderung. Sie benutzen einen Rollstuhl, leben seit drei Jahren in einer Wohngruppe und möchten jetzt Ihre Lebenssituation verändern. Sie haben einen guten Freund, der in einer ähnlichen Situation steckt; er hat auch eine Behinderung, Sie sind fast gleichaltrig, auch er möchte aus seiner Wohnstätte ausziehen. Sie arbeiten beide in der gleichen WfbM. Zusammen haben Sie schon viele Pläne geschmiedet. Am liebsten möchten Sie nach Altona oder Otten-sen ziehen. Und Sie finden genau dort eine schöne, sonnige 3-Zimmer-Wohnung mit Balkon im 2. Stock. Natürlich gibt es einen Fahrstuhl. Die Miete beträgt 600 Euro. Der Vermieter ist bereit, Ihnen beiden einen Mietvertrag auszustellen.

In Ihren Wohngruppen haben Ihr Freund und Sie schon viel gelernt. Gleichwohl gibt es einige Fragestellungen, mit denen Sie nicht allein klar kommen. Finanzen müssen geregelt werden, der neue Stadtteil ist Ihnen auch noch nicht vertraut. Wie werden Sie mit dem Haushalt klar kommen, mit dem Wäschewaschen? Auch das Kochen möchten Sie lernen. Gibt es die Möglichkeit in einem Sportverein Basketball zu spielen?

Sie erhalten einen Termin beim Eingangsdienst der BSF. In dem Gespräch schlägt Ihnen die Mitarbeiterin vor, dass Sie und Ihr Freund zur Umsetzung ihrer Ziele jeder 8 Std. Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum pro Woche erhalten und zusätzlich jeder 2 Std. Wohnassistenten. Die Mitarbeiterin erklärt Ihnen auf Ihre besorgte Frage, wie lange Sie denn diese Hilfe erhalten, dass die Bewilligung erst einmal nur für ein

halbes Jahr ausgesprochen wird. Aber so lange Sie die Hilfe benötigen, wird es diese Hilfe geben. Wenn Ziele erreicht sind, werden nicht sofort die Stunden reduziert, denn möglicherweise tauchen ja neue Ziele auf. Weil Sie gelernt haben, Ihr Geld einzuteilen, entsteht bei Ihnen möglicherweise – wahrscheinlich sogar bestimmt – der Wunsch, mit Freunden in den Urlaub zu fahren. Oder Sie wünschen sich die Teilnahme an einer Theatergruppe. „Kein Problem!“ sagt die Mitarbeiterin. Solange Sie die Hilfe brauchen, werden Sie diese auch erhalten. Sie sind beruhigt und unterschreiben beide den Mietvertrag. Das Sozialamt übernimmt die Kosten der Unterkunft.

Einsamkeit statt Sicherheit?

„Solange sie die Hilfe brauchen, werden sie diese auch erhalten“. Diese Aussage entspricht dem Bedarfsdeckungsprinzip. Erfahrungen in der Bewilligungspraxis ambulanter Leistungen lehren uns, das beschriebene Szenario eher als Sozialromantik abzutun. Betreuungsstunden werden gekürzt. Der behinderte Mensch muss halbjährig um die Inhalte und Ziele der Weiterbewilligung ringen. Es häufen sich die Einzelfälle, in denen der Sozialhilfeträger vorschlägt, eine gesetzliche Betreuung als Alternative zur Pädagogischen Betreuung im eigenen Wohnraum einzurichten. Wohlgedenkt, die gesetzliche Betreuung ist eine Maßnahme, die nachrangig greift.

Wenn ich heute behinderte Menschen oder deren Angehörige frage, was sie mit stationären Hilfen verbinden, dann höre ich nicht: die Gefahr der Fremdbestimmung, die eingeschränkte Privatsphäre, sondern vielmehr Begriffe wie: umfassende, zuverlässige Hilfe, es ist immer jemand da, eine sichere Hilfe auch in der Zukunft. Frage ich nach den Assoziationen zur ambulanten Hil-

fe, dann höre ich nicht vorrangig: die Chance auf ein selbstbestimmtes Leben, ich kann endlich so leben wie alle anderen auch, sondern vielmehr: unzuverlässige, unsichere und reduzierte Hilfe, ich weiß nicht, was morgen ist.

Sind denn die Sorgen der behinderten Menschen und deren Angehörigen berechtigt? Kann es sein, dass in einer Zeit der geplanten Ambulantisierung die Rahmenbedingungen der ambulanten Hilfen diese Kritik verdient haben? Hamburg hat unstrittig ein umfangreich ausgebauten Netz ambulanter Hilfen. Umso auffälliger ist das offensichtliche Misstrauen der behinderten Menschen und deren Angehörigen, die gewohnte Sicherheit stationärer Versorgung zu verlieren.

Der Hamburger Weg

Was genau beinhaltet denn nun der Begriff Ambulantisierung?

Wir verbinden mit dem Begriff die getroffenen Zielvereinbarungen zum Abbau von 30% der stationären Plätze in Hamburg. Hinter dem Begriff Ambulantisierung steht die Planung und Entwicklung der sozialraum-orientierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Ambulantisierung bedeutet aber auch, dass behinderte Menschen genau in ihrem gewünschten Stadtteil in sehr kleinen Wohngemeinschaften leben können. Und natürlich bedeutet Ambulantisierung auch die Alternative, allein, möglicherweise in Nachbarschaft mit anderen behinderten Menschen in der eigenen Wohnung zu leben. Die sozialraumorientierte, ambulant betreute Wohngemeinschaft wird in Hamburg unter Berücksichtigung der individuellen Hilfebedarfsgruppen über Pauschalen finanziert. Der Vorteil dieser Finanzierung ist eine größere Sicherheit für die behinderten Menschen, sich auf eine verbindliche Anwesenheit des Unterstützungspersonals verlassen zu können, ähnlich

wie in den stationären Wohngruppen. Die ambulant betreute Wohngemeinschaft erinnert in ihrer geplanten Organisationsstruktur (Pauschale, Personalpräsenz) an die über einen Tagesatz organisierte stationäre Versorgung. Gleichwohl sind auch bei dieser Form der Unterstützung entscheidende Merkmale einer ambulanten Hilfe vorhanden: der eigene Mietvertrag, die Entkopplung von Miet- und Betreuungsvertrag, die freie Wahl der Anbieter.

Ambulantisierung – eine Exklusivlösung?

Welche Bewohner stationärer Wohngruppen wechseln in die ambulante Versorgung?

Der Einspareffekt für den Kostenträger ist sicherlich bei Menschen der Hilfebedarfsgruppen 1 und 2 am größten. Aber natürlich dürfen wir diesen Prozess nicht auf eine Sonderveranstaltung für besonders selbständige Menschen reduzieren. Alle Menschen, unabhängig von Art und Intensität der Behinderung, haben das Recht, selbstbestimmt in der eigenen Wohnung zu leben (vgl. Dörner 2003).

Wenn heute die Erkenntnis wächst, dass die etablierten ambulanten Hilfen nicht ausreichen, um auch Menschen mit höherem Hilfebedarf zu unterstützen, dann deute ich dies als Aufforderung, über eine Weiterentwicklung der ambulanten Hilfen nachzudenken. Im Zusammenhang mit der Frage, wer darf eigentlich zukünftig ambulant betreut werden, begegnet mir immer wieder das Argument: Wir wollen in den stationären Einrichtungen keine homogenen Gruppen, keine Konzentration von Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf. Gleichwohl müssen wir uns bewusst sein, dass wir Menschen mit geringerem Hilfebedarf nicht instrumentalisieren dürfen, in der Wohngruppe zu bleiben, nur damit wir in den

stationären Wohngruppen weiterhin heterogene Gruppen behalten. Der einzige Weg aus diesem Widerspruch führt über die grundsätzliche Bereitschaft, allen behinderten Menschen die Chance auf eine individuelle Lebensform zu ermöglichen.

Der Aspekt der Freiwilligkeit

Dürfen wir Menschen nahe legen, in die ambulante Versorgung zu wechseln, wenn diese diesen Weg für sich kategorisch ablehnen? Die Freiwilligkeit ist ein wichtiges Prinzip, Menschen nicht gegen ihren Willen mit einer Ambulantisierung zu beglücken. Andererseits dürfen wir als Anbieter auch nicht glauben, Hospitalisierung und erlernte Hilflosigkeit behinderter Menschen in stationären Einrichtungen wären lediglich Relikte aus alten Zeiten totaler Institutionen. Wenn ein Mensch in einem Gesamtplanverfahren mehrfach betont, er möchte seine sozialen Kontakte in der Wohngruppe nicht missen, dann muss ich mich als Anbieter/Heimleiter fragen, was ich dafür getan habe, ihm auch außerhalb der stationären Einrichtung Kontakte zu ermöglichen. Gleiches gilt hier selbstverständlich auch für die ambulante Betreuung. Es ist weder beabsichtigt, noch darf es sein, dass Betreuer zur alleinigen, zur wichtigsten Kontaktperson für behinderte Menschen werden.

Kritische Rahmenbedingungen

Ich habe kurz die Idee der ambulant betreuten Wohngemeinschaft skizziert. In den Zielvereinbarungen der Verbände Diakonisches Werk Hamburg (DW) und Der Paritätische Hamburg (dpwv) und der BSF zur Umsetzung der Ambulantisierung finden sich vor der Nennung der ambulant betreuten WG aber auch die klassischen ambulanten Hilfen. Insbesondere vor dem Hintergrund

der Sorgen Angehöriger und ihrer Kritik an den Rahmenbedingungen der ambulanten Hilfen, möchte ich nun auf folgende Kriterien der Maßnahmen Pädagogischen Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW) und Wohnassistenz der ambulanten Eingliederungshilfe aufmerksam machen.

besonders im Kontext der Ambulantisierung für kontraproduktiv. Im Rechnungshofbericht 2005 finden wir unter der Überschrift: „Ergebnisorientierung der Hilfen“ folgendes Zitat: „In der ‚infoline‘ sind für die PBW – abhängig von den einzel-fallbezogenen Förderbedarfen – einzelne Ziele dargestellt, für die mög-

digkeit eine große Rolle. Aber auch Veränderungen und Einschnitte im Lebensalltag beeinflussen den Entwicklungsverlauf und setzen neue inhaltliche Schwerpunkte.

Ich möchte diesen Aspekt konkretisieren: Es gibt Nutzer der PBW, die in einem Zeitraum von 10 Jahren ihren



Foto: Bianca Streubel

Die PBW als eine lernprozessorientierte Hilfe gibt es bereits seit 1991. Nach dem Jahresbericht 2005 des Rechnungshofs der Freien und Hansestadt Hamburg (a.a.O., 109) hat sich die Anzahl der Hilfeempfänger von 1996 bis 2003 mehr als verdoppelt (von knapp 800 auf 1800). Mit der letzten Veränderung der Globalrichtlinie der PBW (2005) wurde die Hilfe regelhaft auf zwei Jahre begrenzt (vgl. Globalrichtlinien PBW). Die regelhafte Deckelung von Lernprozessen halte ich grundsätzlich und

liche Einzelschritte unter Angabe eines groben Orientierungsrahmens für den jeweils erforderlichen Stundenbedarf aufgezählt werden. Dieser Bedarf ist abhängig von der Art der Behinderung und beträgt – bei Bearbeitung aller Ziele – danach insgesamt 250 Stunden pro Fall.“ (a.a.O., 112). Ein Mensch lernt entsprechend seiner individuellen Biographie und Lerngeschichte ganz unterschiedlich schnell. Möglicherweise spielt die Art und die Schwere einer Behinderung bei der Frage nach der Lerngeschwin-

Hilfebedarf von 12 Std. wöchentlich auf 3 Std. Nachbetreuung reduziert haben. Betrachten wir nur die nackten Zahlen, stellt sich die Frage, 10 Jahre PBW – ist das nicht viel zu lange? Erst wenn wir hinter die Zahlen schauen, erkennen wir, dass ein Leben mehr ist als ein geradliniger und kontinuierlicher Lernprozess. Die Entwicklung der Betreuungsstunden ist von vielfältigen Lebensereignissen abhängig. Der drohende Arbeitsplatzverlust, die schwere Erkrankung eines Familienangehörigen oder die Tatsa-

che, nach langem Suchen eine Freundin gefunden zu haben, führen möglicherweise zu neuen Schwerpunktsetzungen und zu neuen Inhalten der Betreuung. Diese biographischen Brüche sind nicht planbar. Gleichwohl bedeuten sie im Lebensverlauf entscheidende Veränderungen und können zu einem erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf führen.

In dem Empowermentmodell von Herriger (2002), in seiner „Philosophie der Menschenstärken“, finde ich den Arbeitsansatz der PBW wieder. Der Mensch besitzt die Fähigkeit zur Selbstverwirklichung und zur Lebensorganisation. Dazu gehört auch die Akzeptanz und Unterstützung eigenwilliger Lebensentwürfe und der Respekt vor dem eigenen Weg und dem eigenen Tempo. Herriger erkennt eine „personale Ungeduld des Sozialarbeiters“. Besonders da, wo Lebensveränderungen nicht kontinuierlich verlaufen und möglicherweise in Spiralen der Regression münden, erlebe ich heute neben der „personalen Ungeduld“ auch die Ungeduld des Kostenträgers. Der Rechnungshofbericht ist ein Beispiel für diese Ungeduld. Aber die PBW-Anbieter können selbstbewusst auf die Entwicklung und die Erfolge dieser Dienstleistung blicken. Diese individuelle Hilfe stärkt die Ressourcen eines Menschen und reduziert perspektivisch den Unterstützungsbedarf!

Die Chance auf eine individuelle Entwicklung, die Chance immer selbstbestimmter sein Leben zu gestalten, die sollte jeder Mensch unabhängig von der Dauer seiner Unterstützung erhalten.

Selbstverständlich gilt: Behinderte Menschen müssen nicht pädagogisiert werden. Das Grundprinzip dieser Hilfe ist die Freiwilligkeit. Wer diese Hilfe nicht oder nicht mehr will, der muss sie auch nicht in Anspruch

nehmen.

Auch die Rahmenbedingungen der Dienstleistung Wohnassistenten bedürfen einer Überarbeitung. Nach Beendigung des 2-jährigen Modellversuchs wurde die Hilfe statt auf 5 Std. wöchentlich auf 7 Std. begrenzt (vgl. Globalrichtlinie Wohnassistenten). Eine Hilfe, die als Ergänzung aber vor allem als Alternative zur PBW gewährt wird, auf einen derart kleinen Stundenumfang zu begrenzen, eine solche Hilfe macht keinen Mut, sie schreckt eher ab! Wohl gemerkt, es geht um einen Personenkreis, der aus dem stationären Setting kommt. Diese Menschen waren es gewohnt, dass täglich rund um die Uhr Mitarbeiter als Ansprechpartner für sie da waren.

Ein dritter, letzter Aspekt der schwierigen Rahmenbedingungen ambulanter Hilfen ist die regelhaft auf eine Stunde pro Woche reduzierte Betreuung bei einem Krankenhausaufenthalt (vgl. Globalrichtlinie PBW). Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet für alle eine Ausnahmesituation. Insbesondere Menschen, die ängstlich oder verunsichert sind, erleben diese Zeit als eine große Herausforderung und Belastung. Für Menschen in einem stabilen Netzwerk ist möglicherweise gar keine weitere Hilfe erforderlich. Menschen ohne stützende Freunde oder Verwandte sind in dieser Phase auf die Unterstützung der Betreuer angewiesen. Schlechte, unzureichende Rahmenbedingungen ambulanter Hilfen lösen Ängste aus, verunsichern und lassen behinderte Menschen und deren Angehörige zweifeln, ob der Schritt in die eigene Wohnung der richtige ist.

Wohnraum für behinderte Menschen

Ich hatte angenommen, dass Sie gemeinsam mit Ihrem Freund eine Wohnung in Ottensen gefunden haben. Behindertengerechter Wohnraum in Altona, Ottensen, Eimsbüttel,

in den attraktiven Wohngegenden in Hamburg, ist leider nach wie vor Mangelware. Vor allem ist die Frage, ob behinderte Menschen, die lieber zu zweit oder dritt in einer Wohnung leben möchten, einen Vermieter finden, der bereit ist, allen einen Mietvertrag auszustellen? Meine Erfahrung mit Genossenschaften zeigt ein anderes Bild. Es wird von dem Anbieter der Dienstleistung erwartet, den Hauptmietvertrag zu unterschreiben und an die behinderten Menschen unterzuvermieten. Das Risiko des Leerstands liegt dann bei dem Erbringer der Dienstleistung. Da eine Kopplung von Mietvertrag und Betreuungsvertrag konsequenterweise ausgeschlossen ist, wartet an dieser Stelle ein weiteres Risiko für den Anbieter der Dienstleistung. In der ambulant betreuten Wohngemeinschaft einigen sich die Bewohner als Kollektivgemeinschaft auf einen Leistungsanbieter. Dieses Verfahren birgt zumindest das theoretische Risiko, nur noch Vermieter aber nicht mehr Erbringer der Dienstleistung zu sein.

Bedingungen für eine gelungene Ambulantisierung

Wenn der Prozess der Ambulantisierung mehr sein soll als nur ein Sparmodell, dann brauchen wir folgende Rahmenbedingungen:

- Wir brauchen echte Wahlmöglichkeiten der Lebensgestaltung für behinderte Menschen. Wir brauchen individuelle Antworten auf individuelle Bedürfnisse und Bedarfe. Neben der ambulant betreuten Wohngemeinschaft auch Wohn- und Betreuungsangebote in Kleinstwohngemeinschaften.
- Wir brauchen Angehörige, die den Mut zur Veränderung teilen und gleichzeitig keine Angst um ihre behinderten Kinder oder Geschwister haben müssen.
- Wir brauchen Leistungsanbieter, die Mut machen, die informieren und

Perspektiven aufzeigen und jenseits marktwirtschaftlicher Interessen bereit sind, Alternativen zu entwickeln und diese anzubieten.

- Wir brauchen ein ambulantes Hilfesystem, welches die gleiche Sicherheit wie der stationäre Wohnplatz bieten kann. Ambulante Leistungen müssen daher bedarfsgerecht erweitert werden.
- Wir brauchen einen Sozialhilfeträger, der bereit ist, seriöse Alternativen zur stationären Versorgung für alle behinderten Menschen zu finanzieren.
- Wir brauchen eine Öffnung und Verzahnung der beiden Systeme ambulanter und stationärer Hilfen. Es muss doch möglich und damit auch finanzierbar sein, ambulant unterstützte Menschen auch an stationären Leistungen – zum Beispiel dem gemeinsamen Mittagessen – teilhaben zu lassen. Umgekehrt sollte es für den Bewohner einer Wohngruppe möglich sein, an einer Freizeitgruppe eines Stadtteilbüros der ambulanten Dienste teilzunehmen.
- Wir brauchen Mitarbeiter, die die Flexibilität mitbringen, um die notwendigen Hilfen bedarfsgerecht und passgenau zu gestalten.
- Wir brauchen Vermieter, die bereit sind, entsprechenden Wohnraum zu entwickeln, der die Angemessenheit der Aufwendungen pro Person erfüllt (Wohnfläche und Bruttokaltmiete). Gleichzeitig ist Wohnraum für behinderte Menschen aber auch ein gesamtstädtisches Thema. Das Mietausfallrisiko sollte von der Stadt, den Leistungsanbietern und den Vermietern gemeinsam geschultert werden.
- Wir brauchen ein Wohnumfeld, ein Gemeinwesen, in dem behinderte Menschen selbstverständlich dazugehören.
- Wir brauchen Aufgaben im Kontext des Zusammenlebens, die von den behinderten Menschen auszufüllen sind. Behinderte Men-

schen sind nicht nur Hilfeempfänger, sondern auch Hilfeerbringer für das Gemeinwesen. D. h. auch die Arbeit muss stärker als bisher ambulantisiert werden.

Abschließend möchte ich ausdrücklich die Chancen betonen, die mit dem Prozess Ambulantisierung verknüpft sind:

- die eigene Wohnung,
- ein eigener Mietvertrag,
- die Auswahl der Dienstleister,
- mehr Einfluss auf die Gestaltung der Dienstleistung,
- mehr Selbstbestimmung.

Die jahrzehntelange Entwöhnung der Bürgerinnen und Bürger von dem Thema Behinderung und Pflegebedürftigkeit muss ein Ende haben. Wir brauchen keine aussondernen Einrichtungen – weder für behinderte noch für alte und pflegebedürftige Menschen! In dieser spannenden sozialpolitischen Debatte steckt ein großes Potenzial, aus der vermeintlichen Not zum Sparen eine Tugend zu machen.

Literatur

Dörner, Klaus (2003): Auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft. In: impulse Nr. 27, September, S. 26-29

Herriger, N (2002): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart, Berlin, Köln

Bundesministerium Arbeit und Soziales (2005): Material zur Information „Vorhaben Arbeit und Soziales“ www.bmas.bund.de

Globalrichtlinien zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 6 SGB IX, Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum Wohnassistenz

Rechnungshofbericht der Freien und Hansestadt Hamburg Jahresbericht

Zielvereinbarungen zwischen Diakonisches Werk Hamburg (DW), Der Paritätische Hamburg (dpwv) und der Behörde für Soziales und Familie (2006): Über den Beitrag der Mitgliedseinrichtungen des DW und das Paritätischen zur Weiterentwicklung des stationären und ambulanten Hamburger Hilfesystems für behinderte Menschen



Klaus-Peter Judith

Evaluation von Effekten der Ambulantisierung

Dieter Röh und Petra Weber



Foto: Alena Berg

In Hamburg werden zur Zeit 30% der stationären Wohnplätze für Menschen mit Behinderungen in ambulante Wohnformen umgewandelt. Nach einer Vereinbarung zwischen der Behörde für Familie und Soziales und den Einrichtungsträgern soll dieser Prozess bis Ende 2010 weitgehend abgeschlossen sein. Eine automatische Koppelung an das persönliche Budget ist mit der Veränderung des Wohn- und Betreuungsrahmens nicht verbunden.

Der Reformbedarf einer konzeptionellen und strukturellen Umorientierung der Behindertenhilfe ist unbestritten. Allerdings wird diese fachliche Diskussion mit dem Ziel der Erhöhung von Selbstbestimmung behinderter Menschen begleitet von der im gesamten Sozial- und Gesundheitsbereich geforderten Ausschöpfung weiterer Einsparpotenziale.

Demzufolge werden größtmögliche Verwirklichung grundlegender Freiheitsrechte und Förderung selbstbestimmten Handelns im Sinne des Normalisierungsprinzips (Thimm 1990) ebenso in den Fokus der Zielorientierung gestellt wie ein effizienterer Einsatz öffentlicher Mittel. Es geht also darum, die Leitidee einer „stationären Behindertenhilfe“, die im Konsens zwischen Kosten- und Einrichtungsträgern auf- und ausgebaut wurde, nun und in Zukunft zugunsten eines flexiblen, regionalen, nutzerorientierten Dienstleistungsangebotes zu verändern. Diese Umwandlung wird als „Ambulantisierung“ bezeichnet.

Die Fakultät Soziale Arbeit und Pflege begleitet die Umsetzung dieses Vorhaben bei einem Träger (Leben mit Behinderung Hamburg) durch eine prozess- und ergebnisorientierte Evaluation.

Forschungsinteresse

Im Untersuchungszeitraum (Mitte 2006 bis Ende 2008) sollen dabei folgende Fragestellungen beantwortet werden.

- Erleben die NutzerInnen das Ziel der Umwandlung, nämlich ihnen mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und damit letztlich einen Zugewinn an Lebensqualität zu ermöglichen, tatsächlich?
- Verändert sich die Soziale Integration und das Soziale Netzwerk der Betroffenen?
- Welchen Einfluss haben MitarbeiterInnen, Angehörige bzw. gesetzliche BetreuerInnen auf die Entscheidung bzw. Umzugsmotivation?

Alle drei Fragen zusammen ergeben ein gutes Maß für die Frage nach der Lebensqualität (vgl. exempla-

risch: Dworschak 2004) und die diese beeinflussenden Faktoren. Der Begriff der Lebensqualität fokussiert dabei die subjektiv erlebten, lebensweltlichen Erfahrungen der behinderten Menschen, der Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer und der MitarbeiterInnen.

Die Evaluation soll dazu beitragen, Beispiele „guten Gelingens“ für den Umwandlungsprozess der Ambulantisierung zu identifizieren, wobei sich dieses Gelingen eben an der Lebensqualität der Betroffenen bemessen lässt.

Untersuchungsdesign

Um die Leitfrage der Untersuchung beantworten zu können, werden alle Beteiligten zu drei Zeitpunkten befragt nach:

BewohnerInnen:

- personaler Identitätsbildung, die sich in Lebenszufriedenheit und Entscheidungsmöglichkeiten ausdrückt,
- Interaktion, die sich in den zur Verfügung stehenden sozialen Netzwerken zeigt und
- sozialer Integration.

MitarbeiterInnen:

- Qualität der Begleitung des Ambulantisierungsprozesses,
- Einschätzung der Fähigkeiten der BewohnerInnen,
- Einschätzung der „Erfolgsaussichten“ bezüglich der geplanten Veränderungen.

Gesetzliche Betreuer/Angehörige:

- Einschätzung der Fähigkeiten der BewohnerInnen,
- Einschätzung der „Erfolgsaussichten“ bezüglich der geplanten Veränderungen.

Die Erhebungszeiträume sind:

- frühestens sechs Wochen vor dem geplanten Umzug und nach erfolgter Gesamtplankonferenz

(Zeitpunkt t_1),

- spätestens sechs Monate nach dem Umzug (Zeitpunkt t_2),
- ein Jahr nach der veränderten Wohnform (Zeitpunkt t_3).

Die Erhebungsinstrumente (für BewohnerInnen, Angehörige, MitarbeiterInnen und gesetzliche Betreuer) sind teilstandardisierte Fragebögen, wobei bei der Konstruktion dieser Fragebögen zum Teil auf bewährte Instrumente zurückgegriffen wurde. Zusätzlich wird eine Netzwerkanalyse mithilfe der Netzwerkkarte vorgenommen (vgl. Pantucek 2005).

Literatur

Dworschak, W.: Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Theoretische Analyse, empirische Erfassung und grundlegende Aspekte qualitativer Netzwerkanalyse. Bad Heilbrunn/Obb. 2004

Pantucek, P.: Soziale Diagnostik. Wien, Köln, Weimar 2005

Thimm, W.: Das Normalisierungsprinzip - eine Einführung. Bundesverband Lebenshilfe. 4. Auflage, 1990

Pflege und Soziale Arbeit (Behindertenhilfe)

Auf dem Weg zu einem interdisziplinären Wirken

Petra Weber und Anne-Dörte Jahncke-Lattek

Die beiden Berufsgruppen Pflege und Soziale Arbeit stehen sich in manchen Berufsfeldern, in denen es Überschneidungen (z.B. Case Management) gibt, unsicher, erwartungsvoll und skeptisch bis ablehnend gegenüber. Da werden Vorurteile gepflegt, da sind Überheblichkeiten und Komplexe im Spiel, da bestehen aber auch gerechtfertigte Fragen aneinander, für die es bisher kaum Kommunikationsmöglichkeiten gab.

In den folgenden Ausführungen sind einige Gedanken zur Annäherung dieser Berufsgruppen, die sich beide noch auf dem Weg zu ihrer Professionalisierung befinden, erörtert. Wir wollen uns dabei auf die Behindertenhilfe beschränken, weil wir denken, dass dieses Berufsfeld am ehesten Überschneidungen zwischen Pflege und Sozialer Arbeit zeitigt. Bereits jetzt ruft die Behindertenhilfe nach Pflegekonzepten für ältere behinderte Menschen, und Pflege benötigt Konzepte zur Betreuung behinderter Menschen in ihren stationären Einrichtungen der Altenpflege, der ambulanten pflegerischen Versorgung oder im Krankenhaus.

Es werden zunächst die Gemeinsamkeiten bezüglich des Klientels, der Entwicklung zum Beruf bis zur akademischen Qualifizierung und der Arbeitsfelder dargestellt. Daran schließt sich die Skizzierung der trennenden Momente zwischen den beiden Berufsgruppen an. Um die Notwendigkeit der Entwicklung gemeinsamer Strategien zu verdeutlichen, sollen die gesellschaftlichen Anforderungen, die sich in der Behindertenhilfe und Pflege stellen, aufgezeigt werden. Abschließend werden mögliche Effekte einer sinnvollen interdisziplinären Arbeit für beide Berufsgruppen beschrieben.

Gemeinsamkeiten von Pflege und Sozialer Arbeit in der Behindertenhilfe

Zunächst einmal ist bei der Frage der

Beziehung zwischen Sozialer Arbeit und Pflege auffällig, dass die Klientel, mit dem sich beide Bereiche beschäftigen, sich in vielen Arbeitsfeldern sehr ähnelt. In der Behindertenhilfe haben wir es mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen zu tun, also mit denjenigen, die nicht oder nicht mehr in der Lage sind, ihr Leben unabhängig von professioneller Unterstützung zu bewältigen. Bei diesen Menschen sind die Ressourcen des primären sozialen Umfeldes erschöpft und die hier vorhandenen Möglichkeiten entsprechen nicht (mehr) den Unterstützungsbedarfen. Es ist in der Regel die Familie, die zunächst die notwendigen Hilfebedarfe erbringt und die Selbstständigkeit des Betroffenen fördert. Professionelle Unterstützung wird erst dann in Anspruch genommen, wenn sichtbar wird, dass die Potenziale des behinderten oder pflegebedürftigen Menschen nicht hinreichend gefördert werden können oder das soziale Netz auf Grund von Überlastung selbst zusammenzubrechen droht.

Wirft man einen Blick in die Berufsbildungsdiskussion, lässt sich eine weitere Gemeinsamkeit beider Berufsgruppen identifizieren. Hier existiert eine Gruppe von Berufen, die sich unter der Aufgabe der personenbezogenen Dienstleistungen subsumiert. Zu ihnen gehören alle Berufe, die Dienstleistungen immaterieller Art für Einzelne, Personengruppen oder für die Gesellschaft erbringen. Als Tätigkeitsschwerpunkte dieser Berufe werden genannt: Pflegen, Heilen, Erziehen, Beraten, Unterhalten und Informieren. Dass diese Aufgaben alle unter einer Überschrift aufgelistet werden, kann u.E. als Ausdruck einer bis heute wirksamen geschlechtsspezifischen Typisierung von Berufen und hierin enthaltenen Aufgaben gesehen werden. Alle hier gemeinten Berufsgruppen gehören nicht zu denjenigen, die als therapeutische Berufe wie die Medizin oder die Psychologie gelten. Soziale Arbeit

und Pflege sind als „typische“ Frauenberufe mit den entsprechenden geschlechtsspezifischen Stereotypen verbunden. Sie sind historisch in erster Linie Berufe für bürgerliche Frauen gewesen, die sich selbst verwirklichen wollten, womit allerdings keinesfalls auch eine materielle Unabhängigkeit (vom Mann) gemeint war. Erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts wurde die außerhäusliche Arbeit von bürgerlichen Frauen geduldet. Die Bereiche, die ihnen in diesem Zusammenhang zunächst eröffnet wurden, entsprachen den Vorstellungen vom Wesen der Frauen. Zu den Aufgaben gehörten u.a. die Armenfürsorge, die Krankenpflege und die Kinderpflege, die sich mit den Vorstellungen von selbstloser Aufopferung der in diesen Feldern tätigen Frauen für andere verband. Diese Tätigkeiten galten darüber hinaus als Liebestätigkeit im christlichen Sinn. Einer Ausbildung für diese Tätigkeit bedurfte es lange Zeit nicht, da nach bürgerlicher Weiblichkeitsideologie die Fähigkeiten für diese Arbeit Frauen qua Natur mitbrachten.

Eine weitere Gemeinsamkeit bestand noch bis in die 70er-Jahre darin, dass für beide Aufgabenfelder an Fachschulen qualifiziert wurde. Soziale Arbeit wurde in dieser Zeit dann in der BRD an Fachhochschulen (in wenigen Fällen auch an Universitäten) angesiedelt. Fast 20 Jahre länger hat es gedauert, bis sich auch Pflege akademisierte und den Schritt an die Hochschulen gegangen ist. Allerdings sind die ersten Studiengänge überwiegend nicht als primärqualifizierend sondern als Weiterbildungsstudiengänge konzipiert worden, da sie eine Pflegeausbildung als Zugangsvoraussetzung beinhalteten. Erst in den letzten Jahren beginnt eine Entwicklung an Hochschulen, die einen ersten berufsqualifizierenden Bachelor-Abschluss in der Pflege ermöglichen (wie z.B. an der HAW Hamburg).



Foto: Bianca Streube

Es zeigen sich also sehr ähnliche Wurzeln der beiden Berufsgruppen, die bis heute für beide gleichermaßen Wirkung zeigen. Diese besteht in der gesellschaftlichen Anerkennung, der (als gering geschätzten) Qualifikationsbedarfe aber auch in der Bezahlung für diese klientennahe Arbeit.

Trennendes

Hört man die beiden Berufsgruppen, so kann das oben genannte Gemeinsame kaum noch erkannt werden. Gegenseitige Skepsis und Vorurteilsbildung führen dazu, dass man nur das Schlimmste voneinander erwartet. Da werden bedrohliche Szenarien der Sozialen Arbeit für die Behindertenpflege entworfen, wenn deren Klientel nun unter das Büttel der Pflege geraten würde und die Pflege sieht in einer möglichen Integration von psychisch veränderten, pflegebedürftigen Menschen in Behinderteneinrichtungen den Untergang einer Pflegekultur. Da stehen in der

Sozialen Arbeit Altenheime für das Schlagwort der totalen Institutionen und für die Pflege sind Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Bildern des ‚darüber Redens und Nichtstuns‘ verbunden.

Ein etwas gelassener Blick auf die Unterschiede der beiden Berufsgruppen zeigt diese im Hinblick auf die Zielsetzungen der beiden Berufsgruppen. Pflege schaut zur Zeit noch in erster Linie auf das Individuum in seiner körperlichen und geistigen Verfassung und bei Sozialer Arbeit in der Behindertenhilfe fokussiert der Blick mehr auf das Individuum mit seinen sozialen Bedürfnissen. Während Pflegekräfte sich darum bemühen, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen vor Komplikationen (wie z.B. einem Dekubitus) zu schützen und die Bedingungen für ein Leben in Wohlbefinden zu schaffen (auch in der letzten Lebensphase), tragen Sozialarbeiter dafür Sorge, dass behinderte Menschen an gesellschaftlichem Leben teilnehmen kön-

nen, dass sie ebenso Arbeiten gehen, wie an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen können.

Gesellschaftliche Anforderungen

Es sollen hier ausschnitthaft zwei gesellschaftliche Entwicklungen skizziert werden, die sowohl für die Soziale Arbeit als auch für die Pflege Herausforderungen darstellen:

- Der erhöhte und sich weiter erhöhende Bedarf an Pflege. Die mit den Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung verbundene Zunahme älterer und hochbetagter Menschen in unserer Gesellschaft wird dazu führen, dass das bisherige Angebot an berufsmäßiger Pflege nicht mehr ausreicht. Mit dieser veränderten Bevölkerungsstruktur verändert sich auch die Struktur der BewohnerInnen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe. In den Wohngruppen wird es vermehrt auch ältere BewohnerInnen geben, die nicht automatisch auch pflegebedürftig sind, deren Risiko allerdings bezogen auf Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter überproportional wächst. Betrachtet man die Verteilung von Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Altersstufen, wird deutlich, dass mit einer Veränderung der gesamtgesellschaftlichen Altersstruktur ein relativ steigender Pflegebedarf zu verzeichnen ist. Dieser erhöhte Bedarf ist in den Behinderteneinrichtungen bereits zu spüren, so dass auch bei geringeren Geburtenraten nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Bedarf an Einrichtungen der Behindertenhilfe sich drastisch reduzieren wird. Es wird eher zukünftig vermehrt auch hier, ähnlich wie in der stationären pflegerischen Versorgung, zur Zunahme betreuungsintensiverer Fälle kommen.
- Der wirtschaftliche Druck auf die Institutionen der gesundheitlichen

und sozialen Versorgung. Mit der Forderung „stationär vor ambulant“ ist nicht nur die Erbringung von möglichst wohnortnahen und in bisheriges soziales Leben integrierter Hilfeleistungen verbunden, vielmehr sollen die Sozialsysteme so auch ökonomisch entlastet werden. Zunehmend finden daher auch Instrumente der betriebswirtschaftlichen Führung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung Anwendung. In den Einrichtungen entsteht ein ökonomisch begründbarer Handlungs- und Innovationsbedarf. Diese Entwicklungen sind inzwischen auch zunehmend in der Behindertenhilfe zu spüren, in denen eine Legitimation der gesellschaftlich erbrachten und hier genutzten Ressourcen erwartet wird. Sowohl für Pflege, als auch für die Behindertenhilfe ist ein Trend der Veränderung von stationären zu ambulanten Wohnformen spürbar. Oftmals beruhen sie auf veränderten Finanzierungsmodalitäten für die zu erbringenden Leistungen.

Es ergeben sich aus den oben genannten Entwicklungen sowohl für Pflege, als auch für Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe Fragestellungen, die es lohnt, zukünftig interdisziplinär zu betrachten, u.a.:

- Welche gesellschaftspolitischen Zukunftsentwürfe können wir in Anbetracht zunehmenden Bedarfs an personenbezogenen Dienstleistungen auf der einen Seite und abnehmenden Finanzmitteln auf der anderen Seite entwickeln?
- wie können die Grenzen und Potenziale derzeitiger personenbezogener Dienstleistungsangebote beschrieben werden und welche institutionellen und überinstitutionellen Veränderungsbedarfe ergeben sich hieraus?
- Im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung stellt sich die Frage geeigneter Qualitätsmerkmale von Pfl-

ge und Behindertenhilfe. Auch hier wäre eine engere Zusammenarbeit sinnvoll, da es sich bei beiden Bereichen um personenbezogene Dienstleistungen handelt, die mit spezifischen Problemen bezüglich ihrer betriebswirtschaftlich nutzbaren Kennzahlen behaftet ist.

In der Pflege wie in der Behindertenhilfe müssen wir uns an ein anderes Denkschema halten: an die Dynamik, an das Unfertige, an die Entwicklung und ständige Weiterentwicklung der Dienstleistungsangebote und deren Qualität.

Perspektiven

Welche der in diesen Feldern tätigen Profis nun den Anspruch eines ganzheitlichen Ansatzes für sich in Anspruch nehmen können, wird nach diesen Zielbestimmungen in beiden Feldern deutlich. Offensichtlich ist weder die pflegerische Versorgung, die ja in erster Linie auf den einzelnen Menschen schaut, noch die Behindertenhilfe, die den sozialen Aspekt menschlichen Lebens in den Vordergrund ihrer Betrachtung stellt, allein in der Lage den Menschen in all seinen Facetten tatsächlich zu berücksichtigen.

Unseres Erachtens ist keine Profession und auch keine Institution in der Lage diesem Anspruch zu genügen. Nur, wenn sich die Berufe und Organisationen, die zwangsläufig unter ganz spezifischen Perspektiven auf ihr Klientel schauen, in ihren Betrachtungen ergänzen, können wir in Ansätzen aus der Summe dieser Betrachtungen dem Menschen, mit dem wir es im Bereich personenbezogener Dienstleistungen zu tun haben, gerecht werden.

Nach unseren Erfahrungen im Rahmen einer Evaluationsforschung in der Behindertenhilfe ist es durchaus lohnenswert, die zentralen Orientierungen der Sozialen Arbeit in der

Behindertenhilfe auch in der Pflege zu diskutieren und umgekehrt. Wie wenig selbstverständlich in der Pflege Begriffe wie Selbstbestimmung und Normalität sind, erleben wir bei Pflegekräften immer wieder. Ein expertokratisches Selbstverständnis, das von der Überzeugung getragen ist, dass Pflegenden am besten wissen, was für den pflegebedürftigen Menschen gut ist, mit der Vorstellung eines selbstbestimmten Lebens auch bei Unterstützungsbedürftigkeit zu konfrontieren, führt zu durchaus fruchtbaren Überlegungen. Und anders herum: Mitarbeitern der Sozialen Arbeit Einblicke in Wissens- und Erfahrungsbestände der Pflege zu gewähren, kann dazu führen, dass diese mit weniger Scheu pflegerischen Arbeitsinhalten gegenüber stehen.



Petra Weber



Anne-Dörte Jahncke-Lattek

Der außerbegriffliche Dialog

Symmetrische Kommunikation von und mit schwerstbehinderten Menschen (1)

Olaf Wahls

Die Kommunikation gilt als eines der schwierigsten Probleme, wenn es darum geht, ein Leben unter den Bedingungen einer Schwerstbehinderung zu führen. Wie soll ein Mensch in Kontakt treten mit seiner Umwelt, wenn er allem Anschein nach kein Sprachverständnis besitzt und – wie es im Falle von Schwerstbehinderung in der Regel der Fall ist – mit extrem eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten lebt? Als hilfreich hat es sich erwiesen, wenn die Betreuenden – wie der folgende Artikel zeigen möchte – sich zunächst von der inhaltlichen Seite von Kommunikation lösen und versuchen, sich auf ihre „außerbegriffliche“ Seite einzulassen.

Es ist vormittags halb elf in einer Hamburger Tagesförderstätte. Ein Praktikant hat die Aufgabe, bei den Toilettenschränken Schlösser anzubringen. Als er beginnt, die Schlossblenden anzunageln, kommt aus der Toilettenkabine nebenan prompt die Antwort: Einer der Beschäftigten – so werden die schwerstbehinderten Menschen hier genannt – klopft mit der Hand gegen die Wand – im selben Rhythmus wie der Praktikant mit seinem Hammer. Es ist Michael Dreier, genannt Michi (2). Michi ist einer von jenen Beschäftigten, von denen es heißt, dass sie kein „Sprachverständnis“ hätten. Er kann nicht nur nicht sprechen, sondern Sprache allem Anschein nach auch nicht verstehen. Die linke Hand ist der einzige Körperteil, den er bewegen kann. In der Schwerstbehindertenpädagogik gilt die Kommunikation unter den Bedingungen von Schwerstbehinderung als eine der größten Herausforderungen. Diese Herausforderung stellt sich nicht nur auf praktischer Ebene – auf die wir gleich zu sprechen kommen –, sondern auch auf theoretischer: Von den einschlägigen Kommunikationstheorien nämlich würde ein „Gesprächsangebot“, wie es dem Praktikanten begegnet ist, nicht als Kommunikation bezeichnet werden.

Schwerstbehinderte Menschen: kommunikationstheoretisch unverstanden

In den Kommunikationstheorien sowohl von Watzlawick als auch von Habermas ist Kommunikation an eine begriffliche Seite gebunden, an einen Inhalt, der vom Sender an den Empfänger transportiert wird (Habermas 1971, 105, 114; 1973, 286; 1984, 239; Watzlawick et al. 1996, 62f.). Dies gilt für alle drei Äußerungsformen, die Habermas als Kommunikation definiert:

- In der symbolischen Kommunikation wird der Inhalt (das Signifikat) durch ein vereinbartes Zeichen (den Signifikanten) dargestellt. Dies ist z.B. bei gesprochenen Wörtern, bei der Schrift oder bei den Zeichen der Gebärdensprachen der Fall. Watzlawick spricht hier von digitaler Kommunikation.
- Unter paläosymbolischer Kommunikation versteht Habermas Äußerungsformen, die der Mensch bereits zu Beginn seines Lebens anzuwenden imstande ist: u.a. Gestik und Mimik, mit deren Hilfe der Mensch z.B. durch Verziehen des Gesichts zu zeigen vermag, dass ihm das Essen nicht schmeckt. Er kann sich ausdrücken, ohne die entsprechende symbolische Ausdrucksform beherrschen zu müssen. Watzlawick bezeichnet diese Ausdrucksform als analoge Kommunikation.
- Habermas lässt noch eine dritte Äußerungsform als Kommunikation gelten: vegetative Anzeichen wie erhöhte Pulsfrequenz oder Schweiß auf der Stirn, die auf Anspannung oder Fieber hindeuten können. Habermas nennt sie indexikalische Kommunikation (Habermas 1984, 239).

In allen drei Fällen ist Kommunikation an eine inhaltliche, an eine „begriffliche“ Seite gebunden. Mit dieser Definition befindet sich die

Schwerstbehindertenpädagogik in einem Dilemma: Symbolische Kommunikation findet im Falle einer Schwerstbehinderung oft gar nicht statt. Paläosymbolische und indexikalische Äußerungsformen sind häufig mit gravierenden Missverständnissen verbunden und können keine auch nur annähernd symmetrische Kommunikation ermöglichen. Damit gerät Kommunikation mit als schwerstbehinderten bezeichneten Menschen unter einen pathologisch-defizitären Blickwinkel, wenn die Möglichkeit zur Kommunikation mit ihnen nicht ganz und gar bestritten werden muss. Wenn Habermas Kommunikationsformen, die mit paläosymbolischen und indexikalischen Ausdrucksweisen arbeiten, als „Kommunikationspathologie“ abhandelt, so ist das durchaus verständlich. Wie soll Kommunikation mit Menschen vonstatten gehen, die ohne Sprachverständnis und – wie es bei Schwerstbehinderung in der Regel der Fall ist – mit extrem eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten leben? In den entsprechenden pädagogischen Praxisfeldern wird oft – bewusst oder unbewusst – auf das Konzept der „Lesbarkeit“ der vorhandenen Äußerungsformen verwiesen, um den Betroffenen gerecht zu werden (z.B.: Fischer 1985, 524). Der Mensch, der unter den Bedingungen schwerster Behinderung lebt, erscheint hier wie eine Pflanze, und die betreuende Person wie eine sorgsame Gärtnerin, die alle Anzeichen ihrer Schösslinge „liest“ und interpretiert, um sie optimal pflegen zu können. Kommunikation funktioniert hier wie eine Einbahnstraße: Der Betroffene äußert Wünsche, die der Betreuende versteht (oder auch nicht) und ihnen entsprechend folgt (oder auch nicht). Jede Kommunikation, die über eine solch ungleiche Dialogstruktur hinausgeht, scheint – dieses Fazit muss man aus dem Dargelegten ziehen – unter den Bedingungen einer Schwerstbehinderung unmöglich. Besonders dramatisch erscheint diese Situation, wenn man

berücksichtigt, dass mit dieser Einschränkung der Sachebene auch eine Reduzierung der Beziehungsebene einhergeht.

Aus diesem Dilemma lässt sich für die Behindertenpädagogik unerwartet Beistand holen von Seiten der Musikwissenschaft. Der Musiksoziologe Michael Jenne z.B. kritisiert Watzlawick und Habermas, weil sie in ihren Theorien die Musik als Kommunikationssystem ausblenden (Jenne 1977, 16, 56, 66) und sich ausschließlich an „begrifflichen Objekten oder Tatbeständen“ orientieren. Ihre Theorien seien deshalb „bereits im Ansatz verfehlt, wenn sie Anspruch auf Generalisierung im Bereich ‚menschliche Kommunikation‘“ erheben wollen (Jenne 1977, 16). Mit Jenne ließe sich den oben beschriebenen drei „begrifflichen“ Kommunikationsformen eine „außerbegriffliche Kommunikation“ gegenüberstellen – wie beim Klopfdialog von Michi, bei dem sich der Signifikant (das (Klopf-)Zeichen) vom Signifikat (dem Bezeichneten) gelöst hat. Der Signifikant führt im Dialog ein eigenständiges Dasein, ohne Bindung an einen bestimmten Inhalt.

Für Menschen, die unter den Bedingungen einer Schwerstbehinderung leben, müsste dies eine gute Nachricht sein. Denn mit der Musik stünde ihnen demnach ein Kommunikationsmittel zur Verfügung, das unabhängig ist von der inhaltlichen Ebene und dadurch eine auf der Beziehungsebene unbehinderte Kommunikation zulässt.

Äußerungsformen: Klang, Bewegung, Darstellende Kunst

Der Begriff der außerbegrifflichen Kommunikation ist natürlich nicht auf klangliche Kommunikationsformen beschränkt. Er lässt sich ebenso auf zwei andere Medien anwenden: Bewegung und Darstellende Kunst:

- Klangliche Dialoge sind sowohl mit der eigenen Stimme, als auch – wie das Beispiel von Michi zeigt – mit Gegenständen möglich. Dieses Medium ist hier deshalb besonders geeignet, weil schwerstbehinderte Menschen häufig gut bis überdurchschnittlich gut hören, aber nur schlecht sehen können.
- Bei Bewegungs-Dialogen lassen sich alle Bewegungen, die der Körper zulässt, verwenden. Selbst wenn die GesprächspartnerIn nur einen Finger bewegen kann, ist sie in der Lage, sich mit Hilfe der außerbegrifflichen Kommunikation zu unterhalten. Ist die GesprächspartnerIn blind, kann das Medium der Bewegung allerdings nur in Verbindung mit Berührungen verwendet werden.
- Auch das dritte Medium – die Darstellende Kunst – kann der Kommunikation dienen, wenn z.B. der Malende malend auf das eingeht, was die GesprächspartnerIn malt. Natürlich können auch andere Formen der Darstellenden Kunst verwendet werden, etwa Skulpturarbeiten mit Knetmasse.

Mit Hilfe dieser drei Medien lassen sich Dialoge führen, die der begrifflichen Kommunikation formal in nichts nachstehen. Auch hier kann man Aussage und Erwiderung unterscheiden, eine Erörterung abhalten oder ein Streitgespräch mit Zustimmung und Ablehnung führen. Man kann duettieren wie monologisieren, man kann abwarten oder den anderen zu übertönen versuchen. Der Fantasie sind bei der außerbegrifflichen Kommunikation kaum Grenzen gesetzt. Allerdings müssen dabei einige Bedingungen erfüllt sein, die sich in den Schlagworten „allgemeine Symmetrieannahme“, „Zone der nächsten Entwicklung“ und „prekäres Gleichgewicht“ zusammenfassen lassen. Diese drei Bedingungen der außerbegrifflichen Kommunikation sollen im Folgenden erläutert werden.

Nachahmung: Strategie der außerbegrifflichen Kommunikation

Außerbegriffliche Kommunikation lässt sich spontan durchführen, wenn man das Kommunikationsmaterial, das das Gegenüber anbietet, aufgreift, indem man es nachahmt. Nichts anderes geschieht z.B. im frühen Dialog zwischen Säugling und Eltern. 50% der Kommunikation im ersten Lebensjahr bestehen aus gegenseitiger Nachahmung (Stadler-Elmer 2000, 53). Egal, ob das Gegenüber Laute von sich gibt, mit einem Gegenstand Geräusche produziert, Striche auf ein Papier setzt oder sich bewegt – wenn man sich ausschließlich der vom Gegenüber angebotenen Äußerungsformen bedient, ist es möglich, auch bei schwersten Behinderungen in eine symmetrische Kommunikation zu treten. Dann kann man sich der „allgemeine(n) Symmetrieannahme“ annähern, die Habermas als grundlegendes Kriterium seiner „idealen Sprechsituation“ anführt – eine der wichtigsten Voraussetzungen für den „herrschaftsfreien Diskurs“. Habermas zeigt, dass eine Kommunikationsstruktur „dann und nur dann keine Zwänge produziert, wenn für alle möglichen Beteiligten eine symmetrische Verteilung der Chancen, Sprechakte zu wählen und auszuüben, gegeben ist.“ Nur dann kann eine „Gleichheit der Chancen bei der Wahrnehmung von Dialogrollen“ bestehen (Habermas 1971, 137). Die Symmetrie lässt sich herstellen, indem die BetreuerIn gegenüber dem schwerstbehinderten Menschen – ähnlich wie Habermas gegenüber seinen StudentInnen – das faktische Machtgefälle nivelliert und sich in die Äußerungswelt des Gegenübers begibt.

Die „Zone der nächsten Entwicklung“

Eine weitere Bedingung für außerbegriffliche Kommunikation stellt

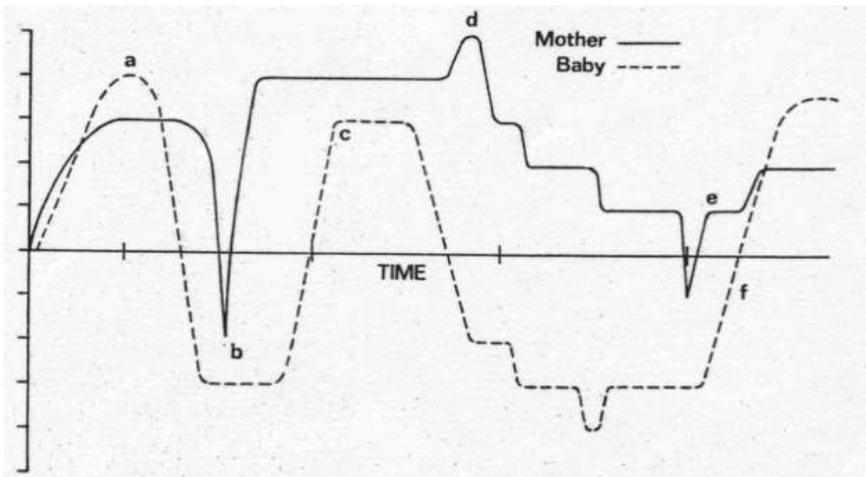


Abb. 1

die „Zone der nächsten Entwicklung“ dar. Dieses Konzept wurde von der sowjetischen kulturhistorischen Schule ausgearbeitet (in erster Linie durch Wygotski) und später – u.a. von VertreterInnen der deutschen Materialistischen Behindertenpädagogik – fortentwickelt. Im Prinzip ist es für jede kommunikative und jede pädagogische Situation relevant. Es handelt sich um jenen Rahmen, bei dem das Gegenüber mit der ‚richtigen

Dosis‘ an Neuem konfrontiert wird: Ist sie zu niedrig, entsteht Langeweile, ist sie zu hoch, Überforderung (Jantzen 2002, 13; Hartmann/Jakobs 1993, 42f.). Wenn bei der außerbegrifflichen Kommunikation die Äußerungen des Gegenübers bei der Nachahmung variiert werden, ist das Ausmaß dieser Variation entscheidend. Ist sie zu stark, wird die Antwort zu einem Monolog, den das Gegenüber nicht mehr als Antwort auf seine Äußerung

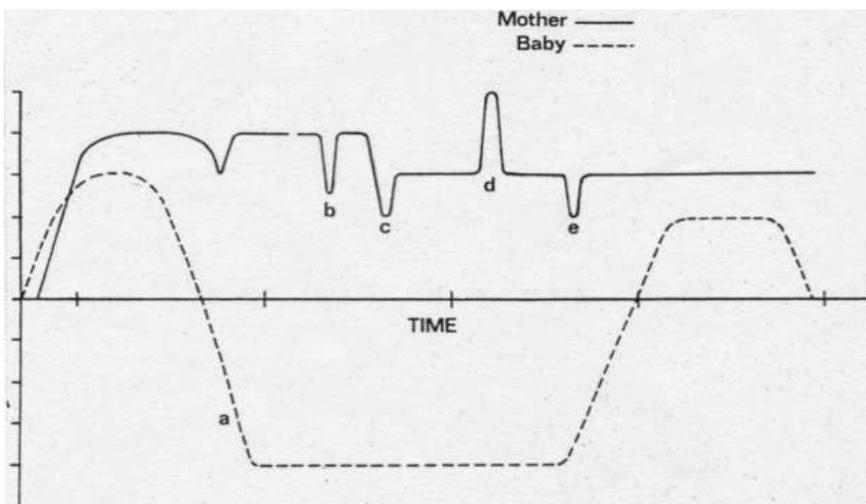


Abb. 2

Abb. 1 & 2: Nicht feinfühlig und feinfühlig Kommunikation zwischen Bezugsperson (hier: Mutter) und Säugling. Die Horizontale kennzeichnet die Zeit (in Sekunden), die Vertikale die Intensität der Zuwendung nach den Indikatoren Stimme, Berührung, Blick und Lächeln (Brazelton et al. 1974, 62f.)

verstehen kann. Dann sollte man zur einfachen Nachahmung zurückkehren.

Außerbegriffliche Kommunikation – ein „prekäres Gleichgewicht“

Die vielleicht wichtigste Bedingung der außerbegrifflichen Kommunikation lässt sich mit Hilfe der Inter-subjektiven Theorie der US-amerikanischen Psychoanalytikerin Jessica Benjamin als „prekäres Gleichgewicht“ beschreiben. Benjamin entwickelt diese Theorie anhand von minutiösen Bild-für-Bild-Analysen gefilmter Dialoge zwischen Eltern und Säugling, wendet sie dann aber auf jede Form von zwischenmenschlicher Beziehung an (Benjamin 1993, 30f.). Geht es bei der „Zone der nächsten Entwicklung“ darum, das richtige Maß an Neuem und Bekanntem zu wählen, so geht es hier darum, immer wieder die richtige Mischung aus Nähe und Distanz herzustellen. Die Bild-für-Bild-Analyse zeigt, dass die KommunikationspartnerInnen oftmals die Zu- und Abwendungstendenzen des Gegenübers nicht wahrnehmen. Im ersten Fall entsteht Vernachlässigung, im anderen Überstimulation. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen zur Veranschaulichung zwei nur wenige Sekunden dauernde Dialog-Ausschnitte zwischen Bezugsperson (hier einer Mutter) und einem Säugling mit unterschiedlich ausgeprägter Feinfühligkeit seitens der Bezugsperson. Bei Abbildung 1 ist die Feinfühligkeit groß: Die Mutter reagiert auf den Rückzug des Kindes (a) mit einer Verzögerung von ca. 0,3 Sekunden ebenfalls mit Rückzug (b). Als sie sich gleich darauf dem Kind wieder zuwendet, folgt es ihr, usw.. In Abbildung 2 ist die Feinfühligkeit der Bezugsperson gering: Als das Kind sich abwendet (a), reduziert die Mutter kaum ihre Zuwendung, während das Kind zunächst in der Rückzugshaltung verharrt. Diese Beziehung ist von Über-

stimulation geprägt. Charakteristisch für eine solche Verhaltensauffälligkeit von Bezugspersonen ist, dass die Handlungen rasch, in häufigem Wechsel und ohne Pausen für Entgegnungen des Gegenübers erfolgen. Solche Bezugspersonen neigen dazu, ein Wegschauen ihres Gegenübers „als Langeweile zu verkennen, und beantworten es mit umso intensiverer Stimulation. Selbstunsichere Eltern (...) fühlen sich durch Blickabwendung vom Baby abgelehnt und unter Druck gesetzt, noch mehr anzubieten, um die Aufmerksamkeit des Babys zu gewinnen“ (Papousek 2003, 188).

Die beiden Beispiele verdeutlichen, wie leicht das „prekäre Gleichgewicht“ bei der außerbegrifflichen Kommunikation zusammenbrechen kann. Besonders fatal für die psychische Entwicklung ist es, wenn auf Grund solcher Verhaltensauffälligkeiten der Bezugspersonen das „prekäre Gleichgewicht“ nie oder nur selten zustande kommt. Am Beispiel der Kommunikation zwischen Eltern und Säugling ist dies in vielfältiger Weise untersucht worden (Benjamin 1993, 222f.; Spitz 1976, 70). Menschen, die unter den Bedingungen einer Schwerstbehinderung leben, sind dieser Gefahr in besonders hohem Maße ausgesetzt.

Die Schwierigkeiten, die auftreten können, zeigen deutlich, wie sehr Eltern, BetreuerInnen und TherapeutInnen bei der Kommunikation mit schwerstbehinderten Menschen ihrer angeborenen oder erworbenen „Intuition“ misstrauen müssen. Sie müssen die eigenen Gewissheiten immer wieder in Zweifel ziehen – ohne dabei handlungsunfähig zu werden. Ein solches „divergentes Denken“, eine „für diese Arbeit notwendige alltägliche forschende Beweglichkeit“ fordert Rödler als Grundhaltung für alle Beteiligten (Rödler 2000, 99f.).

Das „Ziehlophon“

Wie wir gesehen haben, geht es bei der außerbegrifflichen Kommunikation darum, sich zunächst derselben Äußerungsformen zu bedienen wie das Gegenüber – auch wenn sie bei einer Schwerstbehinderung noch so reduziert sind. Allerdings lässt sich die Variationsbreite oft mit Hilfe von Technik erweitern. Ein Beispiel hierfür bilden die einfachen Geräte der Unterstützten Kommunikation. Bei einem sogenannten „BigMac“ lässt sich z.B. mit Hilfe eines einfachen Tastendrucks ein zuvor aufgenommener Text abspielen („Hallo, da bin ich wieder!“) oder auch ein elektronisches Plüschtier in Bewegung setzen. Allerdings bieten diese Äußerungsformen in der Regel wenig Ansatzpunkte für eine symmetrische Kommunikation. Keine der oben angeführten Kommunikationsbedingungen kann hier umgesetzt werden. Weitaus mehr Spielraum würde es ermöglichen, wenn das Gegenüber in die Lage versetzt werden könnte, z.B. ein Musikinstrument zu betätigen, auf das man dann entsprechend antworten kann. Hierbei steht man allerdings gerade unter den Bedingungen einer Schwerstbehinderung vor anscheinend unüberwindlichen Hindernissen. Denn eine Schwerstbehinderung bringt es mit sich, dass – wie im häufigsten Fall der Tetraplegie – sämtliche Gliedmaße auf eine Weise spastisch gelähmt sind, dass kaum gezielte Bewegungen möglich sind – weder das Herunterdrücken einer Klaviertaste, noch das Betätigen eines Trommelschlegels.

Bei einem Projekt in einer „MF-Klasse“ – dies sind besondere Klassen für schwerstbehinderte SchülerInnen innerhalb der Hamburger Sonderschulen – haben wir die Möglichkeiten ausgelotet, die im Rahmen der außerbegrifflichen Kommunikation zu realisieren sind. Hierbei haben wir uns auf den klanglichen Dialog konzentriert. Grundsätzlich sind wir dabei

von den individuellen Bewegungsmöglichkeiten des einzelnen Kindes oder Jugendlichen ausgegangen. Bei dieser Vorgehensweise stießen wir z.B. auf die Möglichkeit, mittels einer Ziehvorrichtung ein Xylophon zum Klingen zu bringen: Die SpielerIn hält einen Faden in der Hand, an dessen anderem Ende eine Kugel befestigt ist. Der Faden läuft über ein Gestell, unter dem ein schräggestelltes Xylophon steht. Zieht die SpielerIn an dem Faden, so läuft die Kugel auf dem Xylophon auf und ab und erzeugt recht virtuose Klangfolgen (vgl. Abb. 3). Ein Name für dieses Instrument drängte sich förmlich auf: Wir haben es „Ziehlophon“ genannt. Die Konstruktion hat mehrere Vorteile: Zum einen kann die Musik sich hören lassen. Selbst ein virtuoser Vibraphonist wird Mühe haben, die Klangkaskaden, die die SpielerInnen erzeugen, nachzuspielen, und die SchülerInnen ernteten bei ihren Aufführungen ungewohnten Beifall. Zum anderen ist das Instrument in einem gewissen Ausmaß variabel: Je nach der Art des Ziehens verändert sich der Stil der Musik – der Rhythmus, die Geschwindigkeit, die Tonfolge. Das Ziehlophon kann auch bei extremen Bewegungseinschränkungen gespielt werden. Natürlich lassen sich auch andere Instrumente unter dem Gestell anbringen: Denkbar wären z.B. eine „Ziehtrommel“ oder eine „Ziehkantele“.

Allerdings kam es uns bei dem Projekt nicht darauf an, den Betroffenen das Musizieren zu ermöglichen. Es ging einzig darum, ihnen eine Äußerungsmöglichkeit an die Hand zu geben, auf die eine andere Person antworten kann. Ziel war nicht die Musik, sondern die Kommunikation. So steht das betreuende Gegenüber also vor der Aufgabe, eine Möglichkeit zu finden, auf die Klänge der Betroffenen zu antworten. Hier bietet sich z.B. eine Gitarre an, mit der man die Klangfolgen der anderen SpielerIn versuchen kann nachzuspielen

und zu variieren. Kenntnisse im Gitarrenspiel sind hier – wie wir als musikalische Laien im Projekt erfahren haben – nicht vonnöten. Wir haben die passenden Töne, um sie schneller finden zu können, einfach mit kleinen Klebepunkten am Gitarrensteg markiert.

Diese Ziehkonstruktion ist nur ein Beispiel. Vermutlich gibt es hunderte andere Möglichkeiten. Entscheidend ist allein, ob die oben skizzierten Kommunikationsstrategien angewendet werden können, ob es also zu einer symmetrischen Kommunikation in Sinne von Habermas kommen kann. Nur damit steht und fällt der Erfolg eines solchen Projektes.

Möglichkeiten der Integration

Die klangliche Kommunikation mit schwerstbehinderten SchülerInnen lässt sich mühelos in den Musikunterricht einer Regelklasse integrieren. Möglich sind z.B. Übungen in freier Improvisation. Die integrierten SchülerInnen können dabei die Vorgaben liefern, auf die die anderen SchülerInnen dialogisch antworten müssen. Ebenso ist es möglich, im nichtinstitutionellen Rahmen Menschen zu finden, die Lust haben, mit den Betroffenen Musik zu machen. Denkbar wäre auch, zu einem Schulkonzert improvisationserfahrene Profis einzuladen – Jazzmusiker z.B. – die die Aufgabe erhalten, zu den Vorgaben der SpielerInnen instrumentell oder mit Gesang zu improvisieren. Man kann sogar Straßenmusik in Erwägung ziehen. Hier muss allerdings darauf geachtet werden, dass dies zu einem Vorführen der Musik und nicht zu einem Vorführen der Behinderung wird. Beginnen könnte man mit kleinen Konzerten in ‚vertrauter‘ Umgebung – z.B. auf den Märkten des Trägers „Leben mit Behinderung“ oder der Evangelischen Stiftung Alsterdorf (beide Hamburg).

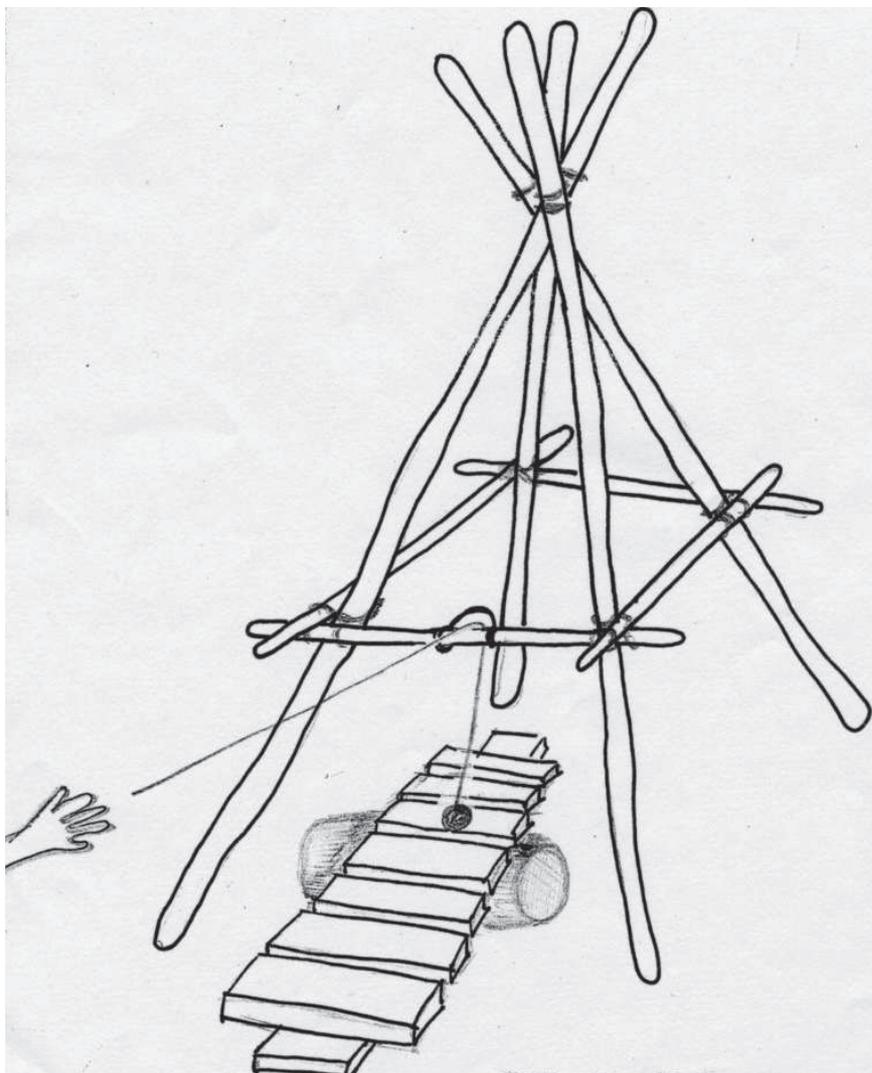


Abb. 3: Konstruktionsskizze eines „Ziehlophons“. Hier ist selbst bei extremen Bewegungseinschränkungen virtuoses Musizieren möglich. An den anderen Seiten des Gerüsts können andere Instrumente (Kantele, Trommel, u.a.) angebracht werden.

Das zunehmende Interesse an außerbegrifflicher Kommunikation ist ein Indiz dafür, dass sich in der Behindertenpädagogik zur Zeit – wie Klaus Sarimski es formuliert – ein „Paradigmen-Wechsel von übenden zu beziehungsorientierten Ansätzen“ anbahnt (Sarimski 2003, 221f., 215). In eine ähnliche Richtung weist, dass der Einsatz von Unterstützter Kommunikation bei Schwerstbehinderung mehr und mehr auf dem Prüfstand steht und ihr „(verfrühter) Einsatz (...) kritisch diskutiert“ wird (Hennig-Mou-

hate 2005, 85, 90). Eine zu frühe und zu einseitige Anbahnung der symbolischen Kommunikation mit Hilfe der Unterstützten Kommunikation kann – so steht zu befürchten – die Entwicklung des symbolischen Sprachverständnisses gewissermaßen durch die Hintertür behindern.

Unter den beschriebenen Bedingungen erfüllt außerbegriffliche Kommunikation alle Bedingungen jenes „gemeinsamen Bedeutungsraumes“, den Kai-Uwe Schablon als unhinter-

gehbare Grundlage jeder Kommunikation – also auch unter den Bedingungen einer Schwerstbehinderung – definiert hat (Schablon 1996, 22f., 56). Denn die von Schablon eingeforderte „Bedeutung“, die das Kommunikationsthema für beide Seiten haben muss, ist – so meine These – nicht auf begriffliche Kommunikation beschränkt, sondern lässt sich ebenso außerbegrifflich realisieren.

Von wissenschaftlicher Seite aus dürfte es hilfreich sein, weiter an einer Theorie der außerbegrifflichen

Kommunikation zu arbeiten oder die bestehende Kommunikationstheorie so zu erweitern, dass sie den außerbegrifflichen Dialog impliziert. Von Seiten der Praxis aus ist es sicherlich sinnvoll, die Möglichkeiten außerbegrifflicher Kommunikation weiter auszuloten. Es muss nicht immer gleich ein ganzes Projekt sein. Ein außerbegrifflicher Dialog lässt sich auch als Tür-und-Angel-Gespräch führen. So wie Michi es macht, wenn er – wie eingangs beschrieben – den Praktikanten seiner Tagesstätte in ein Gespräch verwickelt.



Foto: Philipp Riedel

Anmerkungen

(1) Der Artikel beruht auf der Diplomarbeit „Gespräche ohne Sprache. Eine Konzeptentwicklung mit Menschen ohne Sprachverständnis am Beispiel des musikalischen Dialogs“ (Hamburg, HAW, 2006)

(2) Der Name ist geändert.

Literatur

Benjamin, Jessica (1990): Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht, Frankfurt/Main

Brazelton, T. Berry / Koslowski, Barbara / Main, Mary (1974): The Origins of Reciprocity: The Early Mother-Infant-Interaktion. In: Lewis, Michael / Rosenblum, Leonard A.: The Effect of the Infant on its caregiver. New York, London, Sydney, Toronto

Fischer, Eberhard (1985): Ansätze und Tendenzen in der pädagogischen Förderung schwer Geistigbehinderter in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 7/1985, S. 510-524

Habermas, Jürgen (1971): Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: ders. / Luhmann, Niklas: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – was leistet die Systemforschung?, Frankfurt/M., S. 101-141

Habermas, Jürgen (1973): Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. In: ders.: Kultur und Kritik. Verstreute Aufsätze. Frankfurt/M., S. 264-301

Habermas, Jürgen (1984): Überlegungen zur Kommunikationspathologie (verfasst: 1974). In: ders.: Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt/M.

Hartmann, Hellmut / Jakobs, Günter (1993): Das „Dialogische Prinzip“ bei der Behandlung von Aggression, Autoaggression und Autismus. In: Hennicke, Klaus / Rotthaus, Wilhelm (Hg.): Psychotherapie und geistige Behinderung. Dortmund, S. 36-50

Hennig-Mouihate, Birgit (2005): Resonanz und Kontingenz als Ele-

mente früher Dialogerfahrungen und deren Relevanz für die Arbeit mit schwerstbehinderten Kindern. In: Boenisch, Jens / Otto, Karin: Leben im Dialog. Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne. Karlsruhe, S. 77-94

Jantzen, Wolfgang (2002): Materialistische Behindertenpädagogik als basale und allgemeine Pädagogik. In: Bernard, A. / Krämer, A. / Riess, F. (Hg.): Kritische Erziehungswissenschaften und Bildungsreform. Programmatik – Brüche – Neuansätze. Bd. 1: Theoretische Grundlagen und Widersprüche. Hoheneggelsen, S. 104-125

Jenne, Michael (1977): Musik – Kommunikation – Ideologie. Ein Beitrag zur Kritik der Musikpädagogik. Hamburg

Papousek, Mechthild (2003): Gefährdungen des Spiels in der frühen Kindheit: Klinische Beobachtungen, Entstehungsbedingungen und präventive Hilfen. In: dies. / Gontard, Alexander v. (Hg.): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. Stuttgart, S. 174-214

Praschak, Wolfgang (1993): Kooperative Pädagogik Schwerstbehinderter. In: Arbeitskreis Kooperative Pädagogik e.V. (Hg.): Kooperative Pädagogik schwerstbehinderter Menschen. Frankfurt/M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien

Rödler, Peter (2000): Die Theorie des Sprachraums als methodische Grundlage der Arbeit mit „schwerstbeeinträchtigten“ Menschen. In: Es gibt keinen Rest! Basale Pädagogik für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen. Neuwied, Kristel, Berlin

Sarimski, Klaus (2003): Entwicklungsbeurteilung und Förderung im Spiel mit geistig behinderten Kleinkindern. In: Papousek, Mechthild / Gontard, Alexander v. (Hg.): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. Stuttgart, S. 215-236

Schablon, Kai-Uwe (1996): Dialog und gemeinsamer Bedeutungsraum. Ein Didaktisches Material für die

Ausbildung www.erzwiss.uni-hamburg.de/inst05/abs/Artikel/Bedeutungsraum

Stadler Elmer, Stefanie (2000): Über die Entwicklung der elementaren musikalischen Aktivitäten. Aarau
Watzlawick, Paul / Beavin, Janet H. / Jackson, Don D. (1996): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, 9. Aufl.
Zollinger, Barbara (1987): Sprachenerwerbsstörungen. Grundlagen zur Früherkennung und Frühtherapie. Bern, Stuttgart



Olaf Wahls

Perspektivwechsel gefordert – Neue Impulse für die Gesellschaft

Alsterdorfer Sozial-Kongress „Community Living“

Wolfram Scharenberg und Theodorus Maas

Eine Neuorientierung sozialer Leistungen, die Abkehr von entmündigender Unterstützung durch Staat und Institutionen und ein grundlegender Perspektivwechsel hin zu neu orientiertem bürgerschaftlichem Engagement. Das sind wesentliche Ergebnisse, die im Rahmen des Alsterdorfer Fachkongresses „Community Living“ erarbeitet wurden. Damit erbrachte der Hamburger Sozialkongress, zu dem die Evangelischen Stiftung Alsterdorf und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie gemeinsam eingeladen hatten, auch vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte über eine neue Unterschicht entscheidende Impulse für eine Neuorientierung der Sozialpolitik.

Der Kongress „Community Living“ fand vom 18. – 20. Oktober mit mehr als 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus der ganzen Bundesrepublik

in Hamburg statt. Erstmals hatte mit der Evangelischen Stiftung Alsterdorf ein großer Träger der Behindertenhilfe gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie einen solchen Fachkongress ausgerichtet, um Wege zu selbstbestimmtem Leben von Menschen mit Unterstützungsbedarf in gesellschaftlichen Bezügen zu suchen und gelungene Projekte aufzuzeigen. Voraussetzung für ein Gelingen von „Community Living“ – dem Leben in der Gemeinschaft – ist die Abkehr von traditionellen Heim- und Anstaltsstrukturen.

Wegweisende Signale gingen von dem Hamburger Kongress auch für soziale Arbeitsfelder außerhalb der Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe aus. So zog sich die Forderung nach einer Neuorientierung der Sozialpolitik durch zahlreiche Veranstaltungen. Anstelle von materiellen Transferlei-

stungen, die die deutsche Sozialhilfe jahrzehntelang geprägt hat, müsse eine Unterstützung zu gesellschaftlicher Teilhabe treten, so eine der Forderungen. Der Berliner Historiker Paul Nolte postulierte in seinem Vortrag „Das Ende der fürsorglichen Vernachlässigung“. Er forderte eine neue „Teilhabe-Gerechtigkeit“ in der Gesellschaft ein, die in den staatlichen Unterstützungsleistungen beispielsweise einen Schwerpunkt auf Bildung und innergesellschaftliche Netzwerke anstelle von Ausgleichszahlungen an einzelne setze. An die Stelle einer konsumptiven Sozialpolitik, so Nolte, müsse in Zukunft verstärkt eine investive Sozialpolitik treten.

Die Leiterin des Studiengangs „Inclusive Education“ an der Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Anne-Dore Stein, zeigte einen Grundwi-



Foto: Wolfgang Westphal

derspruch auf, den das Konzept Community Living in sich berge. In einer exkludierenden Gesellschaft postuliere das Konzept das Ziel, eine inklusive Gesellschaft herzustellen. Stein warnte vor der Idealisierung des Gemeinwesens und kritisierte eine häufig in Fachkreisen zu beobachtende „Ausblendungsakrobatik“. Mit ihr werde in der professionellen Diskussion all zu oft das Auseinanderdriften von ökonomischer Entwicklung und sozialer Integration verdrängt. Das jedoch widerspreche dem Ziel selber nicht. Vielmehr, so die Darmstädter Professorin, müsse dieser Widerstreit erkannt und akzeptiert werden. Damit werde die radikale Dimension der Bewegung Community Living deutlich, die eine umfassende Gegenbewegung zur bestehenden gesellschaftlichen Struktur bedeute.

Der Psychiater und Sozialkritiker Klaus Dörner beschrieb Wege aus dem Dilemma. Er betonte die Notwendigkeit, sich künftig mit professioneller Sozialarbeit verstärkt um die Fortentwicklung des Gemeinwesens zu kümmern. Menschen ohne Behinderung oder andere offensichtliche Beeinträchtigung, so Dörners These, brauchten in Zukunft eher die Leistungen sozialer ‚Profis‘ als, wie bisher, Vertreter von Randgruppen wie Behinderte oder Psychisch Kranke. „Die Umzingelung von Menschen mit Unterstützungsbedarf durch professionelle Helfer muss aufgebrochen werden“, so der streitbare Kritiker sozialer Systeme. An dieser Stelle sei ein „kalkulierter Rückzug der sozialen Profis“ angebracht, um andererseits neue Zusammenhänge im Gemeinwesen zu stärken. „Kommunale Dienste sind für alle da, für Menschen mit und ohne Unterstützungsbedarf“. Der Erfolg, so Dörner, liege auf der Hand: Eine größere Akzeptanz und ein besser gelingendes Zusammenwirken aller Kräfte in der Gesellschaft.

Als einen weiteren Aspekt in diesem Zusammenhang machte die Tagung die Notwendigkeit neuer Formen bürgerschaftlichen Engagements deutlich. Klassische Ehrenamtlichkeit, die in vielen sozialen Einrichtungen Tradition hat, reicht künftig nicht mehr aus, wenn größere Einbindung und Teilhabe von schwächeren Gliedern der Gesellschaft wie Alten, Chronisch Kranken, Behinderten, aber auch Migrantinnen oder Obdachlosen erreicht werden soll.

Vorgelegt wurden beispielsweise Modelle von Bürgerhelfern, die gegen Aufwandsentschädigung wichtige Aufgaben zur Einbindung von Menschen ins Gemeinschaftsgefüge übernehmen. So gelang in Unterfranken die Auflösung eines psychiatrischen Heimes; die ehemaligen Bewohner etablierten sich mithilfe nicht professioneller Bürgerhelfer in Dörfern und Kleinstädten. Dafür wurde ein Teil des staatlich zugestandenen Budgets für Fachkräfte zugunsten der Aufwandsentschädigungen umgewidmet.

Einigkeit herrschte auf dem Alsterdorfer Kongress, dass eine Sozialpolitik der Ausgrenzung und Ghettoisierung aus sozialen wie auch aus ökonomischen Gründen der Vergangenheit angehöre. Die Chance der Zukunft, so der Historiker Paul Nolte, liege in einer Stärkung der Community – des Gemeinwesens. Einhergehen müsse eine künftige Sozialpolitik mit der Unterstützung horizontaler Vernetzungen und Bindungen in der Gesellschaft.

Die Notwendigkeit solcher künftigen Vernetzungen unterstrich auch Klaus-Peter Löhr vom Institut für Urbanistik in Berlin. Er kritisierte die „Versäulung“ der Professionen in der Soziallandschaft, aber auch von Politik und Verwaltung. Löhr rief die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kongresses auf, über den eigenen Tellerrand zu schauen, sich zu ver-

netzen und so effektiver Einfluss auf das Planungsgeschehen in den Kommunen zu nehmen.

In seinem Schlusswort kündigte der Vorstand der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, Wolfgang Kraft, eine Fortsetzung der öffentlichen Diskussion an. Für eines der kommenden Jahre stellte er einen Folgekongress der Alsterdorfer Veranstaltung in Aussicht. Im Mittelpunkt dann: „Community Building“ – die Ausgestaltung von Stadtquartieren und Gemeinwesen.

Autonom Leben e.V.

Gerlef Gleiss

Wer sind wir?

Autonom Leben ist ein Verein von unterschiedlich behinderten und unbehinderten Menschen. Seit 1984 setzen wir uns dafür ein, dass alle behinderten Menschen selbstbestimmt und in Würde leben können. In allen Bereichen des Lebens ermutigen und unterstützen wir behinderte Menschen, selbst aktiv zu werden und selbstbestimmt für ihre Belange einzutreten. Behinderte Menschen sind selbst die besten „Experten“ für die Belange behinderter Menschen. Wir brauchen ausreichend geeignete Hilfsmittel und bedarfsgerechte Assistenz, aber nur in seltenen Fällen „Behinderten- oder Sonderpädagogen“ oder ähnliche selbsternannte Behindertenexperten, die immer nur „unser Bestes wollen“. Unser Bestes behalten wir lieber für uns.

Was machen wir?

Autonom Leben kämpft mit Aktionen, Demonstrationen und anderen Mitteln der öffentlichen Aufklärung, aber auch durch die Zusammenarbeit mit anderen Behindertenorganisationen gegen alle Formen von Ausgrenzung und Diskriminierung behinderter Menschen und gegen alte und neue Behindertenfeindlichkeit. Wir kämpfen insbesondere gegen die zunehmende Selektion nach Nützlichkeit durch „Bioethik“, durch Kosten-Nutzen-Rechnungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik und als Folge der vorgeburtlichen Diagnostik und anderen medizinischen „Fortschritts“.

Wir wehren uns gegen die alltägliche Aussonderung, den Notstand bei der ambulanten und stationären Hilfe, die menschenunwürdigen Bedingungen in Heimen oder Werkstätten für Behinderte oder gegen die sich massiv verstärkenden Sparmaßnahmen bei der sozialen und Gesundheitsversorgung. Wir lehnen Sondereinrichtungen ab und setzen uns für Barrierefreiheit und volle Teil-

habemöglichkeiten in allen sozialen Bereichen ein.

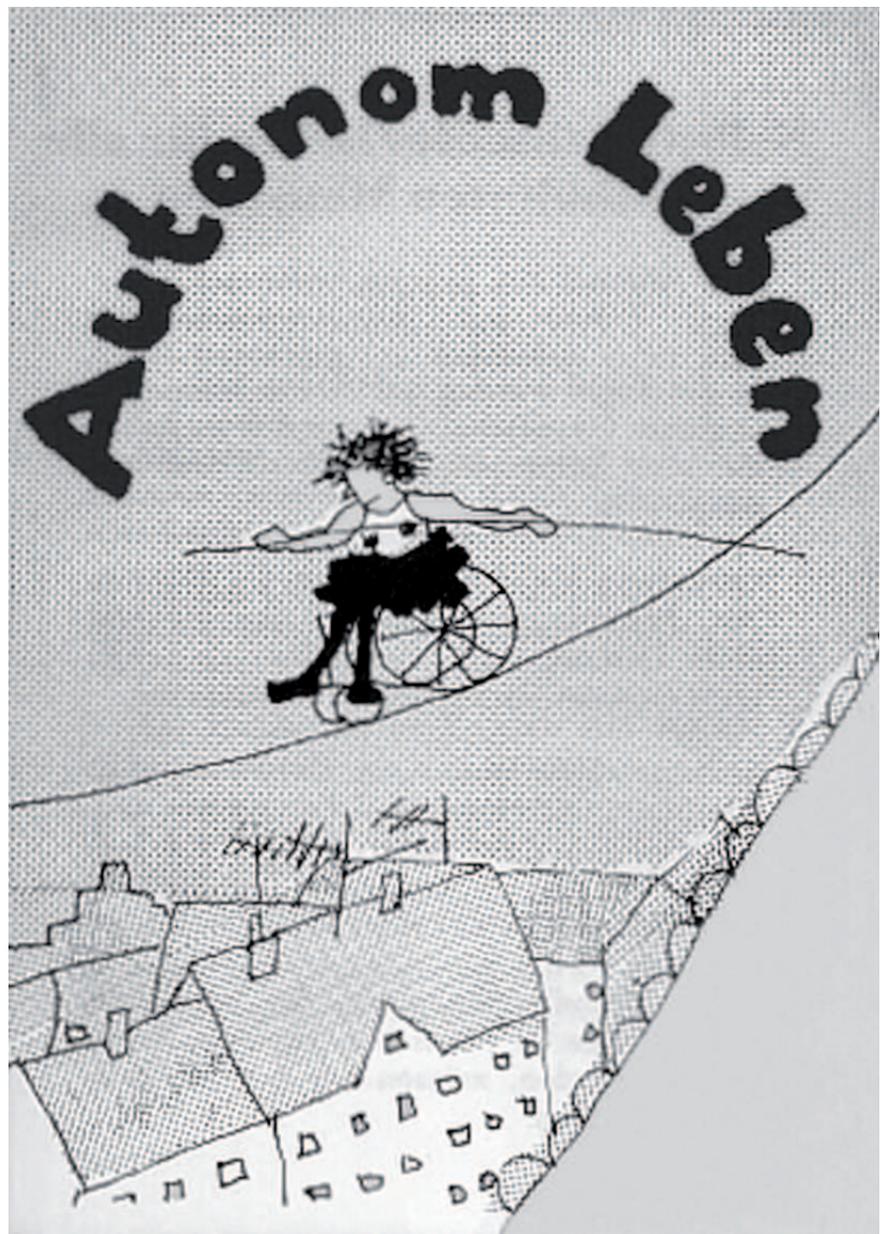
Unsere Beratungsstelle

Autonom Leben betreibt seit 1987 die Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung. Die besondere Qualität der Beratungsstelle liegt darin, dass im Team ausschließlich Menschen mit Behinderung arbeiten. In Hamburg ist dieses Angebot von niedrigschwelliger Betroffenenberatung einmalig. In der Beratungsstelle

bekommen behinderte Menschen, deren Angehörige und FreundInnen Beratung in allen Fragen, die das Leben mit einer Behinderung betreffen, als Hilfe zur Selbsthilfe.

Das Beratungsangebot umfasst einfache Auskünfte, Tipps, Beratung in rechtlichen Fragen, psychosoziale Beratung, Begleitung zu Behörden und Ärzten oder einmalige oder regelmäßige Hausbesuche.

Ein Schwerpunkt liegt in der Bera-



tung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Diese beinhaltet individuelle Beratung zu allen Fragen, die die besondere Situation als Mädchen oder Frau mit Behinderung aufwerfen.

Dieser Schwerpunkt beinhaltet auch Maßnahmen gegen sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung in Form von Beratung, Unterstützung, Fortbildungen oder unregelmäßigen Wochenendkursen zur Selbstbehauptung und Selbstverteidigung.

Zusammenarbeit

In diesem Jahr hat Autonom Leben mit Unterstützung der Aktion Mensch ein gemeinsames Projekt mit behinderten Menschen aus Wolgograd gestartet. Wir wollen damit dazu beitragen, dass sich die Ideen des selbstbestimmten Lebens behinderter Menschen auch in anderen Teilen der Welt durchsetzen und dass wir gegenseitig durch unsere unterschiedlichen Erfahrungen lernen können.

Mehr Infos und Kontakt

Autonom Leben hat eine barrierefreie Homepage mit vielen Informationen.

Die Räume in der Langenfelder Straße haben sich im Laufe der Zeit zu einem politischen Treffpunkt für Menschen mit Behinderung und deren FreundInnen entwickelt. Diese barrierefrei zugänglichen Räume können für Veranstaltungen angemietet werden.

Wir brauchen immer neue MitstreiterInnen oder UnterstützerInnen. PWER uns kennen lernen möchte, kann unseren Stammtisch besuchen:

Autonom Leben – Stammtisch an jedem dritten Mittwoch im Monat, ab 19.00 Uhr, im Palé, Sternstraße 2, Nähe U-Bahn Feldstraße

Autonom Leben e. V.
Langenfelder Str. 35, 22769 Hamburg
Tel.: 040 / 432 90-148 oder -149,
Fax: 040 / 432 90-147
Email: mail@autonomleben.de
Homepage: www.autonomleben.de
Am besten erreichbar: Montag: 9-15 Uhr; Donnerstag 9-19 Uhr; sonst nach Vereinbarung
AnsprechpartnerInnen:
Sabine Schulze, Gerlef Gleiss, Heike Lennartz

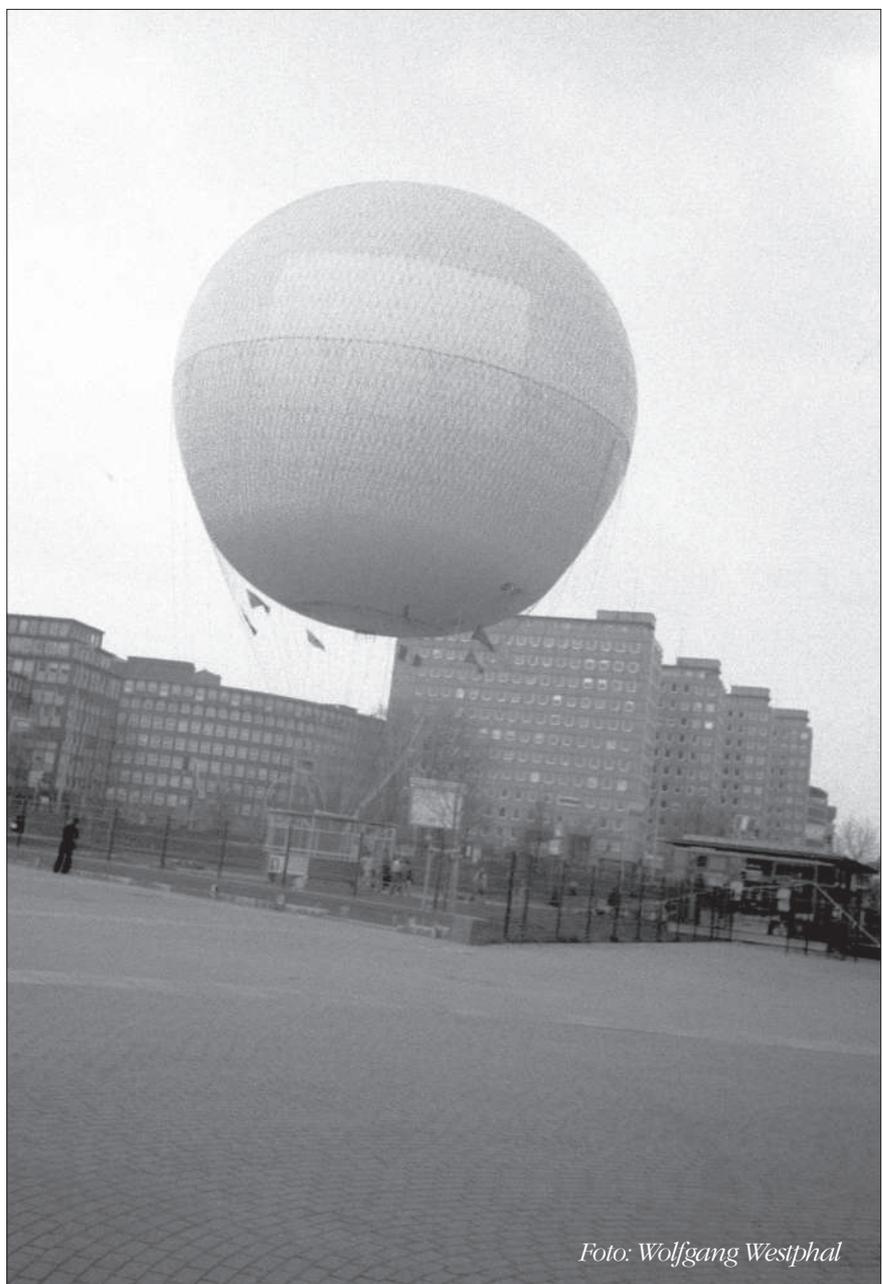


Foto: Wolfgang Westphal

Für Heimbau-Moratorium und ambulante Strukturen

Barbara Vieweg

Die Isl eV. gründete sich 1990 u. a. mit dem Anliegen, ambulante Dienstleistungen, Persönliche Assistenz, De-Institutionalisierung zu stärken. Das Leben in einer Einrichtung ist mit vielen Einschränkungen verbunden, die ein selbstbestimmtes Leben kaum möglich machen. Jedes neue Heim erschwert jedoch die Entwicklung von ambulanten Dienstleistungsstrukturen. Aus diesem Grunde melden wir uns immer dann zu Wort, wenn neue stationäre Einrichtungen entstehen. Denn jedes neue Heim erschwert die Entwicklung von ambulanten Dienstleistungsstrukturen. Die Aussonderung in Heime und immer schlechter werdende Versorgung verletzen die Menschenwürde. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung müssen wir die Frage beantworten: Wollen wir ein Land sein, das alte und behinderte Menschen aussortiert oder setzen wir uns dafür ein, dass alle Menschen einen gleichberechtigten Platz in der Gesellschaft erhalten?

Länder wie Schweden haben vorge-macht, wie man Pflege- und Hilfebe-darf auch ohne Heime stellen kann. Dort gibt es vielfältige Unterstützungs-angebote, die den Menschen ein Leben „mittendrin“ ermöglichen. Unser Motto ist: „Lieber daheim als im Heim“. Die eigene Wohnung ist Ausdruck des individuellen Lebens und Ausgangspunkt für Selbstbestimmung und Teilhabe in einer Demokratie. Die durch Alter, Krankheit oder Behinderung erforderliche Pflege und Assistenz können und müssen bedarfsgerecht in der freigewählten Wohnform erbracht werden.

In Deutschland jedoch werden immer noch mehr Heime für Behinderte und alte Menschen gebaut und dies, obwohl auch die aktuelle Regierungs-koalition das Prinzip „ambulant vor stationär“ in Anspruch nimmt (siehe Koalitionsvertrag). Gerade in der jüngsten Zeit entstehen immer mehr Heime mit privater Finanzierung, was

von den Kommunen nicht verhindert werden kann. So entstehen durch die Hintertür immer neue stationäre Einrichtungen. Deshalb fordern wir einen Baustopp von Heimen.

Wir fordern die politisch Verantwortlichen auf:

- Sorgen Sie dafür, dass keine Steu-ergelder für den Neubau von Heimen verwendet werden, und verabschieden Sie ein Heimbau-Moratorium.
- Fördern Sie die Schaffung bedarfs-gerechter ambulanter Strukturen, damit ein selbstbestimmtes Leben und vollwertige Teilhabe am Leben für alle ermöglicht werden.
- Fördern Sie die Beratung von Men-schen mit Pflege- und Assistenz-be-darf, die ein selbstbestimmtes Leben in der selbstgewählten Wohnform unterstützt.
- Setzen Sie sich für die Schaffung barrierefreier Wohnungen und einer barrierefreien Infrastruktur ein.
- Setzen Sie sich dafür ein, dass auch von Land und im Bund keine Mit-tel für Heimneubauten bewilligt werden.



*Interessenvertretung Selbstbestimmt
Leben“ Deutschland e.V. - ISL*

*Interessenvertretung Selbstbestimmt
Leben in Deutschland – ISL e.V.
Hermann-Pistor-Straße 1
07745 Jena
Tel. 036 41 / 234 795
Fax 036 41 / 39 62 52
www.isl-ev.de
info@isl-ev.de*

Im Rahmen der mit der Behörde für Soziales und Familie getroffenen Zielvereinbarung zur Weiterentwicklung des Hamburger Hilfesystems für Menschen mit Assistenzbedarf (Ambulantisierung) ist die konkrete Unterstützung der Nachbarschaft und der Netzwerke in den jeweiligen Stadtteilen besonders wichtig. Aus diesem Grund eröffnete *alsterdorf-assistenz-west* im Mai 2006 die *treffpunkte* in Altona und Burgwedel.

In den *treffpunkten* wird die Unterstützung im unmittelbaren Lebens- und Sozialraum der KlientInnen organisiert, koordiniert und umgesetzt, die persönlichen Netzwerke gefördert und tragfähiger gestaltet.

Neben dem „Netzwerken“ als einer wichtigen Aufgabe des *treffpunktes* steht zum anderen die Förderung und Umsetzung einer umfassenden Teilhabe von allen Menschen im Quartier auf der Agenda. Dies setzt voraus, dass der *treffpunkt* im Quartier/ Stadtteil von vielen gekannt und aufgesucht wird. Daher informiert und berät der *treffpunkt* zum einem KlientInnen, zum anderen aber auch alle Bürger und Bürgerinnen des Stadtteils.

Ziel ist es, Ressourcen und Fähigkeiten sichtbar zu machen und miteinander zu verknüpfen. Diese Verknüpfung ist auf Themen und Interessen bezogen und nicht auf Behinderung, Status o.ä..

Agieren auf mehreren Ebenen

Zum einen auf der Quartiersebene: Welche Bedarfe/Bedürfnisse hat der Stadtteil, was sind Fragen aus dem Stadtteil im Umgang mit Menschen mit Assistenzbedarf, welche Interessen und Ressourcen hat der Stadtteil? Dies bedarf anfänglich viel „Laufarbeit“ und eine gute Quartiersanalyse.

Zum anderen auf der Personenebene: Welche Fähigkeiten haben die KlientInnen, welche Interessen haben sie?

Hierbei hat uns die Assistenzplanung geholfen, die Stärken und Bedarfe der KlientInnen sichtbar zu machen. Die Bildung von Interessengruppen im *treffpunkt* hat uns ferner gezeigt, welche Interessen und Menschen wir zusammen bringen können; denn auch für viele KlientInnen bedarf es Mut und Peer Groups, um Angebote im Stadtteil wahrzunehmen.

Nun gilt es, diese Netzwerke im gesamten Stadtteil zu verknüpfen (manchmal auch zuerst einmal einen dünnen Faden zu spinnen). Hierzu müssen folgende Fragen beantwortet werden: Welche Angebote können im Stadtteil genutzt werden? Wie würden mögliche Kooperationen aussehen? Wie und wo finden wir „Gatekeeper“ und was bieten wir ihnen an? Wie können die Netzwerke der KlientInnen erweitert, entprofessionalisiert und tragfähiger werden? Wie werden die Kontakte gestaltet und begleitet? Wie erkennt und überwindet der Stadtteil Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit Assistenzbedarf?

Wir haben versucht, klein anzufangen, einzelne Menschen mit denselben Interessen zusammen zu bringen und Ängste abzubauen. Wichtig ist es uns dabei, deutlich zu machen, dass es sich um einen Win-Win Deal handelt.

Ein Beispiel

Der örtliche Sportanbieter wirbt für neue Kunden. Im *treffpunkt* gibt es vier junge Menschen, die gerne an einem Sportangebot teilnehmen möchten. Nun liegt die Aufgabe des *treffpunktes* darin, mit dem Sportverein Kontakt aufzunehmen, um Möglichkeiten zu finden, diesen „neuen Kunden“ ein Angebot zu machen. Dies natürlich mit Unterstützung von uns, z.B. wer kann die Trainer beraten und unterstützen? Und natürlich die Begleitung und Anbahnung in

die Gruppe durch die AssistentInnen. Denn Teilhabe als „Sparmodell“ ist nicht machbar. Die Rolle der AssistentInnen verändert sich, wird jedoch keineswegs überflüssig. Die AssistentIn ist für die Anbahnung, das „Brücken bauen“, unerlässlich. Sie ist sozusagen die Begleitung in den Stadtteil, übernimmt teilweise Dolmetscher-Funktion und ist teilweise Beratungs- und Informationsträgerin für die Bürger und Bürgerinnen. Wichtig ist dabei, dass die KlientInnen und die Bürger und Bürgerinnen einen gemeinsamen Weg finden, um die Netzwerke der Klienten tragfähig zu gestalten.

Weitere Beispiele, an denen wir uns zur Zeit versuchen:

- Einzelne Leistungen, die bisher im stationären Kontext erbracht worden sind, können auch im Stadtteil erbracht werden.
- Muss der Assistent jeden Sonntag mit interessierten KlientInnen in die Kirche? Gibt es ein Gemeindeglied, das in der Nähe wohnt und diese Aufgabe übernehmen kann? Die Aufgabe der AssistentInnen wäre es dann, diesen Menschen zu finden und zu eruiieren was er benötigt, damit er diese Aufgabe übernehmen kann.
- Auch Leistungen aus dem hauswirtschaftlichen Bereich können im Stadtteil organisiert werden. Der Wunsch nach regelmäßigem Kochen lernen kann an der regionalen Volkshochschule erfüllt werden. Auch hier gilt natürlich die Anbahnung und Begleitung zu sichern, bis der Klient sich selbstständig in der Gruppe bewegen kann. Welche individuelle Assistenz wird benötigt? Geht es „nur“ um den Weg zum Kochkurs? Wird Unterstützung benötigt, um sich mit der Gruppe vertraut zu machen? Benötigt die Gruppe Unterstützung, um die KlientIn zu verstehen oder benötigt sie Informationen, um adäquat mit ihr umgehen zu können? Auch hier

spielt die Vernetzung und Kooperation eine wesentliche Rolle. Finden wir einen Freiwilligen (vielleicht aus der Gruppe?), der die Klientin abholt und wieder zurück bringt? Da beide das gleiche Interesse haben, nämlich zu kochen, stellt sich die Frage, in welchem zeitlichen Umfang muss die Unterstützung durch einen Assistenten gewährleistet sein? Diese Leistungen werden im *treffpunkt.* gemeinsam mit dem Klienten und dem Dienstleistungsanbieter vereinbart.

- Um deutlich zu machen, dass KlientInnen auch über Fähigkeiten verfügen, die genutzt und gewünscht sind und nicht nur als „Hilfenehmerin“ gesehen werden, gibt es zum Beispiel eine erste Anbahnung an den regionalen Tauschring. Dort kann eine eigene Leistung zum Tausch angeboten werden; einmal Unkraut jäten (vielleicht mit Assistenz?) gegen einen Stadtteilbummel. Da der Tauschring zurzeit eher schleppend anläuft und sich wenige Menschen an den Tauschaktionen beteiligen, werden wir gerne aufgenommen, da wir uns an Werbeaktivitäten beteiligen und gute Kontakte in den Stadtteil haben und somit viele von der Idee des Tauschringes begeistern können.

Des Weiteren versuchen wir die Bürger und Bürgerinnen zu motivieren den *treffpunkt.* aufzusuchen und das nicht mit dem Schwerpunkt, Menschen mit Assistenzbedarf zu erreichen (das natürlich auch), sondern um gemeinsame Interessen zu verknüpfen. So gibt es z.B. Angebote im *treffpunkt.*, die von unterschiedlichen Menschen genutzt werden, z.B. eine Rechtsanwältin, die bei Bedarf Informationen und Beratung zum Thema Mietrecht anbietet. Dies ist für die KlientInnen, die in das neue Hilfesystem (Ambulante Assistenz Hamburg) wechseln ebenso wichtig wie für andere Menschen im Stadtteil, die

Fragen zum Mietrecht haben. Somit ist eine Begegnung geschaffen und eine erste Kontaktmöglichkeit gegeben. Auch mit kulturellen Angeboten im *treffpunkt.*, wie eine für November terminierte Theateraufführung, versuchen wir Anwohner zu begeistern und Räume der Begegnung zu generieren. Auch hier wird die Zeit zeigen, wie weit es gehen kann. Denn Zeit und Geduld brauchen wir! Zum einen, um niemanden zu überfordern und zum anderen, um Platz und Raum zu lassen, um Empowerment wachsen zu lassen. Die Bedingungen aber können wir jeden Tag verbessern und fördern...



Dunja Wörthmann

„Jetzt mag ich alt werden“

Angebote für ältere Menschen mit Behinderung in der Region Walddörfer

Thomas Framhein

Bundesweit steigt der Anteil von älteren Menschen mit Behinderungen die in den Ruhestand treten kontinuierlich an. Der Eintritt in den Ruhestand löst bei vielen behinderten Menschen oft große Unsicherheit aus. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben bedeutet nicht nur den

stellt eine entscheidende Bedingung für ein „erfolgreiches“ Altern dar. Viele behinderte Menschen können im Alter eine derartige Bilanz in ihrem Leben nicht ziehen. Ihr Leben war eher geprägt von Verlusten, Verunsicherung und einer reduzierten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

dem soziale Kontakte stattfanden.

Für Menschen mit einer Behinderung bedeutet das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben den Verlust wichtiger Lebensinhalte und sozialer Kontakte. Ein nicht behinderter Mensch kann diesen Wegfall heute durch eine Viel-



Foto: Thomas Framhein

Wegfall von Arbeit und Beschäftigung, sondern auch den Verlust von sozialen Kontakten auf dem Arbeitsplatz. Menschen mit einer geistigen oder Lernbehinderung sind von dem Verlust des so genannten „zweiten Milieus“ oft stärker betroffen als es für nicht behinderte Menschen der Fall ist. Die Zufriedenheit mit sich selbst und dem zurückliegenden Leben

Ein Großteil der Menschen mit Behinderungen hat oft jahrzehntelang in einer Werkstatt für behinderte Menschen gearbeitet. Dieser geschützte Arbeitsplatz war für sie ein Ort der Förderung, ein Ort der Herausforderung und ein Ort der Begegnungen. Er war neben dem Leben in der Familie, der Wohngruppe oder dem Leben in der eigenen Wohnung der Ort, an

zahl von Angeboten kompensieren. Für behinderte Menschen ist dieser Zugang, wenn überhaupt, häufig nur sehr eingeschränkt möglich. Die Integration der beschriebenen Zielgruppe in bestehende öffentliche Einrichtungen im Stadtteil bildet hier eher die Ausnahme. Sondereinrichtungen oder Tagestätten für diesen Personenkreis gibt es nicht und sind

wohl auch nicht sinnvoll. Der behinderte Mensch braucht einen geeigneten Ort und in der Regel auch die angemessene Assistenz für die soziale und kulturelle Teilhabe in der Gesellschaft.

Das Projekt „Angebote für ältere Menschen mit Behinderung in der Region Walddörfer“ versteht sich als Weiterführung des zuvor im Oktober 2002 für zwei Jahre durchgeführten Projektes zur „Integration älterer Menschen mit Behinderung in ein Stadtteilkulturzentrum“. Damals noch finanziert aus Mitteln des Bundesaltenplanes mit ergänzender Unterstützung der Hamburger Behörde für Soziales und Familie. Unter der Trägerschaft von „Leben mit Behinderung Hamburg“ in enger Kooperation mit dem Behindertenforum Walddörfer, Behindertenhilfe Hamburg, Lebenshilfe und Hamburger Werkstatt wurde versucht, den Personenkreis der älteren behinderten Menschen verstärkt in den Fokus des Stadtteiles Bergstedt und Region Walddörfer zu rücken. Eine Anschlussfinanzierung durch Mittel der Freien und Hansestadt Hamburg war nicht möglich.

Am 1. 4. 2006 startete das Folgeprojekt „Angebote für ältere Menschen mit Behinderung in der Region Walddörfer“. Das für zunächst drei Jahre bewilligte Projekt richtet sich an ältere Menschen mit einer Behinderung, die in der Region Walddörfer sowohl in stationären Einrichtungen als auch im eigenen Wohnraum leben und die sich nicht mehr in einem Arbeitsprozess, bzw. sich in einer Übergangsphase der Vorbereitung auf den Ruhestand befinden. Das Projekt soll die sozialraumorientierte Teilhabe der älteren Menschen mit Behinderungen am sozialen und kulturellen Leben in der Region Walddörfer ermöglichen. Darüber hinaus sollen bereits bestehende Angebote ausgebaut und diese nachhaltig gesichert werden.

Hierbei wird das Projekt durch die Hochschule für Angewandte Wissenschaften, dem Zentrum für Praxisentwicklung – ZEPRA – wissenschaftlich begleitet. Finanziell wird das Projekt unterstützt von der „Aktion Mensch“, „Leben mit Behinderung“, der „Pestalozzi Stiftung“, der „Alsterdorf Assistenz Ost“, dem Hamburger Lebenshilfe-Werk gGmbH, der Hamburger Werkstatt GmbH und der BHH Behindertenhilfe Hamburg gGmbH. Letztere übernimmt die Koordinierungs- und Leitungsaufgaben für das Projekt.

Der Ort für die Projektdurchführung ist die Begegnungsstätte Bergstedt. Hier finden wir nicht nur geeignete barrierefreie Räumlichkeiten für das Projekt vor, sondern auch im Leiter der Begegnungsstätte und den Mitarbeitern vor Ort engagierte Befürworter und Unterstützer für das Projekt. An vier Tagen in der Woche treffen sich unter fachlicher Anleitung zwei Gruppen älterer Menschen mit Behinderung zum geselligen Beisammensein und zu kulturellen, kreativen Aktivitäten zusammen. Die Treffen beginnen regelmäßig mit einer warmen Mahlzeit, die eine Werkstatt für behinderte Menschen in die Begegnungsstätte liefert.

Im Rahmen des Projektes werden auch Fortbildungsreihen angeboten, unter anderem zu den Themen „Selbstbestimmt älter werden“ und „Lesen und Schreiben“. Darüber hinaus ist geplant, ein Café in den Küchenräumlichkeiten der Begegnungsstätte Bergstedt einzurichten. Die Idee des Cafés ist, einen Ort der Begegnungen zu schaffen. Ein Café, das Kaffee, Kuchen und kleine Mahlzeiten anbieten wird, soll der kulturelle Marktplatz, die Schnittstelle der verschiedensten Interessengruppen der Begegnungsstätte Bergstedt werden. Darüber hinaus soll das Café Arbeitsplatz für bis zu drei behinderte Mitarbeiter der Hamburger Werkstatt werden. Geplant ist auch, in dem Café

diverse öffentliche Veranstaltungsreihen für Menschen mit und ohne Behinderung anzubieten. In diesen Veranstaltungsreihen soll aber auch auf die besondere Situation älterer behinderter Menschen hingewiesen werden.

Das Trägerübergreifende Persönliche Budget in der Erprobung

Franz Kiefer

Nach SGB IX § 17 Abs. 6 soll in der Zeit vom 01.07.2006 bis 31.12.2007 die Umsetzung des Trägerübergreifenden (1) Persönlichen Budgets erprobt werden. Neben einer Reihe regionaler und Modellvorhaben der Länder, hat der Bund mit dem Modellprojekt Trägerübergreifendes Persönliches Budget eine eigene Initiative gestartet. An dem Modellprojekt, das wissenschaftlich begleitet wird (www.projekt-persoentliches-budget.de), beteiligen sich acht Bundesländer. Schleswig-Holstein ist mit dem Modellprojekt careNETZ und den Landkreisen Schleswig-Flensburg und Segeberg vertreten.

Es gibt zwei entscheidende strukturelle Eckpunkte im Modell:

- Die Bedarfsfeststellung, die im Sinne einer Zukunftsplanung durchgeführt wird und die Budgetassistenten werden von einer von Leistungserbringern und Rehabilitationsträgern unabhängigen Stelle erbracht.
- Die Regionale Planung zur Bildung eines Netzwerkes Offener formeller und informeller Hilfen, unter Einbezug des freiwilligen Engagements, soll dazu führen, dass nachgefragte Unterstützungsleistungen befriedigt bzw. kurzfristig entwickelt werden können. Dafür wurde mit den beteiligten Stellen und Gruppierungen eigens eine Gremien- und Arbeitsstruktur entwickelt. Dass in beiden Regionen z.B. ca. 40 Leistungserbringer daran aktiv mitarbeiten, kann als Erfolg für den kooperativen Modellansatz gewertet werden.

Die careNETZ Service gGmbH ist in der Projektphase sowohl mit der Bedarfsfeststellung und Budgetassistenten betraut als auch damit, den Prozess der Netzwerkbildung zu initiieren und zu begleiten.

Erste Zwischenresultate aus der Erprobung

Welche Zwischenresultate können

bzgl. der Zielsetzungen

- erhöhte Wahlmöglichkeit und Entscheidungsspielräume sowie
- mehr Teilhabe und Lebensqualität für Budgetnehmende und hinsichtlich
- der Entstehung neuer Offener Angebote

zusammengefasst dargestellt werden?

Grundsätzlich gilt, alle Beteiligten werden durch die Praxis auf kreative Weise auf Trab gehalten. Dabei erscheinen die Misserfolge (7 Budgetnehmer, die bislang „komplex“, d.h. über Pauschalen finanziert, ambulant betreut wurden, sind z.B. zur Sachleistung zurückgekehrt, weil der „Ausflug“ ins Persönliche Budget durch eine Budgetbemessung, die auf Basis konkreter, vorweggenommener Leistungsinhalte zustande kam, eben nicht zu mehr, sondern im konkreten Fall zu weniger Wahlmöglichkeiten und Angebotsvielfalt führte) für die weitere Gestaltung fast wesentlicher als die Erfolge (immer mehr Budgetinteressierte kommen aus eigenem Antrieb und mit konkreten Ideen, in beiden Regionen wird es in Kürze ca. 20 Budgetnehmende geben, die Planung um die Netzwerkbildung offener Hilfen wirkt sich positiv auf die Kultur der Zusammenarbeit aus).

Kritische Zwischenbewertung

Schließlich möchte ich mit den Hinweisen zum Thema Budgetbemessung einen Ausblick auf mögliche neue Entwicklungen in den Modellregionen geben. Zurzeit gibt es bundesweit keine einheitliche Vorgehensweise, aber die Tendenz, das Budget auf der Grundlage einer individuellen Bedarfserhebung (durch die Benennung der Leistungsinhalte, Stundenumfänge und der Stundensätze) zu bemessen. Dabei erweist sich als kritisch, dass eine zu detaillierte Vorwegnahme der Leistungsinhalte in der (Hilfe-)Planung einen freien Umgang mit dem Persönlichen

Budget erschwert. Damit werden tendenziell die Stärken des Instruments, mehr Flexibilität und Freiheit in der Entscheidung und Auswahl von Unterstützungsleistungen, neutralisiert. In den Modellregionen hat aktuell die Diskussion eingesetzt, ob mit Hilfe eines verstärkten Einsatzes von Budgetpauschalen

- zu den Ursprüngen des Budgetgedankens zurückgefunden werden kann (vereinfachte Entscheidungs- und Verwaltungsabläufe, schlanke Prozesssteuerung durch regelmäßige Evaluation der Ziele) und
- zusätzliche positive Effekte hinsichtlich der Angebotsentwicklung und Netzwerkbildung Offener Hilfen erreicht werden können.

Dieser Diskussionsprozess ist noch nicht abgeschlossen. Nach meiner Einschätzung würde eine Umsteuerung in Richtung Budgetpauschalen die Attraktivität des Persönlichen Budgets erhöhen und seine Stärken zur Geltung bringen.

Anmerkung

(1) Zur trägerübergreifenden Kooperation sind alle Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und das Integrationsamt verpflichtet. Für den Leistungsberechtigten soll es dabei nur einen Ansprechpartner (Beauftragten) geben, der die Hilfestellung aller koordiniert.



careNETZ Service gGmbH
Plessenstraße 16
24837 Schleswig
Tel. 04621/30 69 37
Fax 04621/30 14 286
www.carenetz.org

Musiktherapie als Erlebnis und „seelische“ Unterstützung Begleitung von behinderten Menschen

Karin Bösel

Das menschliche Gehirn scheint sich sehr gut mit Musik auszukennen und zu arrangieren. Sie setzt Menschen bewusst oder unbewusst in motorische und emotionale Bewegung, in Anspannung und Entspannung und sie spricht verschiedenste Wahrnehmungsbereiche, Erfahrungen und Bedürfnisse an. Musik wirkt auf das Belohnungs- und „Lustzentrum“ im Gehirn (ventrale Striatum), ähnlich wie ein liebevoller Blick oder eine liebevolle Berührung in entspannter Atmosphäre. Zieger schreibt: „Musik wirkt nachweisbar auf das ganze Gehirn: aktivierend und beruhigend auf die tonisierenden Strukturen im Hirnstamm.“ (Zieger 1999, 150 f.). „Musik wirkt auf beide Großhirnhälften, die rechte Großhirnhälfte reagiert auf Klang, Intonation, Dynamik und negative Emotionen, während die linke Hälfte die analytisch-rationalen Leistungen wie Melodie, Zeitmaß, Rhythmus, Tonhöhenerkennung und positive Emotionen übernimmt.“ (ebd.) Diese Wirkung von Musik wird therapeutisch in unterschiedlichen Bereichen genutzt.

In der Arbeit mit schwerst schädeltirngeschädigten Menschen – nach Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirnblutung – vor allem mit Menschen im Koma bzw. im Wachkoma werden die Wirkweisen der Musik und Musiktherapie sehr deutlich. Menschen nach schweren Schädelhirnverletzungen erleiden nach so einem Ereignis neben schweren physischen und möglicherweise auch kognitiven Einschränkungen auch eine tiefe seelische Verletzung. Trotz dieser schweren Verletzung an Körper und Seele zeigen sie während der Musiktherapie deutliche Reaktionen, die darauf schließen lassen, dass sie die Musik als ein positives und nicht mit Angst besetztes Erlebnis, als Hoffnungsträger und Perspektive wahrnehmen können. Da diese Menschen in ihrer Ausdrucksweise bzw. ihrer Kommunikation sehr eingeschränkt sind, müssen sie sich

auf Ausdrucksmittel wie z. B. Mimik oder Gestik, durch körperliche Entspannung oder Anspannung bzw. durch eine veränderte Atmung mitteilen. Durch genaues Beobachten eben dieser Ausdrucksformen, durch Zuwendung, aber auch durch Distanz (Selbstreflexion) wird Musik und je nach körperlicher und seelischer Befindlichkeit die Musikimprovisation im musiktherapeutischen Einsatz zur Erlebnis- und Erfahrungserweiterung für Menschen mit schweren Schädelhirnverletzungen bzw. für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen.

Musikalische Kommunikation – Musikalischer Dialog

Jeder Mensch benötigt einen sozialen Austausch mit der Umwelt, Zuwendung und Kommunikation. Dieser Austausch muss nicht immer verbal erfolgen, auch auf nonverbaler Ebene sind Austausch und Kommunikation zwischen Menschen möglich. Erste nonverbale Kommunikationsformen entstehen bereits vorgeburtlich und werden nachgeburtlich vom Säugling im engen Kontakt mit seiner Mutter geübt (Mutter-Kind-Dialog). Dieser Mutter-Kind-Dialog ist eine wichtige und prägende Vorstufe zur menschlichen Sprache, die Mutter verändert die Sprechstimme und Intonation, summt möglicherweise Melodien oder singt Kinderlieder. Säuglinge im Alter von vier Monaten ziehen eine veränderte Sprache gegenüber einer normalen Sprache vor, dies scheint die Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit zu ermöglichen, wie eine Studie mit 48 Säuglingen belegt (vgl. Spitzer 2002, 157). Aber nicht nur der Dialog ist wichtig, auch das vermittelnde Gefühl von Wärme und Geborgenheit liegt in dem engen Mutter-Kind-Dialog. Dieser enge Mutter-Kind-Kontakt kann bei heranwachsenden Kindern und Jugendlichen bzw. bei Erwachsenen sicher nicht aufrechterhalten werden, aber der Wunsch nach menschlicher Nähe, Geborgen-

heit, Sicherheit und Zuwendung wird bei allen Menschen in allen Altersstufen mehr oder weniger ausgeprägt bleiben. Musik und Musikgenuss wirken, wie bereits erwähnt, positiv auf das Belohnungszentrum bzw. Lustzentrums des Gehirns, vermittelt ein Gefühl von Geborgenheit und Befriedigung.

Der therapeutische Einsatz von Musik vereint den nonverbalen Dialog zwischen Menschen mit dem Erleben von Nähe, Geborgenheit, Sicherheit und Zuwendung, auch ohne Körperkontakt und ohne Worte. Der musiktherapeutische nonverbale Dialog hat vermittelnden Charakter, er projiziert inneres Erleben in die Außenwelt, lässt unbewusstes Erleben zum Klingen bringen und wird durch den Musiktherapeuten reflektiert, analysiert, gehalten bzw. getragen oder gespiegelt. Ob Menschen mit Behinderungen in der Lage sind, ein Instrument selbst zu spielen oder ob sie in der Lage sind, Musik zu hören, ändert am musiktherapeutischen Dialog zwar das Setting, aber das musikalische Erleben mit den beobachtbaren Ausdrucksformen bleiben bestehen (vgl. auch Zieger 1999). Der Ausdruck des Körpers, die Körperhaltung, die Gesichtsmimik (Körpersemantik) (vgl. Zieger, in: Höfling 2005, 51 ff.) oder das Improvisieren auf Musikinstrumenten, der musikalische Ausdruck, lassen Rückschlüsse auf das Befinden des Menschen mit einer Behinderung ziehen.

Rezeptive oder aktive Musiktherapie

Die Wahl der musiktherapeutischen Methode richtet sich nach der Befindlichkeit, nach den Bedürfnissen und nach der Ausdrucksform der Behinderung. Zu den rezeptiven Methoden, das Hören von Musik, gehören zum Beispiel die Regulative Musiktherapie“ nach Christoph Schwabe (vgl. Schwabe 1996), „Guided Imagery and Music“ nach Helen Bonny (vgl.

Bush 1995) oder die „Klanggeleitete Trance“ nach Wolfgang Strobel (vgl. Strobel 1999). Auch das Abspielen von Wunsch-Musik, das Vorsingen von Liedern oder Improvisation mit der Stimme, das Vortragen von Musik auf einem Musikinstrument, auch improvisierte Musik, können musiktherapeutischen Einsatz finden. An dieser Stelle möchte ich von einer zunächst bei Aufnahme in die Musiktherapie noch wachkomatösen Patienten nach schwerem Schädelhirntrauma berichten, die sich zu leiser, improvisierter Musik auf der Sansula (eine mit Fell bespannte Kalimba oder auch Daumenklavier, Stimmung in a-moll Pentatonik) öffnete. Sie zeigte eine Träne als Zeichen emotionaler Resonanz, wurde aufmerksamer und nahm Blickkontakt auf. Im weiteren musiktherapeutischen Verlauf konnte sie sich bereits einen Monat später aktiv durch Spielen an den Chimes (hängende Klangstäbe aus Metall, gehört zu der Gruppe der Perkussionsinstrumente), die an ihrem Patientenbett aufgestellt waren und die sie mit dem rechten Arm bzw. der rechten Hand alleine spielen konnte, an der Musikimprovisation beteiligen.

Sprechen konnte sie während dieser Zeit wegen einer Trachealkanüle noch nicht, nonverbal entwickelten sich aber Dialoge zwischen den von der Patientin gespielten Chimes und dem von mir gespieltem Instrument. In der aktiven Musiktherapie werden Musikinstrumente zum Übertragungsobjekt oder auch zum Übergangsobjekt (vgl. Winnicott 2002, 14 f.) für das innere Erleben. Jedes Musikinstrument, das Menschen mit Behinderungen als Ausdrucksmittel anspricht und dabei für sie spielbar ist, kann in Musikdialogen bzw. Musikimprovisationen eingesetzt werden. Das Musikinstrument soll Wohlfühlen und Sicherheit vermitteln. Ob kleine Musikinstrumente, die nah am Körper positioniert werden können, die Stimme oder körperfer-

Indikation zur Musiktherapie

- Fehlender Zugang zu Emotionen und Gefühlen
- Emotionale Instabilität
- Angststörungen
- Bewusstseinsstörungen (Koma/Wachkoma)
- Eingeschränkte bzw. fehlende Ausdrucksmöglichkeiten
- Eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit
- Eingeschränkte bzw. fehlende Ausdrucksmöglichkeit
- Fehlende Motivation bzw. Therapiemotivation
- Eingeschränkte Lebensqualität
- Verhaltensauffälligkeiten
- Soziales Fehlverhalten
- Sozialer Rückzug

ne Musikinstrumente in der Musiktherapie zum Einsatz kommen, hängt von der körperlichen und seelischen Befindlichkeit des beeinträchtigten Menschen ab. Die Musikimprovisation ist kein starres Ausdrucksmittel, sie beinhaltet Entwicklung, Entfaltung, Motivation und Befriedigung. Musikalische Formen, Melodien und Rhythmen können entstehen, Körper, Geist und Seele sind in Bewegung. Im musiktherapeutischen Dialog ist das Aufeinander-Bezogen-Sein besonders wichtig, aufeinander eingehen, Imitationsspiel, Verstärken, Stützen oder Einlenken sind dabei wichtige therapeutische Handlungsmittel.

Singen und Einsatz von Stimme haben in der Musiktherapie mit Menschen mit Behinderungen immer einen wichtigen Stellenwert zu erfüllen, das gemeinsame Singen aktiviert neben emotionalen Prozessen auch die sprachverarbeitenden Hirnregionen (vgl. Bossinger 2005, 139). Ein Patient nach Schlaganfall konnte sich verbal aufgrund einer Sprech-Apraxie nicht mitteilen, beim Singen allerdings konnte er teilweise den Text mitsingen. Sein Selbstwertgefühl verbesserte sich zusehends, seine Stimme wurde im Verlauf der Musiktherapie lauter und kräftiger. Er nahm dann sogar gemeinsam mit seiner Ehefrau am Singkreis teil, äußerte Musikwünsche, las Texte im Textbuch mit und

hatte sichtlich Freude am Singen.

Der musiktherapeutische Dialog, zwischen zwei Menschen oder auch mit mehreren Personen in der Gruppemusiktherapie, die Musikimprovisation, das Singen wird immer reflektiert, entweder in Feedback-Gesprächen oder in der analytischen oder verhaltenstherapeutischen Betrachtung und Auswertung durch den Musiktherapeuten. Durch Dokumentation, Auswertung und Selbstreflexion werden nachfolgende Musiktherapiestunden in Zusammenhang mit Indikation und Zielsetzung der Musiktherapie vorbereitet.

Indikation und Zielsetzung

Menschen mit Behinderungen profitieren von Musik, ob improvisiert, gesungen oder rezeptiv angeboten. Wichtig ist, dass das Musikangebot musiktherapeutisch begleitet wird, wenn Ziele oder Heilungseffekte verfolgt oder erreicht werden sollen. Ziele, die Menschen mit Behinderungen zugute kommen können, sind die Erhöhung der Lebensqualität, Förderung von Eigen- bzw. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Aktivierung und Erweiterung emotionaler Prozesse, Angstabbau, Förderung der emotionalen Ausdruckskraft und Steigerung des Selbstwertgefühls

Ziele

Förderung von Selbstwahrnehmung, Selbsterleben
und Selbstaktualisierung
Förderung von Fremdwahrnehmung
emotionale Stabilisierung und/oder Umstimmung
Förderung von Beziehungsaufbau und Kommunikationsvermögen
(emotionale Resonanz)
Beziehungsanbahnung in der Familie
Teilnahme an sozialen Kleingruppenaktivitäten
Ressourcenaktivierung
Angstabbau
Entspannung
Steigerung der Lebensqualität, Freude, Genuss
Kreativitätsentfaltung

durch nonverbale Kommunikations- und Dialogangebote. Auch der Effekt der körperlichen und seelischen Entspannung sind Ziele der Musiktherapie. Die Erlebnis- und Genussfähigkeit wird erweitert, Ressourcen werden wieder entdeckt bzw. aktiviert. Die Integration in sozialen Gruppen wird gefördert.

Die Indikation für Musiktherapie bei Menschen mit Behinderungen ist vielseitig, einige sind hier aufgeführt. Musiktherapie kann hilfreich sein, wenn Menschen einen fehlenden Zugang zu ihren Emotionen, Gefühlen oder Bedürfnissen haben oder wenn sie emotional instabil oder eingeschränkt emotional schwingungsfähig sind. Musiktherapie hilft, bewusste oder unbewusste Ängste zu lindern oder zu beseitigen. Auch eingeschränkte oder fehlende Ausdrucksmöglichkeiten, fehlende Motivation oder Therapiemotivation können eine Indikation für Musiktherapie sein. Verhaltensauffälligkeiten, soziales Fehlverhalten oder sozialer Rückzug können durch musiktherapeutische Angebote überwunden werden.

Musik trägt im musiktherapeutischen Kontext zur seelischen Gesundheit von Menschen mit Behinderungen bei. Sie ist ein Medium, Menschen

mit Behinderungen an der Gesellschaft teilhaben zu lassen und sie in die Gesellschaft zu integrieren. Menschen mit Behinderungen haben in jedem Fall die Möglichkeit, aktiv und passiv am musikalischen Geschehen teilzunehmen.

Das Fachgebiet der Musiktherapie sollte sich in Zukunft der Aufgabe stellen, zu versuchen, Therapieeffekte durch genaue Dokumentation und geeignete Forschungsmethoden nachzuweisen.

Verfahren und Methoden der Musiktherapie sind integrierter Bestandteil professioneller Arbeit mit Menschen mit Behinderungen.

Die Fakultät Soziale Arbeit und Pflege der HAW bietet ab März 2007 eine viersemestrige berufsbegleitende Weiterbildung zu diesem Arbeitsbereich an.

Weitere Informationen erteilt das Zentrum für Praxisentwicklung – ZEPRA, Saarlandstraße 30, 22303 Hamburg, Telefon 040/428 75-7037 (Leitung: Prof. Dr. Musahl).

Literatur

und weiterführende Literatur

Baumann, Monika, Gessner, Christian (Hg) (2004): *ZwischenWelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung.* Wiesbaden: Reichert Verlag

Bossinger, Wolfgang (2005): *Die heilende Kraft des Singens. Von den Ursprüngen bis zu modernen Erkenntnissen über die soziale und gesundheitsfördernde Wirkung von Gesang.* Norderstedt: Book on Demand GmbH

Bush, Carol A. (1995): *Healing Imagery & Music. Pathways to the inner self.* Portland, Oregon: Rudra Press

Hegi, Fritz (1997): *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik.* Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung, 5. Aufl.

Höfling, Wolfram (Hg.) (2005): *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte.* Münster: Lit-Verlag

Neander, Klaus-Dieter (Hg.) (1999): *Musik und Pflege.* München: Urban & Fischer Verlag

Nordloff, Paul, Robbins, Clive (1995): *Music Therapy in Special Education.* Michigan: Cushing Malloy Inc.

Oberhoff, Bernd (Hg.) (2003): *Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjekt-funktion der Musik.* Gießen: Psycho-sozial Verlag

Schwabe, Christoph, Röhrborn, Helmut (1996): *Regulative Musiktherapie. Entwicklung, Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin.* 3. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart: Gustav Fischer Verlag

Schwabe, Christoph, Haase, Ulrike (1998): *Die Sozialmusiktherapie (SMT) Crossener Schriften zur Musiktherapie Band VII.* Weida: Wüst & Söhne

Spitzer, Manfred (2002): *Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk.* Stuttgart: Schattauer GmbH

Strobel, Wolfgang (1999): *Reader Musiktherapie. Klanggeleitete Tran-*

ce, musiktherapeutische Fallsupervision und andere Beiträge. Wiesbaden: Reichert Verlag

Winnicott, D. W. (2002): *Vom Spiel zur Kreativität.* Stuttgart: Klett-Cotta, 10. Aufl.

Zieger, A. (2005): *Beziehungsmedizinisches Wissen im Umgang mit sogenannten Wachkomapatienten.* In: Höfling, Wolfram (Hg.) (2005): *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte.* Münster: Lit-Verlag

Zieger, A. (1999): *Musik als Vermittlerin neuen Lebens. Soziales Zeichen der Hoffnung für Menschen im Koma und apallischen Syndrom.* In: Neander, K.-D. (Hrsg.): *Musik und Pflege.* München: Urban & Fischer, S. 145-164



Karin Böseler

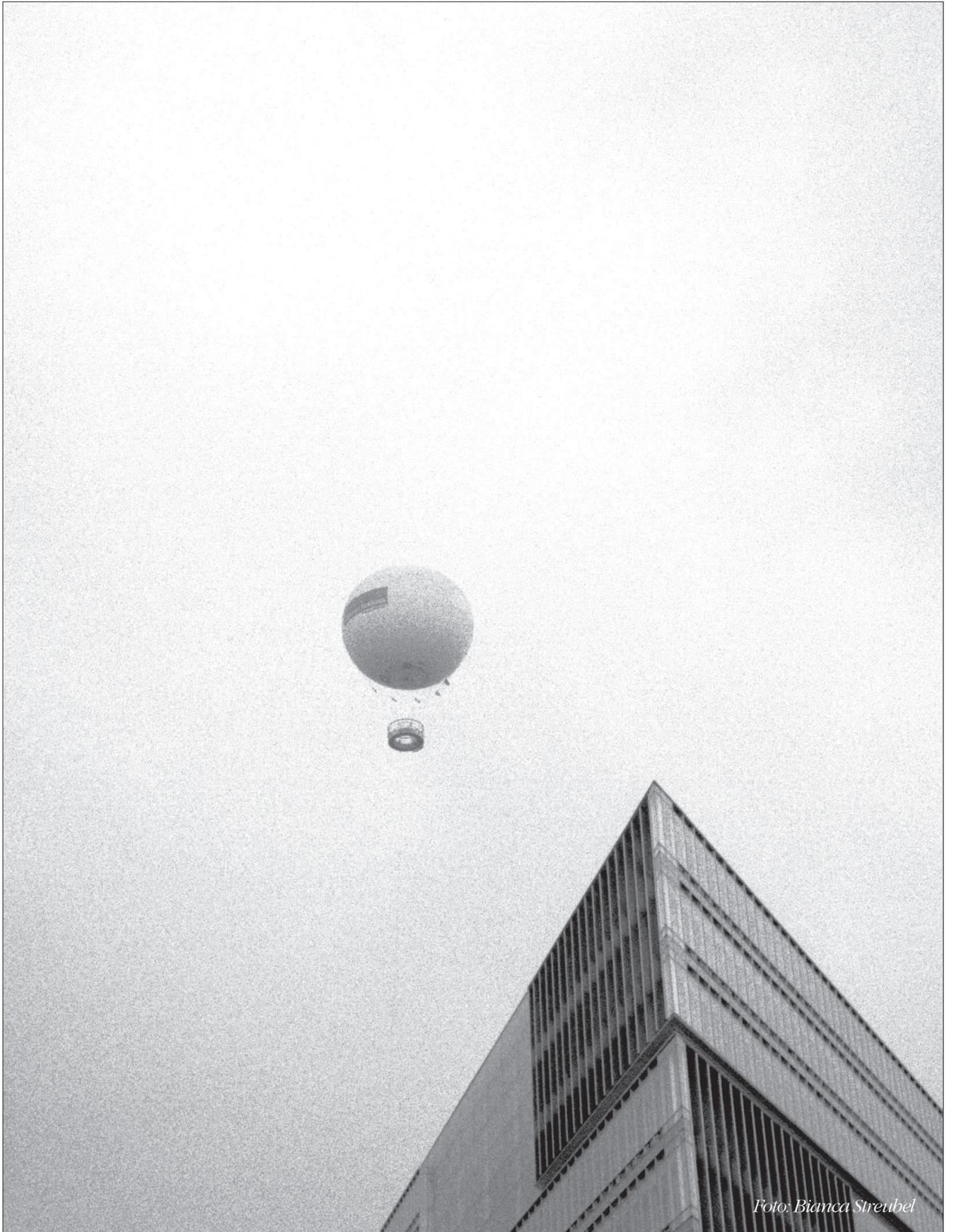


Foto: Bianca Streibel

AutorInnen

Bohlen, Uta

Dipl.-Psych., Wiss. Mitarb. im Praxisforschungsprojekt „STEEP™ – Frühe Hilfen für Kinder und ihre Familien“.
steep@sp.haw-hamburg.de

Böseler, Karin

Musik- u. Erz.wiss. (MA), Kinder-, Jugendlichen- u. Musiktherapeutin; tätig in der neurolog. Früh- u. weiterführenden Rehabilitation, Lehrbeauftragte der Uni Carl-von-Ossietzky Oldenburg u. in der Weiterbildung „Musiktherapie in psychosozialen Berufen“ der Fakultät Soziale Arbeit und Pflege der HAW.
boeseler@web.de

Gitschmann, Peter

Jg. 1954, Dr. rer. soc.; Stud. Politikwiss., Mathematik, Soziologie; Wissenschaftl. Direktor im Verwaltungsdienst, Leiter d. Referats Eingliederungshilfe, Amt f. Soziales u. Integration d. Behörde f. Soziales, Familie, Gesundheit u. Verbraucherschutz d. FHH Hamburg; Veröff. zu Sozialplanung, Pflege-, Alten- u. Behindertenpolitik; nebenberufl. Lehrtätigkeit zur Sozialen Sicherung u. Rehabilitation.

Gleiss, Gerlef

Jg. 1954, Mitbegründer von „Autonom Leben“ in HH u. der „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland“, seit 1990 Sozialberater in der „Beratungsstelle für behinderte Menschen“ von „Autonom Leben“.
info@autonomleben.de

Hahn, Kathrin

Dipl.-Soz.päd, Doktorandin Uni HH; Wiss. Mitarb. u. Lehrbeauftragte. Fakultät Soziale Arbeit u. Pflege, HAW HH; Arbeitsschwerpunkte: Altenhilfe, interkult. Soz. Arbeit u. Migration.
hahn.k@sp.haw-hamburg.de

Hamester, Adolf W.

Jg. 1943, Bankbetriebswirt, Schuldnerberater in der Asklepios Klinik Nord

Hasseler, Martina

siehe *Personalien*, Seite 104-105.
martina.hasseler@sp.haw-hamburg.de

Jahncke-Lattek, Anne-Dörte

Jg. 1970, Fachkrankenschwester f. Anästhesie u. Intensivpflege, Dipl.-Pflegerin; seit 2002 Wiss. Mitarb. mit Schwerpunkt Pflegewiss. im Studiengang Pflege, Fakultät Soziale Arbeit u. Pflege, HAW Hamburg; Doktorandin an der Uni Bremen.
jahncke-latteck@sp.haw-hamburg.de

Judith, Klaus-Peter

Jg. 1954; Dipl.-Päd.; tätig als Leiter der Ambulanten Diens-

te der Behindertenhilfe Hamburg gGmbH, seit 8/06 Lehrer an der Fachschule für Heilerziehung, seit 1993 Lehrbeauftragter an der HAW HH, Fakultät Soziale Arbeit u. Pflege.

Kastner, Peter

Jg. 1945, Prof. Dr. phil., Soz.arb (grad.), Dipl.-Psych., Psychoanalytiker; Stud. d. Sozialarbeit 1967-70, Psychologiestud. in Berlin 1971-75; tätig als Sozialarbeiter u. Psychologe, seit 1987 als Prof. an der Fakultät Soziale Arbeit u. Pflege der HAW Hamburg; 1988-92 Sprecher des Fachbereichs Sozialpädagogik.

Kiefer, Franz

Jg. 1959; Dr. phil., Dipl.-Psych. u. Dipl.-Päd.; tätig im Management einer Einrichtung d. Behindertenhilfe, freiberufl. in d. Entwicklung soz. Organisationen, seit 2005 geschäftsf. Gesellschafter der careNETZ Service gGmbH.
fkiefer@carenetz-service.org

Lorenzen, Ute

Jg. 1966; Dipl.-Soz.päd., Anti-Aggressivitäts- u. Coolness-Trainerin® (ISS-zertifiziert); Konzeption/Leitung des Stand-up-Trainings® mit/bei Nordlicht e.V.

Maas, Theodorus

Jg. 1944, Theologiestudium; berufl. Stationen: Jugendarbeit, Leitungsverantwortung in Sehgeschädigteneinrichtungen u. seit 1989 in der Ev. Stiftung Alsterdorf in verschied. Leitungs- und Stabsfunktionen, Arbeitsschwerpunkt: Vergesellschaftlichung der Hilfen für Menschen mit Behinderung.
t.maas@Alsterdorf.de

Mali, Agnes

Dipl.-Soz.päd.; Wiss. Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Familienbeziehungen an der Fakultät Soziale Arbeit und Pflege der HAW Hamburg.
steep@sp.haw-hamburg.de

Meisenbacher, Tanja

siehe *Personalien*, Seite 106.

Röh, Dieter

Jg. 1971, Prof. Dr., Dipl.-Sozialarb./Soz.päd. u. Gesundheitswissenschaftler (MPH); Tätigkeiten im Bereich psychiatrische Versorgung u. Behindertenhilfe, Wiss. Mitarb. FH Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, SoSe 2006 Berufung zum Hochschullehrer an der HAW Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege, Arbeitsschwerpunkte: Klin. Soziale Arbeit, Rehabilitation mit den Zielgruppen der geistig u. körperlich behinderten bzw. psychisch kranken Menschen; 1. Vors. DBSH e.V. – Landesverband Niedersachsen; 2 Kinder, verheiratet.



dieter.roeh@sp.haw-hamburg.de

Schablon, Kai-Uwe

Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.päd., Heilerzieher, Dozent an der Fachschule für Heilerziehung Hamburg; Doktorand an der Uni Hamburg; Vorstandsmitglied in der Dt. Heilpädagogischen Gesell. (www.dhg-kontakt.de), seit 2001 Lehrbeauftragter an der HAW Hamburg.
schablon@aol.com

Schader, Heike

Jg. 1965, Dr. phil.; Stud. Geschichte, Sozial- u. Wirtschaftsgeschichte u. Soziologie, Ausbildung „Systemische Therapie und Beratung“ u. „Systemische Supervision u. Organisationsberatung“, Lehrtherapeutin, selbstständig tätig im Bereich Supervision, Beratung, Fortbildung und Organisationsentwicklung; div. Veröffentlichungen zum systemischen Arbeiten in der Sozialen Arbeit.
www.supervision-beratung.com
info@supervision-beratung.com

Scharenberg, Wolfram

Jg. 1960, M.A., Dipl.-Journ.; freiberufl. tätig für Theater, Print, Hörfunk u. TV, Pressesprecher Ärztekammer HH u. Chefredakteur d. HHer Ärzteblatts, seit 2003 Bereichsleiter Kommunikation d. Ev. Stiftung Alsterdorf, Geschäftsf. von alsterdorf verlag GmbH u. Ev. Akademie HH e.V.
W.Scharenberg@Alsterdorf.de

Schawohl, Horst

Jg. 1965; Dipl.-Soz.päd., Anti-Aggressivitäts-Trainer® (ISS-zertifiziert); AAT-Kursleiter bei Nordlicht e.V. in Hamburg u. der JVA Hahnöfersand, Dozent am Institut f. Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt u. am Institut f. Konfrontative Pädagogik in HH; Doktorand der Uni Lüneburg.
SchawohlHorst@aol.com

Schürgers, Georg

Jg. 1957, Prof. Dr. med., Arzt für Psychiatrie u. Psychotherapie, Psycho-somatische Medizin u. Psychoanalyse; seit 1994 an die HAW Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege, 2002-2005 ärztl. Leitung d. Klinik Möhnesee, Abt. f. „Psychosomatische Prävention und Rehabilitation“, Forschungs- u. Lehrtätigkeit im Bereich Psychosomatik, Jugendmedizin u. Prozessforschung; Vater von 3 Kindern.
Georg.Schuergers@sp.haw-hamburg.de

Schwerdtfeger, Joachim

Jahrgang 1951, Dipl.-Psychologe, Geschäftsführer des außerklinischen Trägers Nußknacker e.V. in HH Altona.

Sorg, Richard

Jg. 1940, Prof. Dr. phil., Stud. d. Philosophie, Politikwiss., Soziologie u. Theologie; Hochschullehrer f. Allgemeine

Soziologie am Fachbereich Sozialpädagogik der HAW Hamburg, lehrte u.a. im Studienschwerpunkt „Soziale Arbeit mit jungen Menschen“, seit 2005 im Ruhestand.
Richard.Sorg@t-online.de

Straß, Katharina

Dipl.-Pflegepäd. (FH), Berufstätigkeiten im Bereich der Pflegeausbildung u. universitären LehrerInnenbildung im Berufsfeld Pflege, seit 3/2006 Wiss. Mitarb. Dualer Studiengang Pflege, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege.
katharina.strass@sp.haw-hamburg.de

Voepel, Manfred

Jg. 1955, Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.arb. (FH), Leitung des Sozialdienstes Aklepios Klinik Nord.
Manfred.Voepel@k-nord.lbk-hh.de

Vieweg, Barbara

Jg. 1960, Bundesgeschäftsführerin der „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland – ISL e.V.“, Lehrbeauftragte an der Universität Leipzig, Institut für Förderpädagogik.
bvieweg@isl-ev.de

von Sturm, Barbara

Dipl.-Pädagogin, Dipl.-Sozialpädagogin; Berufstätigkeit(en) im Bereich gesetzliche Betreuungen, Personalförderung u. Erwachsenenbildung (freiberuflich), seit 2000 als Lehrbeauftragte, seit 8/2004 als Wiss. Mitarbeiterin in Projekten zur Erhöhung des Studienerfolges an der Fakultät Soziale Arbeit und Pflege der HAW Hamburg.
vonsturm@sp.haw-hamburg.de

Wahls, Olaf

Jg. 1962, Tischler, Hörfunkjournalist, M.A. u. Dipl.-Soz.päd.; Studium d. Germanistik, Geschichte, Philosophie u. Sozialpädagogik (HAW); ca. 600 Hörfunkfeatures zu sozialen u. kulturellen Themen (Radio Bremen 2), z.Z. auf der Suche nach einer pädagogischen Arbeit im Bereich Schwerstbehinderung, ver.di-Mitglied
olafwahls@gmx.de

Weber, Petra

Prof., Dipl.-Päd.; seit 1997 Prof. für Pflegewissenschaften im Studiendepartment Pflege & Management an der Fakultät Soziale Arbeit und Pflege der HAW Hamburg.
petra.weber@sp.haw-hamburg.de

Winkler-Budwasch, Kay

Jg 1961, Dipl.-Pflegerwirt; Berufstätigkeit im Bereich der Intensivpflege u. Weiterbildung für Pflegekräfte; seit 8/2005 Wiss. Mitarb. der Fakultät Soziale Arbeit und Pflege.
kay.winkler-budwasch@sp.haw-hamburg.de