







Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Studiendepartment Soziale Arbeit

Der klientenzentrierte Ansatz in der Behindertenhilfe

-

Eine Konzeptentwicklung für eine ambulant betreute Wohngemeinschaft

Diplomarbeit

Tag der Abgabe:	30.01.2009
Vorgelegt von:	Stefanie von Twistern
	
	
	
	
Betreuende Prüferin:	Prof. Ilse Goldschmidt
Zweiter Prüfer:	Prof. Dieter Röh

Inhalt

Einleitung	1
Anmerkungen zum Sprachgebrauch	5

Erster Teil: Grundlagen

1 Begriffsklärung „Geistige Behinderung“	7
2 Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung	9
2.1 Historische Entwicklung	10
2.2 Aktuelle Situation	12
2.2.1 Stationäre Wohngruppen	14
2.2.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	17
2.2.3 Betreutes Einzelwohnen	19
3 „Ambulantisierung“ der Behindertenhilfe in Hamburg	22
4 Bausteine für die Konzeptentwicklung	23
4.1 Der klientenzentrierte Ansatz nach Rogers	23
4.1.1 Begründer	24
4.1.2 Menschenbild und Persönlichkeitstheorie	25
4.1.3 Beziehungsangebot	27
4.2 Das Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ nach Pörtner ..	29
4.2.1 Rahmen und Spielraum	31
4.2.2 Erleben als zentraler Faktor	32
4.2.3 Die kleinen Schritte	34
4.2.4 Selbstverantwortung	35
4.2.5 Überforderung und Unterforderung	36
4.3 Das Empowermentkonzept	37
4.4 Das Normalisierungsprinzip	40
5 Beispiel für die Anwendung des klientenzentrierten Konzeptes von Pörtner in einer Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung in Bremen	43

Zweiter Teil – Entwicklung eines Konzeptes für eine ambulant betreute Wohngemeinschaft

1 Ziele	50
2 Rahmenbedingungen	53
2.1 Der rechtliche Rahmen	54
2.2 Die Zielgruppe	54
2.3 Die Interessengemeinschaft	56
2.4 Die Wohnung	57
2.4.1 Lage	58
2.4.2 Größe	58
2.4.3 Ausstattung	59
2.4.4 Mietvertrag	59
2.5 Die Unterstützungsleistungen	60
2.5.1 Assistenzleistungen	60
2.5.1.1 Einzelassistenz	60
2.5.1.2 Präsenzzeit	61
2.5.1.3 Gruppenangebot	62
2.5.2 Pflegeleistungen	63
2.6 Die Assistenten	63
2.6.1 Beziehungsangebot	64
2.6.2 Qualifikation und Stellenschlüssel	65
2.7 Die Hilfeplanung	66
2.7.1 Hilfebedarfserhebung	66
2.7.2 Hilfeplan	66
3 Handlungsgrundlagen	67
4 Richtlinien für den Alltag	68
5 Angehörigenarbeit	70
6 Beschwerdestelle	72
Fazit	73
Literatur	74
Schriftliche Erklärung	79

Einleitung

Seit mehreren Jahren bin ich in der ambulanten pädagogischen Assistenz geistig behinderter Menschen tätig und begleite in diesem Rahmen seit fünf Jahren eine nun 31-jährige Frau, die unter der Bedingung einer Trisomie 21 lebt, bei der Bewältigung des Alltags. Ich besuche diese Klientin einmal wöchentlich für zweieinhalb Stunden und begleite sie bei der Haushaltsführung, bearbeite mit ihr die eingehende Post, unterstütze sie bei Behördenangelegenheiten und begleite sie zu verschiedenen Ärzten. Auch nach einiger Zeit der Betreuung von N.¹ hatte ich oft das Gefühl, dass sie sich mir nicht öffnet und ein eher sachliches Verhältnis zwischen uns entstanden war. Wenn dies ihr Wunsch wäre und sie mich lediglich als Unterstützerin für vereinzelte Aufgaben benötigte, wäre dies auch wünschenswert, da sie sich auf diese Weise nicht abhängig gemacht hätte. Jedoch hatte ich stets das Gefühl, sie wolle eigentlich mehr von mir. Jede Woche hole ich sie von der Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen ab und meist ignoriert mich N. anfangs. Nach einiger Zeit des schweigend nebeneinander Laufens oder Busfahrens beginnt N. sich in aufgebracht Weise über Geschehnisse am Arbeitsplatz, speziell über Konflikte mit Arbeitskollegen zu äußern. In der ersten Zeit habe ich ihr zugehört und versucht, sie zu beschwichtigen, den Konflikt zu analysieren sowie ihr die Positionen der Kollegen zu verdeutlichen. Darauf reagierte N. meist abwehrend oder brach das Gespräch abrupt ab. Erneute Versuche, über die Problematik zu sprechen, lehnte N. ab. Nach dem ich im Rahmen der Ausbildung mit dem klientenzentrierten Ansatz in Kontakt kam, versuchte ich, mein Verhalten an den dem Ansatz inne liegenden Grundsätzen auszurichten und einige Methoden während der Treffen mit N. anzuwenden. Die Veränderung ihres Verhaltens mir gegenüber erwies sich als enorm: sobald ich ihre emotionalen Erlebnisinhalte aufgriff und auf sie als Person und nicht auf das Geschehnis einging, begann sie zu weinen und mir zuzustimmen. Sie fühlte sich anscheinend von mir verstanden und weinte oft minutenlang, während ich weiter versuchte, mich in ihr inneres Bezugssystem einzufühlen. Dieses Beziehungsangebot führte zu einer veränderten Wahrnehmung ihrer eigenen

1 Aus Datenschutzgründen werde ich den Namen der Klientin nicht nennen und statt dessen „N.“ nutzen.

Gefühle als legitim und notwendig. Die Klientin lernte sich besser kennen und einzuschätzen, so dass sich allmählich auch der Umgang mit Kollegen veränderte. In diesem für N. neuartigen Prozess hat sie gelernt, sich angemessener zu reflektieren und hat dadurch im sozialen Leben profitiert. Auch ich als pädagogische Assistentin konnte lernen, dass das Aufzeigen verschiedener Positionen und das Trösten im Umgang mit einem Menschen, der seine eigenen Gefühle kaum einschätzen kann, nicht immer angemessen ist. Statt dessen erscheint es mir sinnvoller, die Person in den Mittelpunkt zu rücken und von ihr ausgehend ihre Lebenswelt zu erschließen, um ihre Gefühle zu verstehen und individuelle Lösungen für Probleme zu finden.

In diesem Fallbeispiel veränderte ich lediglich das Beziehungsangebot und versuchte mich auf das innere Bezugssystem der Klientin einzulassen. Diese beiden Facetten sind noch lange nicht gleichbedeutend mit der Anwendung des klientenzentrierten Konzeptes, jedoch verdeutlichte mir diese praktische Erfahrung, dass ich mich auf dem richtigen Weg zur Arbeit mit Klienten mit geistiger Behinderung bewegte.

Ich stieß auf die Konzeptentwicklung „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ von Marlis Pörtner, die auf dem klientenzentrierten Konzept nach Rogers basiert und in verschiedenen Behindertenhilfeeinrichtungen umgesetzt wird. Gleichzeitig bemerkte ich durch meine Arbeit in der ambulanten Behindertenhilfe, dass sich das Hilfesystem für Menschen mit geistiger Behinderung zunehmend verändert. Dies ist einerseits durch die fortschreitende Entwicklung im Rahmen des Normalisierungsprinzips seit den 1960er Jahren, der Psychiatrie-Enquete 1975 und der damit einhergehenden Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen der Fall. Andererseits hängt dies unmittelbar mit veränderten, auch politisch im Sozialgesetzbuch IX verankerten Zielen der Behindertenhilfe (Gleichberechtigung, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Selbstbestimmung) der letzten Jahre zusammen. Hinzu kommt die so genannte „Ambulantisierung“ der Behindertenhilfe in der Hansestadt Hamburg, die ihren Teil zur Erweiterung und Ausdifferenzierung der Wohnmöglichkeiten für behinderte Menschen beiträgt. Für die Behindertenhilfeträger bedeutet dies den Auftrag, neue Wohnkonzepte zu schaffen, um den individuellen Bedürfnissen der Menschen gerecht zu werden und den Vorgaben der Behörde zu entsprechen. Eine dieser Wohnformen, die im Rahmen der „Ambulantisierung“ von der Sozialbehörde gewünscht und eingeführt wird, ist die ambulant betreute Wohngemeinschaft. Meine Erfahrung in der Praxis zeigt, dass die in Hamburg ansässigen Träger solche

Wohnformen strukturell zwar entstehen lassen, häufig jedoch lediglich die Etiketten vertauschen und bisher stationäre Wohngruppen in solche ambulant betreuten Wohngemeinschaften umwandeln, ohne neue inhaltliche Konzepte für diese Umstrukturierung oder Neueröffnung zu entwerfen. Diesem Phänomen möchte ich begegnen, in dem ich im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein auf die Klienten ausgerichtetes, theoretisch fundiertes Konzept für eine ambulant betreute Wohngemeinschaft entwerfe. Dieses Konzept möchte ich an das klientenzentrierte Konzept nach Rogers und das Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ nach Pörtner anlehnen. Wie im Fallbeispiel deutlich wird, kann der Zugang zu Menschen mit geistiger Behinderung durch Anwendung des klientenzentrierten Konzeptes verbessert werden. Daraus resultiert ein Zugewinn an Verständnis und Akzeptanz für die Bewohner der Wohngemeinschaft, der durch intensivere Auseinandersetzung mit den Potenzialen der Bewohner zu einem Mehr an Selbstbestimmung für diese führt und sich damit wiederum positiv auf die Lebensbedingungen auswirkt. Wichtig ist, dass das Konzept stets die Bewohner im Fokus hat und nicht ausschließlich Rahmenbedingungen absteckt.

Im ersten Teil der Arbeit werde ich die theoretischen Grundlagen für die im zweiten Teil folgende Konzeptentwicklung darstellen. Zunächst werde ich den Begriff der Behinderung einführen. Darauf folgt im zweiten Kapitel ein Überblick über verschiedene Wohnformen für geistig behinderte Menschen in Hamburg, um die Abgrenzungen und Unterschiede zu verdeutlichen, auf denen die Konzeptentwicklung basiert. Um den sozialpolitischen Kontext in Hamburg, durch den eine veränderte Wohnangebotsstruktur entsteht, zu verdeutlichen, werde ich im dritten Kapitel die Ambulantisierung der Behindertenhilfe in Hamburg thematisieren. Anschließend folgen im Kapitel vier verschiedene theoretische Bausteine, auf denen die Konzeptentwicklung im zweiten Teil basiert. In Kapitel 4.1 werde ich den Ansatz von Rogers ausführen, da dieser den Grundstein meiner Überlegungen zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung darstellt. Auf dem klientenzentrierten Ansatz von Rogers beruht das Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ von Marlis Pörtner, dessen Grundsätze ich in Kapitel 4.2 erläutern werde. Um eine grundsätzliche Haltung zum Thema Selbstbestimmung, das in die Konzeptentwicklung an verschiedenen Stellen einfließen wird, zu fundieren, wird in Kapitel 4.3 das Empowermentkonzept kurz dargestellt. Zusammen mit dem in Kapitel

4.4 ausgeführten Normalisierungsprinzip stellt dieses eine Grundlage in der Arbeit mit behinderten Menschen dar. Das im zweiten Teil folgende Konzept orientiert sich an diesen beiden Ansätzen.

Da bereits Behindertenhilfeeinrichtungen nach dem Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ arbeiten, habe ich im Rahmen der Vorbereitung auf die vorliegende Arbeit eine solche Institution in Bremen besucht. Die Erfahrungen und Erkenntnisse der Arbeit nach dem Ansatz, die ich in dem dort geführten Gespräch in Erfahrung bringen konnte habe, werde ich in Kapitel fünf ausführen, welches den ersten Teil der Arbeit abschließt.

Im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit folgt die Konzeptentwicklung für eine ambulant betreute Wohngemeinschaft auf der Basis des klientenzentrierten Ansatzes. Zunächst, in Kapitel eins, werde ich die unterschiedlichen Ziele nennen, die in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft verfolgt werden sollen. Diese bieten die Orientierung für das gesamte Konzept. Im zweiten Kapitel werden strukturelle Voraussetzungen beschrieben, die den rechtlichen Rahmen, die Zielgruppe der ambulant betreuten Wohngemeinschaft, die Möglichkeiten der Mitbestimmung der Bewohner und die Beschaffenheit der Wohnung verdeutlichen. Weitere Rahmenbedingungen stellen die verschiedenen möglichen Unterstützungsleistungen der Bewohner, die Mitarbeiterstruktur, die unterschiedlichen Formen der Betreuung sowie die Hilfeplanung dar. In Kapitel drei folgen die Handlungsgrundlagen, die auf klientenzentrierten Grundsätzen basieren. Hier geht es darum, die Haltung der Mitarbeiter und den klientenzentrierten Umgang mit den Bewohnern zu verdeutlichen. Im vierten Kapitel werde ich Richtlinien für den Alltag in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft aufstellen, die der Orientierung der Mitarbeiter dienen sollen. Ein weiterer Punkt in der Konzeptentwicklung ist die Angehörigenarbeit, die ich im fünften Kapitel thematisieren werde.

Im Anschluss folgt ein Fazit, in dem ich mich abschließend mit der Konzeptentwicklung und den Perspektiven einer Umsetzung in die Praxis auseinander setze.

Anmerkungen zum Sprachgebrauch

In der vorliegenden Arbeit wird die männliche Form stellvertretend für beide Geschlechter verwendet. Dies geschieht aus Gründen des besseren Leseflusses und soll nicht als Verdrängung der jeweils weiblichen Form verstanden werden. Somit mögen sich auch weibliche Leser bitte stets angesprochen fühlen.

Um die kategoriale Zuschreibung als „geistig Behinderte“ zu vermeiden, verwende ich zusätzlich soziale Zuschreibungen wie „Menschen“, „Personen“, „Frauen“, „Männer“ oder „Kinder“. Dies stellt die Behinderungsproblematik in den Hintergrund und sie wird lediglich als „Merkmal einer besonderen Lebenslagenproblematik“ (THIMM 2003: 11) hinzugefügt (zum Beispiel „geistig behinderte Frau“, „Menschen mit Behinderung“).

In der Arbeit werde ich die Menschen mit Behinderung, die Assistenz erhalten oder anderweitige Rezipienten der sozialen Arbeit darstellen, Klienten nennen. Dies soll keinesfalls eine Abhängigkeit oder ein Machtgefälle verdeutlichen, sondern, angelehnt an den von ROGERS geprägten Begriff „klientenzentrierte“ Gesprächsführung bzw. Beratung, den Adressaten der Sozialen Arbeit betiteln.

Obwohl die Wohnform, in der es in der Konzeptentwicklung gehen soll, ambulant betreute Wohngemeinschaft genannt wird, werde ich die Betreuungsleistung als Assistenz bezeichnen. Der Begriff der assistieren wird mit jemandem „nach dessen Anweisungen zur Hand gehen“ übersetzt (Vgl. DUDEN 2006: 181). Ich erachte dies als treffende Bezeichnung für die sich aus dem Konzept ergebende Arbeit in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Da der Name der Wohnform von der Hamburger Sozialbehörde festgelegt ist, behalte ich diesen bei- auch wenn das Wort „betreuen“ als „vorübergehend in seiner Obhut haben, in Obhut nehmen; für jmdn., etw. sorgen“ (DUDEN 2006: 293) nicht den Grundsätzen des Konzeptes, wie sie in der vorliegenden Arbeit beschrieben werden, entspricht. Ferner ziehe ich die Begrifflichkeit „Assistent“ der des „Betreuers“ vor, da sonst Verwechslungen mit gesetzlichen Betreuern nach dem Betreuungsgesetz vom 01.01.1992 (rechtliche Betreuungen für Menschen, die auf Grund ihrer Behinderung ihre Angelegenheiten nicht allein erledigen können) vorprogrammiert sind.

ROGERS veränderte die Begrifflichkeiten seines Ansatzes im Laufe der Jahrzehnte mehrmals. Zu Beginn seiner Schaffenszeit nutzte er zum Beispiel den

Begriff „nondirektive Beratung“. In den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts führte er den Begriff „klientenzentriert“ ein, mit dem er sich auf seine Klienten und deren Potenziale bezog. In dieser Phase entwickelte er ein Theoriegerüst, das im dritten Kapitel des ersten Teils dieser Arbeit verdeutlicht wird. Ab den 1970er Jahren verwendete ROGERS den Begriff „personenzentriert“ und wollte damit zum Ausdruck bringen, dass sich der Ansatz nicht nur auf Klienten der Psychotherapie und Beratung bezieht, sondern auf Menschen in verschiedenen Lebensbereichen ausgeweitet werden kann. (Vgl. ROGERS 1987: 66) Da sich diese Arbeit auf die Anwendung des Ansatzes auf eine bestimmte Personengruppe und somit auf ein spezielles Klientel der sozialen Arbeit bezieht und professionelles Handeln untermauern soll, verwende ich hauptsächlich die Begrifflichkeit „klientenzentriert“. In Fällen, in denen sich die Anwendung auf andere Menschen als die Klienten bezieht (zum Beispiel auf den Umgang mit Mitarbeitern), werde ich den Begriff „klientenzentriert“ ebenfalls nutzen, da es weiterhin um professionelles Handeln und nicht um den lebenspraktischen Bereich geht².

Die hier verwendete Form der wissenschaftlichen Arbeit leite ich aus den Angaben des Bandes „DUDEN. Die schriftliche Arbeit.“ (2000) ab.

2 Hierzu ein Zitat von Linster und Panagiotopoulos: „Im Unterschied zum Personenzentrierten Ansatz, welcher die Anwendung klientenzentrierter Prinzipien im lebenspraktischen Bereich versucht und propagiert und keine eigenständige Theorie besitzt, stellt das Klientenzentrierte Konzept professionelles Handeln in entsprechenden Lebensbereichen in den Vordergrund. Der Begriff klientenzentriertes Konzept umfaßt die klientenzentrierten Anwendungskonzepte und Anwendungstheorien tätigkeitsspezifischer Handlungskonzepte. Das Klientenzentrierte Konzept ist also das Produkt der Reflexion und Organisation tätigkeitsfeldbezogener Aufgaben bzw. klientenzentriert ausgerichteter praktischer Erfahrung in bestimmten Tätigkeitsfeldern.“ (LINSTER und PANAGIOTOPOULOS 1990: 54 f.)

Erster Teil

Grundlagen

1 Begriffsklärung „Geistige Behinderung“

Eine allgemein gültige Definition von „geistiger Behinderung“ existiert bisher nicht, daher wird an dieser Stelle beschrieben, was darunter im Kontext dieser Arbeit verstanden werden soll. Dabei berufe ich mich auf die in der BRD gebräuchliche rechtliche Begriffsbestimmung (Sozialgesetzbuch IX) von Behinderung allgemein, die Definition der Weltgesundheitsorganisation sowie das Verständnis von geistiger Behinderung aus der Sicht der Behindertenpädagogen BLEIDICK und THIMM.³ Das SGB IX umschreibt den Begriff „Behinderung“ in § 2 wie folgt:

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. (§ 2 Abs. 1 S.1 SGB IX)

Bisher orientierte sich der Begriff der Behinderung im Sozial- und Rehabilitationsrecht an den körperlichen, geistigen oder psychischen Defiziten. Die jetzige Begriffsbestimmung im 2001 nivellierten SGB IX rücke demgegenüber das Ziel der Teilhabe an am gesellschaftlichen Leben in den Vordergrund. Maßgebend

3 Ich verzichte auf die aus meiner Sicht unbefriedigende, weil einseitige, Orientierung an Intelligenzquotienten zur Einstufung der geistigen Behinderung in unterschiedliche Schweregrade. Ältere Definitionsansätze (zum Beispiel BACH 1977 in: Hensle, U./Vernooij, M. A. 2000: 131) reduzieren geistige Behinderung auf die Intelligenzminderung, die jedoch wenig über die Kompetenzen des Menschen zur Alltagsbewältigung oder den daraus ableitbaren Hilfebedarf aussagt. (Vgl. THIMM 2003: 11) Eine solche Sichtweise entspricht nicht dem Verständnis von Menschen im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes und ist deshalb unerheblich für diese Arbeit.

sei nicht die Beeinträchtigung selbst, sondern deren Auswirkungen in einem oder mehreren Lebensbereichen. Eine Behinderung wird damit als individuell sowie situations- und umfeldabhängig verstanden (Vgl. BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER INTEGRATIONSÄMTER UND HAUPTFÜRSORGESTELLEN 2008).

Die Definition des SGB IX korrespondiert mit dem ICF⁴-Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die eine internationale länder- und fachübergreifende einheitliche Beschreibung der Behinderung einer Person sowie der Beeinträchtigung der Aktivitäts- und Teilhabemöglichkeiten enthält (vgl. RÖH 2006: 6 ff.). Hier wird durch die drei Begriffe Function (Funktion), Activity (Aktivität) und Participation (Teilhabe) deutlich, dass Behinderung verschiedene Dimensionen beinhaltet, nämlich die medizinische, bzw. körperliche Ebene (Function), die personale, bzw. psychologische/pädagogische Ebene (Activity) sowie die gesellschaftlich-soziale Ebene (Participation) (Vgl. HENSLE/VERNOOIJ 2000: 13).

Beide Begriffsklärungsversuche zeigen auf, dass der Begriff der Behinderung nicht ausschließlich medizinische Komponenten aufweist, sondern die sozialen Faktoren wie die gesellschaftliche Integration erheblich zu einer Behinderung eines Menschen beitragen. Dies verdeutlicht BLEIDICK in folgender Formulierung einer Definition von Behinderung:

Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen so weit beeinträchtigt sind, daß ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft erschwert werden.
(BLEIDICK 1999: 15)

Hier wird deutlich, dass Behinderung die Folge einer Schädigung ist, eine individuelle Seite hat und die soziale Dimension, die Teilhabeeinschränkung, von Bedeutung ist. Es werden zentrale Merkmale genannt, die verdeutlichen, dass „Behinderung keine feststehende Eigenschaft eines Menschen ist, sondern immer von den Lebensumständen des Einzelnen und seinen sozialen Bezügen abhängt.

4 Abkürzung für: International Classification of Functioning, Disability and Health.

Eine Definition bleibt darum immer nur relativ.“ (FORNEFELD 2002: 46)

Nach THIMM wird die geistige Behinderung eines Menschen als „komplexer Zustand aufgefasst, der sich unter dem vielfältigen Einfluss sozialer Faktoren aus medizinisch beschreibbaren Störungen entwickelt hat. Die diagnostizierbaren prä-, peri- und postnatalen Schädigungen erlauben keine Aussage zur geistigen Behinderung eines Menschen.“ (THIMM 2003: 10)

THIMM geht davon aus, dass das „Entstehen einer geistigen Behinderung“ vom „Wechselspiel zwischen den potentiellen Fähigkeiten des betroffenen Menschen und den Anforderungen seitens der konkreten Umwelt“ (ebd.) abhängt.

Geistige Behinderung ist also eine gesellschaftliche Positionszuschreibung aufgrund vermuteter oder erwiesener Funktionseinschränkungen angesichts der als wichtig betrachteten sozialen Funktionen. (THIMM 2003:10)

Aufgrund der deutlich gewordenen Relevanz der sozialen Faktoren ergeben sich Interventionsmöglichkeiten auf der sozialen Ebene. So kann zum Beispiel eine auf die individuellen Fähigkeiten und Funktionen des als behindert geltenden Menschen angepasste Wohnform dessen Teilhabe einschränkungen deutlich mindern und die Auswirkung der Behinderung im Rahmen des Wohnens minimieren. Aus diesem Grund ist es wichtig, ein möglichst breites Spektrum an Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung vorzuhalten, um den individuellen Bedürfnissen gerecht werden zu können.

2 Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung

Außer Frage steht, dass das Wohnen ein Grundbedürfnis des Menschen darstellt. Die Wohnung ist der ständige Bezugspunkt eines Menschen, den man verlässt und an den man wieder zurückkehrt. Wohnen trägt die Funktionen von Sicherheit, Schutz und Geborgenheit. Wohnen ermöglicht eine Abgrenzung von Außen und gewährleistet eine Rückzugsmöglichkeit. In der eigenen Wohnung ist es

möglich, sich frei von äußeren Regeln und Zwängen zu bewegen und sich selbst zu entfalten. Wohnen kann, wenn mehr als eine Person zusammen leben, Begegnung und Gemeinschaft bedeuten (vgl. SACK 1998: 193 ff.). Die Qualität des Wohnens hängt also unmittelbar mit dem individuellen Wohlbefinden zusammen. Ein Ziel einer neu konzipierten Wohnform muss also die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung darstellen.

Das Wohnen geistig behinderter Menschen sei „in hohem Maße fremdbestimmt“ und gekennzeichnet durch „Fremdunterbringung“ außerhalb der eigenen Familie sowie durch ein „hohes Maß an Institutionalisierung“ (THESING 1998: 45).

Es geht in meinen Augen darum, verschiedene normalisierte Wohnformen als Rahmenbedingung anzubieten, dabei individuelle (Wohn-)Bedürfnisse zu berücksichtigen und Unterstützung bei der sozialen Teilhabe zu verwirklichen.

2.1 Historische Entwicklung⁵

Um zu verdeutlichen, weshalb neue Wohnformen und Konzepte hierfür entwickelt werden, ist die historische Entwicklung der Wohnmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung relevant.

Die Behindertenhilfe in Deutschland erlebt seit Jahrzehnten einen Wandel, der mit stetiger Veränderung des Hilfesystems verbunden ist. Ausschlaggebend hierfür ist ein Wertewandel, der eng mit dem in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts in Skandinavien entwickelten Normalisierungsprinzip (Siehe Kapitel 4.4) zusammenhängt. In diesem Zusammenhang veränderten sich auch die Wohnmöglichkeiten von geistig behinderten Menschen mit dem Anspruch, normale Lebensbedingungen für diese zu schaffen. Menschen mit Behinderung lebten vor den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts vor allem in Familien oder in Anstalten und

5 Ich beschränke mich bei der historischen Betrachtung der Wohnformen für Menschen mit Behinderung in Deutschland auf die Entwicklung ab 1960, da eine weitreichendere historische Darstellung für das Ziel dieser Arbeit, die Entwicklung eines Konzepts, nicht von Bedeutung ist.

Psychiatrischen Landeskrankenhäusern unter oft menschenunwürdigen Bedingungen. In solchen psychiatrische Kliniken und Anstalten lebten Menschen in Schlafsälen ohne Privatsphäre, verließen die Wohneinrichtungen kaum und erlebten einen monotonen Tagesablauf mit einem „Mindestmaß an Förderung oder individueller Ansprache“ (FORNEFELD 2002: 133), so dass ehemals erworbene Fähigkeiten zurückgingen und Verhaltensprobleme entstanden (vgl. ebd.). Möglichkeiten für eine angemessene Persönlichkeitsentwicklung lagen nicht vor.

Als Folge des Normalisierungsprinzips begann schließlich eine wertschätzende Haltung gegenüber geistig behinderten Menschen vorzuherrschen, die mit den Forderungen nach einem Mehr an Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einher ging. In Bezug auf die Erreichung dieser beiden Globalziele der Arbeit mit behinderten Menschen sind auch die sich im Laufe der Zeit verbesserten Wohnmöglichkeiten für diese Klientel veränderungs- und weiterentwicklungsbedürftig. Ab ca. 1965 wurden Wohnheime entwickelt, die 60-120 Menschen mit Behinderung Platz boten (vgl. THESING 1998: 89 und 92). Die Psychiatrie-Enquête des Bundestages 1975 gab den Anstoß zur Enthospitalisierung, also zur Unterbringung von behinderten Menschen außerhalb der Psychiatrien. Menschen mit Behinderung wurden daraufhin in Heimen oder, ohne Umweg über solche Spezialeinrichtungen, in gemeindenahen Wohnmöglichkeiten (siehe Kapitel 2.2.1) untergebracht (vgl. SEIFERT 1997: 71 ff.).

„Im Zuge der Integrationsbewegung in den 80er Jahren [des 20. Jahrhunderts, S. v. T.] wurden [...] gemeindeintegrierte Wohngruppen [...] eingerichtet, die dem Anspruch auf größtmögliche Normalisierung der Lebensbedingungen und auf Autonomie in der Lebensgestaltung sehr nahe kommen.“ (1)

Der Begriff Selbstbestimmung gewann in Deutschland ab dem Anfang der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts an Bedeutung. Dieser stehe in engem Zusammenhang der US-amerikanischen Independent-Living-Bewegung, die dort in den 1960er Jahren entstand und inzwischen in vielen Ländern das Selbstverständnis von Menschen mit Behinderung prägte. Ausgangspunkt sei die Gleichberechtigung in Bezug auf Rechte und Bedürfnisse behinderter Menschen, aus der die Forderung nach Selbstbestimmung folge (vgl.: 39). Die Anhänger der Independent-Living-Bewegung, deren Initiatoren körperbehinderte Menschen gewesen seien, die gegen Fremdbestimmung und Entmündigung protestierten, forderten Alternativen zu

stationären Wohnformen (vgl.: 43). Als handlungsleitendes Konzept der Behindertenpädagogik sollte die Selbstbestimmung Menschen mit Behinderung in jeder Hinsicht ermöglicht werden. Dies geschieht in der Wohnform auf unterschiedlichste Weise und stellt eine primäre Leitlinie dar, an der sich Mitarbeiter zwingend orientieren sollten.

2.2 Aktuelle Situation

Auch heute lebt etwa die Hälfte der Erwachsenen mit geistiger Behinderung im familiären Kontext (SEIFERT 2000: 163). Zum einen läge dies an fehlenden Wohnplätzen, zum anderen an Ablösungsproblemen zwischen Elternhaus und Kind (vgl.: 165). Oft seien Familien behinderter Kinder besorgt um die adäquate Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die Betreuung des behinderten Kindes werde zur Lebensaufgabe und die häufig besonders enge Bindung von Eltern und ihren behinderten Kindern erschwere den Auszug aus dem Elternhaus. Zusätzlich spiele die finanzielle Situation auf Grund der häufig zu Gunsten der Betreuung des Kindes aufgegebenen Berufstätigkeit der Mütter eine Rolle. Das Pflegegeld gehöre zum Familienbudget und ein Auszug des behinderten Kindes habe zum Teil erhebliche finanzielle Einbußen zur Folge (vgl. ebd). Aus den genannten Gründen und der Tatsache, dass es zu normalisierten Lebensbedingungen eines Erwachsenen mit Behinderung gehört, den elterlichen Haushalt etwa im Alter zwischen 20 und 25 zu verlassen um die Persönlichkeitsentwicklung voranzutreiben und größere Selbstständigkeit zu erlangen, ist es wichtig, die Verunsicherung der Eltern in der pädagogischen Arbeit zu berücksichtigen.

Die meisten Menschen, die außerhalb der familiären Wohnung leben, wohnen in „Heimeinrichtung mit Rundumversorgung“ (163). Als Folge der Enthospitalisierung leben heute nur noch wenige Menschen mit geistiger Behinderung in Psychiatrien oder anstaltsartigen Großeinrichtungen, sondern meist in Kleinstwohnheimen oder stadtteilintegrierten Wohngruppen, in denen jede Person ein eigenes Zimmer

bewohnt und Wert auf Selbstverwirklichungsmöglichkeiten gelegt wird⁶. Der Mensch mit Behinderung werde heute als Mitglied der Gesellschaft und damit integrierbar angesehen (vgl. THESING 1998: 45). Somit wird gefördert, dass Menschen mit Behinderung ihren Alltag so selbstständig wie möglich und, damit einhergehend, ihre Wohnbedingungen entsprechend ihrer Fähigkeiten und ihres Unterstützungsbedarfes gestalten. Aktuell findet eine Ausdifferenzierung der Wohnmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung statt. Um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden reichen die Wohnangebote von vollstationären Einrichtungen über Hausgemeinschaften, stadtteilintegrierte Wohngruppen, ambulant betreuten Wohngemeinschaften bis zu Wohnen in der eigenen Wohnung mit geringer ambulanter Unterstützung.

Die Ausdifferenzierung und vor allem die Ambulantisierung von stationären Wohneinrichtungen birgt allerdings ein Problem für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Sie haben einen höheren Hilfebedarf und sind oftmals auf pflegerische Unterstützung angewiesen. Häufig können sie nicht allein in einer Wohnung bleiben und sind auf ganztägige Unterstützung angewiesen. In ambulanten Wohnformen kann diesem Bedarf bisher oft nicht entsprochen werden, so dass die Ambulantisierung zu einem Auszug der Menschen mit leichteren Behinderungen und geringem Unterstützungsbedarf und dem Verbleib der Bewohner mit schweren Behinderungen und hohem Unterstützungsbedarf führt. Dies hat zur Folge, dass sich stationäre Wohneinrichtungen strukturell in Richtung Pflegeeinrichtungen verändern und die Normalisierung der Wohnbedingungen und die Selbstbestimmung nicht jedem Menschen mit Behinderung ermöglicht wird. Die Kostenträger müssen zu der Auffassung veranlasst werden, dass Ambulantisierung nicht bei jedem Menschen die kostengünstigere Alternative darstellt, aber das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe für jeden Menschen mit Behinderung gilt. Aus diesem Grund müssen die Kostenträger auch Menschen mit hohem und daher kostenintensivem Hilfebedarf das Leben in ambulanten Wohnformen gewähren und für eine dem individuellen Bedarf angepassten Hilfe Sorge tragen.

6 Nach SEIFERT (2000: 164) seien die ambulant betreuten Gruppen- und Einzelwohnungen in den norddeutschen Stadtstaaten, also Hamburg und Bremen, weiter verbreitet als in den übrigen Bundesländern.

Im Folgenden werde ich auf die gängigsten Wohnformen in Hamburg eingehen, da es mir um die Differenzierung dieser in Bezug auf die Konzeptentwicklung und die aktuellen Entwicklungen in der Hansestadt geht. In Hamburg und vor allem bundesweit existieren natürlich weitere Formen des Wohnens für Menschen mit geistigen Behinderungen, die ich im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht berücksichtigen werde. Ferner existieren Überschneidungen im Sprachgebrauch der Wohnformen, die zu Verwirrung führen können. Zum Beispiel werden die Begrifflichkeiten „Wohngruppen“ und „Wohngemeinschaften“ in der Bundesrepublik von verschiedenen Trägern der Behindertenhilfe synonym verwendet. Die folgenden Erläuterungen beruhen auf dem Sprachgebrauch der Behörden und Behindertenhilfeträger Hamburgs.

2.2.1 Stationäre Wohngruppen

Die sich seit 1977 quantitativ stärker entwickelnden Wohngruppen sind von einem Dritten (Träger) organisierte, stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe in denen volljährige Menschen mit geistigen, körperlichen oder mehrfachen Behinderungen betreut werden (vgl. THESING: 85).

In Hamburg lebten im Jahr 2007 ca. 2.500 Menschen mit Behinderung in dieser Wohnform (vgl. HANSESTADT HAMBURG 2007 b: 37). Das Ziel dieser Leistung beinhaltet die „Betreuung und Lebensgestaltung im stationären Wohnen“ (54). In Hamburg existierten 2007 67 Anbieter, die für die Leistung ca. 108 € pro Tag erhielten (vgl. ebd.).

Die Voraussetzung für die Aufnahme ist die Zugehörigkeit zu dem in § 53 SGB XII⁷ und in der Verordnung nach § 60 SGB XII⁸ genannten Personenkreis. Die Träger der Wohngruppen schließt eine Leistungsvereinbarung (nach § 75 SGB XII) mit der Sozialbehörde ab, durch die genaue Rahmenbedingungen und Kostensätze⁹

7 Das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung.

8 Engere Begriffsbestimmungen der wesentlichen Behinderung und genaue Bestimmung des Personenkreises (siehe dort).

9 Die Vergütung der Wohngruppenplätze erfolgt durch eine der Hilfebedarfsgruppe zugeordneten Pauschalleistung. Es existieren fünf Hilfebedarfsgruppen, die durch das sog. Metzler-Verfahren

geregelt sind. Der zuständige Sozialhilfeträger übernimmt die Kosten in Form von Pauschalsätzen, deren Höhe im Rahmen eines Gesamtplanverfahren nach § 58 SGB XII individuell ermittelt werden (vgl. Hansestadt Hamburg 2007 b: 38).

Wohngruppen¹⁰ stellen meist stadtteilintegrierte, barrierefreie Wohnangebote dar, in denen wenige Bewohner in einer Wohnung in einem Mehrfamilienhaus oder einem Haus zusammenleben, jedoch keinen Mietvertragspartner darstellen. Für jeden Bewohner steht ein Einzelzimmer zur Verfügung, das nach seinen Vorstellungen und Wünschen gestaltet wird. Gruppenräume existieren meist in Form von Wohn- und Esszimmer sowie einer Gemeinschaftsküche. Mehrere Badezimmer werden ebenfalls gemeinsam genutzt. Die Gemeinschaftsräume werden vom Wohngruppenträger im Rahmen einer Grundausstattung gestellt, wobei die Bedürfnisse der Bewohner nach Privatsphäre und Wohnlichkeit berücksichtigt werden. Dies bedeutet eine Einrichtung im Sinne des Normalisierungsprinzips. Es soll keine Heim- oder Krankenhausatmosphäre durch Ausstattung, Mobiliar und Bodenbeläge entstehen. Einrichtungsgegenstände sollten aus Möbelhäusern gewählt werden, die jedem Bürger zugänglich sind. Jede stationäre Wohngruppe verfügt über ein Dienstzimmer, in dem eine Schlafmöglichkeit für die Mitarbeiter, die Nachtdienst übernehmen, und über einen Arbeitsplatz für die Mitarbeiter.

In einigen Wohngruppen sind Ein- bis Zwei-Zimmerappartements integriert, die oft über separate Küche und Bad verfügen. Hier zeigt sich, dass die Übergänge von stationären in ambulante Wohnformen durch die Möglichkeit des selbstständigen Wohnens innerhalb der Einrichtung erleichtert werden und Bewohner mit dem Wunsch nach mehr Selbstständigkeit angemessen unterstützt werden können.

Die Bewohner erhalten Hilfeleistungen entsprechend ihres individuellen Bedarfes und ihren Wünschen durch zum größten Teil pädagogisch geschultes Fachpersonal (Sozialpädagogen, Erzieher, Heilerziehungspfleger) und durch anderes Personal wie pädagogische Helfer, Zivildienstleistende oder Frauen und Männer im freiwilligen sozialen Jahr, Hauswirtschaftskräfte sowie zum Teil Pflegefachkräfte. Das Ziel dieser Unterstützungen sollte die Erlangung

ermittelt werden.

10 Die folgenden Angaben stützen sich auf Erfahrungen, die ich während meines studienbegleitenden Praktikums beim Behindertenhilfeträgers Leben mit Behinderung Hamburg gemacht habe. Weitere Denkanstöße lieferte die trägerinterne Leistungsbeschreibung für Wohngruppen (unveröffentlicht).

größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung¹¹ darstellen, sowie ein hohes Maß an Lebensqualität gewährleisten. Durch die Betreuung in der Wohngruppe werden Bewohner darin unterstützt, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen (durch Freizeitangebote in der Gruppe oder Begleitung von einzelnen Bewohnern zu Freizeitveranstaltungen, Nutzung allgemeiner Dienstleistungen usw.), einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu finden oder aufzusuchen (Organisation der Fahrt, Fahrtraining) oder den Alltag zu bewältigen (Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung und Mahlzeiten, Umgang mit Geld, Einkauf, Unterstützung bei der Hausarbeit, bei Behördenangelegenheiten etc.).

Die meisten Bewohner üben tagsüber eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen, einer Tagesstätte oder auf dem ersten Arbeitsmarkt aus und kommen erst am Nachmittag mit einem Fahrdienst oder selbstständig in die Wohnung. Die Zubereitung der Mahlzeiten und die Aufnahmeform dieser variiert stark. In einigen Wohngruppen wird gemeinsam eingekauft, gekocht und gegessen, in anderen erledigt dies jeder Bewohner mit entsprechender Unterstützung selbstständig und verfügt gegebenenfalls über einen eigenen Kühlschrank.

Stationäre Wohngruppen entstanden auf der Grundlage der Zielorientierung normalisierter Wohnbedingungen und dienen durch ihre gemeindenahelage der Inklusion in die Gesellschaft. Behinderte Menschen erhalten Sozialkontakte im Wohnumfeld, zum Beispiel zu nichtbehinderten Nachbarn, und können somit das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eher erreichen. Wohngruppen bieten zwar Raum für Selbstbestimmung und bieten Chancen des Erwerbs von zusätzlicher Autonomie durch zum Beispiel Erlernen von Alltagskompetenzen. Doch ist die Entfaltung der Persönlichkeit und der Selbstbestimmung immer durch das Zusammenleben in der Gruppe eingeschränkt. Auch stellt das Zusammenleben mit anderen behinderten Menschen in einer Einrichtung der Behindertenhilfe keine normale Lebensbedingung dar sondern entspricht eher dem Charakter einer Zwangsgemeinschaft. Für viele Menschen bietet eine stationäre Wohngruppe die für sie momentan richtige Balance zwischen festem Rahmen und Struktur und andererseits der Möglichkeit, selbstbestimmt und frei von rigiden Strukturen, den

11 Eingeschränkt durch das gemeinschaftliche Zusammenleben in der Gruppe und damit einhergehender Regeln, Absprachen und Kompromisse.

eigenen Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfen entsprechend, zu leben. Trotzdem leben immer noch Menschen in Wohngruppen, die weit aus weniger Unterstützung bedürfen, als in dieser Wohnform üblich ist. Viele trauen sich nicht zu, ganz allein in einer Wohnung zu leben.

Aus diesen Gründen müssen weitere Abstufungen zwischen stationären Wohngruppen und dem Leben in der eigenen Wohnung angeboten werden.

2.2.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Eine in Hamburg neue, im Moment stark expandierende Wohnform stellt die ambulant betreute Wohngemeinschaft dar. Hier leben wenige Menschen mit Behinderung gemeinsam in einer Wohnung und erhalten ambulante Betreuungsleistungen, schließen jedoch selbst Mietverträge ab (im Gegensatz zu stationären Wohnformen) (vgl. Hansestadt Hamburg 2007). Es handelt sich bei der ambulant betreuten Wohngemeinschaft¹² um eine individuelle Leistung der Eingliederungshilfe im Rahmen von ambulanten Hilfen. Der Sozialhilfeträger übernimmt die Kosten in Form von Maßnahmepauschalen, die, wie bei der Beantragung von Kostenübernahme eines Wohngruppenplatzes, in einem Gesamtplanverfahren ermittelt werden (vgl. Hansestadt Hamburg 2006 a). Somit ergeben die bewilligten Betreuungsstunden der Bewohner einer Wohngemeinschaft eine hohe Betreuungsdichte (im Vergleich zum betreuten Einzelwohnen) vor Ort. Die AWG stellt eine Mischform zwischen einer stationären Wohngruppe und dem ambulant betreuten Einzelwohnen dar, da die Bewohner zwar mit anderen Menschen zusammen leben (wie in der Wohngruppe), jedoch ambulante Unterstützungsleistungen erhalten (wie im betreuten Einzelwohnen). Dies bedeutet, dass die Mitarbeiter sich nicht rund um die Uhr in der AWG befinden, sondern lediglich zu vereinbarten Einzel- oder Gruppenterminen in die AWG kommen. Die Bewohner sollen sich möglichst gemeinsam für einen Assistenzdienst entscheiden, der die Einzel- und Gruppenassistenzleistungen in der AWG erbringt. Ein wichtiges Merkmal der AWG stellt die Unabhängigkeit von Wohnen und Assistenzleistungen

¹² Im Folgenden durch AWG abgekürzt.

dar (vgl. HANSESTADT HAMBURG 2007). Dies bedeutet, dass die Bewohner Mietverträge direkt mit Vermietern abschließen (ohne dass ein Behindertenhilfeträger als Vermieter auftritt).

Das Leistungsziel einer AWG lautet „selbständige Haushaltsführung und Lebensgestaltung nach Bezug der eigenen Wohnung in der Wohngemeinschaft“ (HANSESTADT HAMBURG 2007 b: 54). Die Leistungsdauer ist im Gegensatz zur Pädagogischen Betreuung im eigenen Wohnraum nicht begrenzt. In Hamburg lebten im Jahr 2006 83 Personen in dieser Wohnform. Die neun Anbieter dieser Leistung erhielten dafür zwischen 50 € und 72 € pro Tag (vgl. ebd.).

Für die Bewohner stellt das Leben in einer AWG eine hohe Anforderung an die eigene Fähigkeit, im Alltag zu recht zu kommen und stundenweise ohne Assistenz aus zu kommen dar. Diese Wohnform muss zukünftig jedoch auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf zugänglich gemacht werden, was im Einzelfall eine Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit von Assistenten bedeuten kann.

Die Beratungsstelle für Ambulantisierung der Hamburger LAG¹³ für behinderte Menschen kritisiert in ihrer Zwischenbilanz zur Ambulantisierung der Behindertenhilfe in Hamburg, dass AWGs in der Vergangenheit fast ausschließlich Menschen mit geringem Unterstützungsbedarf zugänglich gemacht worden seien (vgl. HAMBURGER LAG 2006). Einerseits sei dies durch in den Leistungsvereinbarungen zwischen Träger und Behörde festgelegte Struktur (Bewohner müssen stundenweise ohne Betreuung auskommen (HANSESTADT HAMBURG 2006 a)) verursacht. Andererseits werden in den AWGs meist keine Nachtbereitschaften angeboten, was Menschen mit nächtlichem Unterstützungsbedarf per se ausschließt (vgl. HAMBURGER LAG 2006: 4). Die LAG fordert unter anderem, dass die Präsenzzeiten von Mitarbeitern an die individuellen Bedarfe der Bewohner angepasst werden müssen und dass bei Bedarf auch Nachtbereitschaften eingerichtet werden

13 Abkürzung für: Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen. Die Hamburger LAG ist ein 1975 gegründeter Zusammenschluss von 59 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen. Diese arbeiten zusammen, um die Interessen behinderter Menschen in Hamburg zu koordinieren. „Die LAG übernimmt die Vertretung gegenüber Öffentlichkeit, Behörden, Institutionen und in Beteiligungsgremien.“ (HAMBURGER LAG 2008) In der Beratungsstelle Ambulantisierung erhalten betroffene Menschen sowie deren Angehörige und rechtliche Vertreter kostenlos Beratung und Unterstützung (vgl. ebd.).

müssen (vgl.: 5). In einem persönlichen Gespräch mit Petra Voetmann von der Beratungsstelle für Ambulantisierung am 28.08.2008 bemerkt diese, dass AWGs in der praktischen Umsetzung momentan noch näher am stationären Bereich orientiert seien als an ambulanten Unterstützungsleistungen. Zum Beispiel würden Mitbewohner, die eigentlich selbst ausgewählt werden sollten, meist von Trägern vorgegeben. Dies geschehe auf Kosten des Mitspracherechts in Bezug auf Mitbewohner. Hier müssen das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstständigkeit fester verankert werden.

Allgemein zeigt sich, dass AWGs vermehrt entstehen und sich die Träger mit dieser Wohnform auseinander setzen. Die Konzeptarbeit und die praktische Umsetzung dieser sollte zukünftig intensiviert werden, damit die neue Wohnform AWG eine qualitativ hochwertige Alternative zu den herkömmlichen Wohnformen werden kann und zu einer Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen beiträgt.

2.2.3 Betreutes Einzelwohnen

Die Eingliederungshilfeleistungen, die ein Mensch mit Behinderung in seiner eigenen Wohnung erhalten kann, nennen sich in der Hansestadt Hamburg Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum¹⁴ und Wohnassistenz¹⁵.

Die PBW-Leistungen sind auf zwei Jahre begrenzt und zielen auf „selbstständige Haushaltsführung und Lebensgestaltung nach Bezug der eigenen Wohnung“ (HANSESTADT HAMBURG 2007 b: 54). Im Jahr 2006 erhielten ca. 800 geistig und mehrfach behinderte volljährige Menschen in Hamburg diese Leistungen durch 34 gemeinnützige oder privatwirtschaftliche Dienste, die pro Maßnahmenstunde ca. 36 € erhielten (vgl. ebd.).

Die PBW ist eine Unterstützung für Menschen mit Behinderung, die in einer eigenen Wohnung leben und in bestimmten Lebensbereichen Hilfe benötigen. Es geht bei der Hilfe jedoch nicht um pflegerische oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten,

14 Im Folgenden abgekürzt durch PBW.

15 Im Folgenden abgekürzt durch WA.

sondern ausschließlich um zielgerichtete pädagogische Hilfestellung. Die Maßnahme ist auf die Erlangung größtmöglicher Selbstständigkeit ausgerichtet und soll möglichst keine Übernahme von Tätigkeiten, sondern Unterstützung in verschiedenen Bereichen leisten. Ziel ist es, dass der Klient seine Angelegenheiten in allen Bereichen zukünftig weitestgehend selbstständig und möglichst unabhängig von professioneller Unterstützung erledigen kann. Die PBW umfasst folgende Bereiche:

- Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Umgang mit Behörden, Ämtern und Institutionen,
- Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit,
- Alltagsbewältigung,
- Tages- und Kontaktgestaltung,
- Teilnahme am öffentlichen Leben,
- Mobilität,
- Bildung und Arbeit und
- Nachbetreuung zur Sicherung des Erfolges.

(HANSESTADT HAMBURG 2006 b)

Die 2006 in Kraft getretene Globalrichtlinie zur Pädagogischen Betreuung im eigenen Wohnraum der Hansestadt Hamburg (gesetzlich geregelt in § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 6 SGB IX) benennt die Ziele dieser Maßnahme wie folgt:

Mit der PBW sollen auf der Basis konkreter, individueller Zielsetzungen praktische Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die dazu beitragen,

- weitgehend selbständig zu wohnen und eine stationäre Unterbringung zu verhindern,
- die Entwicklung von Selbstständigkeit zu fördern,
- die Mobilität und Orientierung am Wohnort herzustellen,
- die Gestaltung des sozialen und des Arbeitsumfelds zu fördern,
- das Wohnumfeld und die Freizeit zu gestalten.

(ebd.)

Zweck dieser Leistung sei nicht die Übernahme von Tätigkeiten für den Klienten, sondern die Anleitung zur Selbsthilfe (vgl. ebd.).

Wohnassistenten hingegen kann die Übernahme von Tätigkeiten bedeuten, wenn davon auszugehen ist, dass der Klient die meisten Bereiche in denen er Unterstützung benötigt langfristig nicht selbstständig erledigen können wird. Die Leistung WA ist in der Dauer nicht begrenzt und richtet sich ebenfalls an wesentlich geistig oder mehrfach behinderte, volljährige Menschen. Die Leistungsziele sind „selbstständige Haushaltsführung und Lebensgestaltung in der eigenen Wohnung“. (HANSESTADT HAMBURG 2004) 2006 erhielten ca. 580 Personen in Hamburg Wohnassistentenleistungen durch 31 Dienste. Diese Leistung wird pro Stunde mit 29,50 € vergütet (HANSESTADT HAMBURG 2007 b: 54).

In der Globalrichtlinie für Wohnassistenten, die die Hansestadt Hamburg im Dezember 2004 veröffentlichte, heißt es:

Zweck der Leistung ist insbesondere die Anleitung zur Selbsthilfe. Die laufende Übernahme von Tätigkeiten für den behinderten Menschen ist nicht ausgeschlossen, wenn dadurch die Notwendigkeit einer stationären Wohnform mit hoher Wahrscheinlichkeit vermieden werden kann. (HANSESTADT HAMBURG 2004)

In der Wohnassistenten geht es also um die Vermeidung einer stationären Unterbringung und die dafür notwendige „organisatorische, koordinierende und praktische Unterstützung (...) auf der Basis individueller Lebensplanung“ (ebd.).

Diese beiden Formen der Unterstützung in der eigenen Wohnung gehen in das Konzept für die ambulant betreute Wohngemeinschaft inhaltlich mit ein. Die Art dieser Unterstützungsleistung ähneln der der ambulant betreuten Wohngemeinschaft in Bezug auf die Inhalte und Ziele sowie die Terminstruktur (es befindet sich nicht

ständig ein Ansprechpartner in der Wohnung, man vereinbart individuelle Termine mit seinem Assistenten).

3 „Ambulantisierung“ der Behindertenhilfe in Hamburg

Ursprünglich ist die Idee der gezielten Entwicklung und Förderung des Wohnangebots „Ambulant betreute Wohngemeinschaft“ durch das so genannte „Ambulantisierungsprogramm“ der Hansestadt Hamburg entstanden. Gesetzlich ist dieses begründet durch den im neunten Sozialgesetzbuch verankerten Grundsatz, ambulanten Hilfen Vorrang vor den stationären zu gewähren (§ 19 II SGB IX).

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz¹⁶ stellte fest, dass viele Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Wohngruppen wohnen, die auf weniger Unterstützung als dort geboten wird angewiesen seien und die sich ein Mehr an Selbständigkeit und Selbstbestimmung wünschten. Im Zuge der so genannten Ambulantisierung wurde mit den verschiedenen Behindertenhilfeträgern in Hamburg vereinbart, bis Ende des Jahres 2008 ein Drittel der stationären Wohngruppenplätze in ambulante Betreuungsformen umzuwandeln (vgl. HANSESTADT HAMBURG 2007: 3). Hier mussten/müssen die Behindertenhilfeträger reagieren und für jeden Bewohner bedarfsgerechte Unterstützungsformen entwickeln. Zum einen kann der in den letzten Jahren expandierende Bereich des betreuten Wohnens in der eigenen Wohnung¹⁷ ausgebaut werden. Zum anderen sind weitere Differenzierungen zwischen den herkömmlichen Wohnformen „Wohngruppe“ und „betreutes Einzelwohnen“ zu suchen, von denen eine, die ambulant betreute Wohngemeinschaft, im vorigen Kapitel beschrieben wurden.

Die BSG stellt zwei Personenkreise heraus, für die in besonderem Maße von dem Ausbau der ambulanten Leistungen profitieren würden. Erstens seien dies geistig und mehrfach behinderte Menschen, die aus dem Elternhaus ausziehen möchten oder bereits in einer eigenen Wohnung leben, aber nicht mehr ohne Hilfe zurecht kämen. Dieser Personenkreis stelle einen Erstantrag auf ambulante

16 Im Folgenden abgekürzt durch BSG.

17 Nähere Beschreibung der Leistungen siehe Kapitel 2.2.3 „Betreutes Einzelwohnen“.

Leistungen. Der zweite Personenkreis sei der der geistig und mehrfach behinderten Menschen, die bisher in einer stationären Betreuungsform lebten, aber den Wunsch nach mehr Selbstständigkeit hegten. In diesem Fall könnten „einzelne Betreuungseinheiten in ambulante Wohngemeinschaften umgewandelt“ (HANSESTADT HAMBURG 2007: 5) werden oder der Auszug in eine eigene Wohnung unterstützt werden (vgl. ebd.).

Der Ambulantisierungsprozess unterliegt bestimmten Regeln, die in einem „Konsenspapier zur Weiterentwicklung der Hamburger Behindertenhilfe“ (7) von der BSG, der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. und der LAG festgeschrieben wurden. Das Konsenspapier gewährleistet u. a. die Freiwilligkeit des Wechsels zwischen verschiedenen Betreuungsformen und die Rückkehrmöglichkeit in stationäre oder andere Betreuungsformen (vgl. ebd.).

Der Ambulantisierungsprozess verändert die Lebenssituation vieler Menschen mit Behinderung in der Hansestadt. Einerseits werden durch differenzierte Wohnangebote neue Wahlmöglichkeiten geschaffen. Andererseits müssen die Betroffenen in diesem Prozess beraten und begleitet werden, damit ein Wechsel der Wohnformen gelingen kann. Außerdem sollten die geschaffenen Wohnformen über Konzepte verfügen, die über die Regelung struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen hinausgehen. So kann gewährleistet werden, dass sich die Behindertenhilfe in Hamburg zu Gunsten der Betroffenen qualitativ weiterentwickelt und nicht lediglich eine Sparmaßnahme darstellt.

4 Bausteine für die Konzeptentwicklung

4.1 Der klientenzentrierte Ansatz nach Rogers

Der klientenzentrierte Ansatz nach CARL ROGERS stellt den Ausgangspunkt der Konzeptentwicklung im zweiten Teil der Arbeit dar. Wie im einleitenden Beispiel

dieser Arbeit deutlich wurde, sehe ich großes Potenzial in der Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes in der Behindertenhilfe. In diesem Kapitel soll der Ansatz erläutert werden, bevor dieser in Kapitel 4.2 und im zweiten Teil der Arbeit auf die Arbeit mit geistig behinderten Menschen bezogen wird.

4.1.1 Begründer

Der klientenzentrierte Ansatz basiert auf dem US-amerikanischen Psychologen CARL ROGERS (1902-1987). Nachdem ROGERS, der auf dem Land in der Nähe von Chicago aufwuchs, Theologie studierte, widmete er sich dem Pädagogik- und Psychologiestudium an der Columbia University (vgl. KLEES 2002: 28). Im Anschluss arbeitete er zwölf Jahre mit „straffälligen und unterprivilegierten Kindern“ (ebd.) in einer Beratungsstelle für Kinder in New York. Hier war er für die „begleitende Beratung der Eltern zuständig“ (WEINBERGER 2004: 20). Er machte in dieser Arbeit die Erfahrung, dass ihm das theoretische Wissen in der Praxis nur bedingt nützte und es hilfreicher war, den Klienten richtig zuzuhören, um ihnen weiterhelfen zu können. In dieser Zeit begann ROGERS den klientenzentrierten Ansatz zu entwickeln und schrieb 1942 sein erstes Buch „Counseling and Psychotherapy“. ROGERS lehrte an verschiedenen Universitäten und erforschte währenddessen „seinen“ Ansatz. Er differenzierte diesen immer weiter aus und veröffentlichte eine Vielzahl von Büchern, die weltweit Beachtung fanden (vgl. PÖRTNER 2006: 26).

Ab 1956 wurde ROGERS' Beratungs- und Therapiekonzept von dem Hamburger Psychologen Reinhard Tausch in Form von Psychotherapie in Deutschland eingeführt (vgl. WEINBERGER 2004: 28). ROGERS Konzept bezieht sich jedoch nicht nur auf die Psychotherapie, sondern kann als „Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen verstanden werden“ (23 f.). Somit kann der Ansatz ebenfalls in der Arbeit mit behinderten Menschen Anwendung finden, was in Kapitel 4.2 verdeutlicht und belegt werden wird.

4.1.2 Menschenbild und Persönlichkeitstheorie

CARL ROGERS orientiert sich phänomenologisch. Er geht davon aus, dass für jedes Individuum eine eigene Realität existiert (vgl. ROGERS 2005: 419).

Für psychische Zwecke ist die Realität grundsätzlich die Welt der individuellen Wahrnehmungen, die unter mehreren Individuen einen hohen Grad an Allgemeinheit haben. (420)

ROGERS betont, dass Menschen nicht auf eine Realität reagieren würden, sondern auf die eigenen Wahrnehmungen dieser. Diese Wahrnehmungen würden für das Individuum zur Realität. Deshalb sei es von großer Bedeutung den inneren Bezugsrahmen, also die subjektive Welt des Individuums, möglichst genau zu übernehmen (427). Das Individuum allein kenne sein inneres Bezugssystem in der gesamten Breite von Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die der Gewährwerdung zugänglich sind. Der Klient werde (im Sinne der Phänomenologie) in Bezug auf seine subjektive Wahrheit angenommen und akzeptiert, da dies der beste Ausgangspunkt zum Verständnis des Verhaltens darstelle (vgl. ebd.).

CARL ROGERS vertrat ein humanistisches Menschenbild, welches „das jedem Menschen innewohnende Bedürfnis nach konstruktiver Veränderung und Selbstverwirklichung“ (WEINBERGER 2004: 23) betont. Der Mensch wird als einzigartiges Individuum angesehen, das eigene Problemlösefähigkeiten in sich trägt. ROGERS spricht an dieser Stelle von der Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz des Menschen.

Die Aktualisierungstendenz beschreibt die „Tendenz des Organismus¹⁸, sich selbst zu erhalten“ (ROGERS 2005: 422). Der Organismus entwickle sich in Richtung Wachstum und Reife (vgl. ebd.). In einem „organismischen Bewertungsprozess“ bewerte das Individuum Erfahrungen danach, ob sie für den

18 Mit „Organismus“ beschreibt ROGERS die physische und psychische Ganzheit des Menschen (vgl. WEINBERGER 2004: 24).

Organismus als Ganzen erhaltend oder fördernd seien oder ob sie die Erhaltung oder Förderung hemmen würden (430 f.). Die Erfahrungen würden zum Teil eigenständig erlebt werden (zum Beispiel wird das Berühren einer heißen Herdplatte als schmerzverursachend und somit für den Organismus als nicht erhaltend erlebt und nicht wiederholt) oder aber in der Interaktion mit anderen Menschen passieren (zum Beispiel die wütende Reaktion eines Elternteils auf das Berühren einer heißen Herdplatte des Kindes). In dieser Erfahrung/Interaktion mit der Umwelt (speziell mit bedeutsamen Menschen) werde, so ROGERS, das Selbstkonzept geformt. Dieses bezeichne ein Bild, das eine Person von sich habe. Es beinhalte Wertvorstellungen, die aus Beziehungs- und Objekterfahrungen resultiere (229 f.). Nachdem der Mensch ein Selbstkonzept gebildet habe, würden Erfahrungen vom Organismus danach bewertet, ob sie für den Organismus und für das Selbstkonzept förderlich oder erhaltend seien. Der Erhaltung des Selbstkonzeptes werde oftmals Vorrang vor der Entfaltung des Organismus` eingeräumt (vgl. WEINBERGER 2004: 24 f.). Existierten Diskrepanzen zwischen dem Selbstkonzept und der Erfahrung des Individuums, handele es sich um „Inkongruenzen“ (27). Dies sei der Fall, wenn die Erfahrungen, die in Interaktion mit anderen Menschen gemacht werden, nicht mit der Struktur des Selbst übereinstimmen würden. Zum Beispiel, wenn sich ein Mensch für nicht intelligent hält und dies fest in seinem Selbstbild verankert ist, er jedoch in der Erfahrung mit anderen Menschen wiederholt erfährt, dass er für intelligent gehalten wird. Diese Erfahrung mit den anderen Menschen stimmt nicht mit dem Selbstbild überein und kann nicht integriert werden. ROGERS sagt, dass an dieser Stelle Spannungen entstünden und das Individuum darauf mit Abwehr reagiere (ROGERS 2005: 440 ff.). Das Individuum nehme die Erfahrungen entweder verzerrt wahr oder verleugne diese im Ganzen, denn der Mensch nehme fast ausschließlich Verhaltensweisen an, die mit dem Selbstkonzept übereinstimmen würden (434 ff.).

Angst und Störungen entstünden nach ROGERS dann, wenn Erfahrungen, die nicht in das individuelle Selbstkonzept passen würden, in das Bewusstsein zu treten drohen, das heißt, wenn die Gefahr der Bewusstwerdung der Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und der Erfahrung drohe. In diesen Situationen wehre sich das Individuum, indem es Erfahrungen leugne oder verzerrt wahrnehme, so dass diese mit dem Selbstkonzept in Einklang zu bringen seien (432 f.).

Um Kongruenz¹⁹ herzustellen, müsse das Selbstkonzept flexibler werden. Erfahrungen, die nicht mit dem Selbstkonzept übereinstimmen würden, müssten zum Individuum als zugehörig akzeptiert und in das Selbstkonzept integriert werden (vgl. WEINBERGER 2004: 27 f.). Notwendig für diese Flexibilisierung sei eine Beziehung, in der der Mensch akzeptiert werde und keine Angst und Verteidigungshaltung aufbauen müsse und in der sowohl positive als auch negative Gefühle zugelassen werden könnten. Somit könnten die Grenzen des Selbstkonzeptes erweitert werden (vgl. ebd.). Der daraus folgende Idealzustand sei, „dass alle Sinnes- und Körper-Erfahrungen dem Bewusstsein durch genaue Symbolisierung zugänglich sind und in ein System organisierbar, das innerlich konsistent ist und das die Struktur des Selbst ist oder in Beziehung zu ihr steht.“ (ROGERS 2005: 442). Sobald dieser Zustand erreicht sei, könne die Aktualisierungstendenz voll wirksam werden (vgl. ebd.). Wenn Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz zusammenfallen würden, also der Mensch das, was gut für seinen Organismus sei auch in sein Selbstkonzept integrieren könne und positive wie negative Erfahrungen vollständig wahr- und angenommen werden würden, spreche man von einer „fully functioning person“ (vgl. WEINBERGER 2004: 26). Diesen Idealzustand gilt es unter Anwendung verschiedener Methoden des klientenzentrierten Ansatzes anzustreben.

4.1.3 Beziehungsangebot

Grundlegend für das Erreichen des im vorigen Kapitels beschriebenen Idealzustandes ist das Beziehungsangebot an den Klienten. Um diese Beziehung adäquat zu gestalten, stellte ROGERS drei Variablen auf: Empathie, Kongruenz und Wertschätzung.

Mit Empathie meint ROGERS „einführendes Verstehen“ (WEINBERGER 2004: 38). Der Berater solle den inneren Bezugsrahmen des Klienten möglichst exakt wahrnehmen, sich somit in ihn einfühlen und sich auf seine Empfindungen konzentrieren. Es solle versucht werden, Vorstellungen, Einstellungen und Werte ausgehend vom Bezugspunkt des Klienten zu verstehen (vgl. ebd.). Der Klient solle

19 „Übereinstimmung zwischen Selbstkonzept und Erfahrung“ (PÖRTNER 2006: 30)

sich verstanden fühlen und das Vertrauen entwickeln, um seine Gefühle ausdrücken und annehmen zu können. Das einführende Verstehen sei eine Grundvoraussetzung für den Aufbau einer entwicklungsfördernden Beziehung, weil der Berater sich vollkommen auf den Klienten einstellt und sich seiner annimmt. Der Klient spüre, dass jemand Anteil an seiner Person nimmt, sich ernsthaft interessiert und sich mit ihm auseinandersetzt. Der Berater solle die emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten aufgreifen und verbalisieren, um dem Klienten zu zeigen, wie der Berater das Gesagte verstanden hat. Dadurch nehme der Klient seine eigenen Emotionen (gespiegelt durch den Berater) aus der Distanz wahr, wodurch Einstellungen und Werthaltungen in Frage gestellt werden könnten. Der Klient lerne dadurch, sich selbst besser zu verstehen und sich mit seinen Gefühlen und Empfindungen auseinanderzusetzen, so dass die Selbstexploration gefördert werde. Durch Abwägen, Differenzieren und Konkretisieren der Wünsche käme es schrittweise zur Klärung der Konflikte (vgl. ebd.). Von großer Bedeutung sei auch die non-verbale Kommunikation, also Gestik, Mimik, die Stimme und Körperhaltung, die es besonderes zu beachten gelte (39). Klienten erlebten, dass jemand ihnen gegenüber aktiv zugewandt sei und Anteil an ihrer Person und ihren Emotionen nehme (42). Zudem erlebe der Klient den Berater als Modell für den offenen Umgang mit Gefühlen. Er lerne, angstfrei und ohne Abwehrmechanismen über seine Gefühle und Konflikte zu sprechen, sie abzuwägen und sich um eine Klärung zu bemühen (vgl. ebd.). Zur Umsetzung empfiehlt ROGERS das Verwenden von Synonymen um Gefühle zu spezifizieren. Ferner sei der Gebrauch einfacher Wörter, vorwiegend Adjektive und Verben, sowie das Verfassen kurzer Sätze ratsam. Abstrakte Sprache, Fachtermini und Fremdwörter gelte es zu vermeiden (vgl. 44).

Als einen weiteren förderlichen Aspekt für den Beziehungsaufbau beschreibt ROGERS die Kongruenz, also die Echtheit des Beraters. Der Berater solle sich mit einbringen, ohne sich zu verstellen. Er solle sich nicht hinter einer professionellen Maske verstecken und keine Rolle spielen. Nur so könne er dem Klienten ein Gegenüber bieten, von dem er sich ernst genommen und akzeptiert fühlt. Somit sei die Echtheit des Beraters relevant für die Wertschätzung des Klienten (auf die später näher eingegangen wird), da sich der Klient nur akzeptiert fühle, wenn dies kongruent geschähe, er es dem Berater also „abnehmen“ könne (vgl. WEINBERGER 2004: 62).

Die Variable „unbedingte Wertschätzung“ oder „bedingungslose Akzeptanz“

beschreibt den Respekt vor der Person des Klienten, unabhängig von seinen, vielleicht unerwünschten, Verhaltensweisen und Äußerungen. Der Berater solle den Klienten annehmen, wie er ist und ihn nicht nach etwaigen Fehlern oder Defiziten bewerten. Der Klient fühle sich dann vorurteilsfrei angenommen und akzeptiert (55). Da Anerkennung und Akzeptanz Grundbedürfnisse des Menschen darstellen, so WEINBERGER (57), biete sich dem Klienten durch diese Beraterhaltung die Möglichkeit, eine vorurteilsfrei Beziehungserfahrung zu machen, in der er die Chance zur freien Gefühlsäußerung erhalte. Weil auch „negative“ Gefühle benannt werden könnten (was der Klient durch die wertschätzende aber auch empathische Haltung des Beraters lerne), könne er sich mit allen Gefühlen, Gedanken und Bewertungen kennen lernen und diese in sein Selbstkonzept integrieren (vgl. ebd.). Dadurch, dass zunehmend Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert würden, käme es zu einer annähernden Übereinstimmung zwischen den organismischen Bewertungen und den Bewertungen durch das Selbstkonzept. Größere Selbstachtung und Akzeptanz der eigenen Person folgten daraus. Der Klient lerne, offen über positive und negative Gefühle zu sprechen und könne seine Angst- und Verteidigungshaltung abbauen (58).

Die drei Variablen ermöglichen dem Klienten eine Chance zur Flexibilisierung seines Selbstkonzeptes, in dem der Klient viele Erfahrungen annehmen kann, die sein Selbstkonzept erweitern. Dies geschieht durch die Freiheit, sämtliche Gefühle zu äußern und zulassen zu können, was durch die beschriebene Beraterhaltung möglich wird.

4.2 Das Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ nach Pörtner

Die schweizer Psychologin und Psychotherapeutin MARLIS PÖRTNER arbeitet seit den 1980er Jahren psychotherapeutisch mit geistig behinderten Menschen. Ferner übt sie Beratungstätigkeiten mit Mitarbeitern verschiedener sozialer Institutionen aus. In dem Buch „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“, das erstmals 1996 erschien, verdeutlicht PÖRTNER, wie der klientenzentrierte Ansatz in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen Anwendung finden kann. PÖRTNER hat ein Konzept entwickelt, das Grundhaltungen und Grundbedingungen des klientenzentrierten

Ansatzes auf die praktische Arbeit mit geistig behinderten Personen transferiert. Sie bezieht sich dabei auf die in Kapitel 4.1 ausgeführten theoretischen Grundlagen ROGERS²⁰.

PÖRTNER geht davon aus, dass das Bild vom Menschen mit geistiger Behinderung maßgeblich das Verhalten diesem gegenüber beeinflusst. Das Verhalten wiederum wirke sich auf das Verhalten des Klienten aus und bestimme sein Selbstkonzept (vgl. PÖRTNER 2007: 48) Das Selbstkonzept geistig behinderter Menschen sei geprägt von negativen Erfahrungen und Misserfolgen. Dadurch würden „schlummernde Fähigkeiten“ (49) verkümmern und könnten sich nicht entfalten. Die Folge sei entweder ein geringes Selbstwertgefühl oder eine „unrealistische Selbstüberschätzung“ (ebd.) Um jedoch neue Erfahrungen machen zu können und eigene Fehler akzeptieren zu können, benötige der Mensch ein realistisches Selbstkonzept. Hierzu würden Betreuungspersonen eine wichtige Vorbildfunktion einnehmen (vgl. ebd.). Von ihnen werde verlangt, ein „realistisches Bild von sich zu vermitteln“ (51) und Stärken sowie Schwächen gleichermaßen zu erkennen zu geben. Dies fördere die Stärkung des Selbstkonzeptes behinderter Menschen, was PÖRTNER als zentrale Aufgabe in der Arbeit mit diesem Klientel ansieht (vgl. ebd.). Das Selbstkonzept bestimme nicht nur das grundlegende Lebensgefühl sondern auch die Selbsteinschätzung. Nur durch das realistische Erkennen der eigenen Möglichkeiten und Grenzen würde die persönliche Entwicklung und die Entfaltung der eigenen Fähigkeiten gefördert werden (vgl. 52).

Die Umsetzung der klientenzentrierten Sichtweise wirke sich auf die Lebensqualität der Menschen aus und trage dazu bei, deren Handlungsspielräume zu erweitern. Ferner könnte diese zu einer verbesserten Arbeitssituation der Mitarbeiter führen und wirke negativen Auswirkungen von Arbeitsbelastungen entgegen (vgl. PÖRTNER 2006: 13 f.). Im Folgenden beschreibe ich die

20 ROGERS nahm an, dass die klientenzentrierte Beratung einen gewissen Intelligenzgrad voraussetze, um erfolgreich zu sein. Hier bezog er sich auf Studien, die die Wirkung von klientenzentrierter Psychotherapie und Beratung untersuchten (vgl. ROGERS 2001: 74 ff.). PÖRTNER bezieht sich jedoch auf die Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes in der praktischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Ferner wurde die These Rogers` mehrfach widerlegt. Die genaue Auseinandersetzung mit diesem Thema sprengt jedoch den Rahmen dieser Arbeit.

Handlungsgrundlagen aus PÖRTNERS` Konzept, die auf die Konzeptentwicklung des zweiten Teils dieser Arbeit Einfluss nehmen.

4.2.1 Rahmen und Spielraum

Da PÖRTNER das Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ in erster Linie auf Bewohner stationärer Einrichtungen zugeschnitten hat, ergibt sich der Rahmen einer Situation bereits aus den institutionellen Bedingungen. Der Rahmen werde einerseits durch die „Gegebenheiten der Institution“ und die „spezifischen Bedingungen der jeweiligen Situation“ und andererseits durch „die Fähigkeiten und Grenzen der Mitarbeiterinnen“ und „die Fähigkeiten und Grenzen der Klientinnen“ bestimmt (PÖRTNER 2006: 32). In Wohneinrichtungen gelten bestimmte Regeln, die jeder Bewohner einhalten sollte. PÖRTNER nutzt an dieser Stelle ein Beispiel zur Verdeutlichung. Ein Bewohner einer Wohngruppe wasche nicht gerne Geschirr ab. Voraussetzung für die Aufnahme in diese Wohngruppe sei jedoch die selbstständige Haushaltsführung gewesen, so dass der Bewohner seinen Aufgaben nachkommen muss wenn er in der Einrichtung verbleiben möchte. Hier könne die Übernahme des Abwaschens durch einen Mitarbeiter keine Lösung sein, jedoch das empathische Verständnis der Gefühle des Bewohners (vgl. ebd.). Auch alternative Regelungen der Hausarbeiten durch die Gruppe könnten von Mitarbeitern angeregt werden. Den Rahmen klar zu erkennen sei relevant für das Wahrnehmen des Spielraums (33). Dieser wird erst sichtbar, wenn man die Rahmenbedingungen erkennt. Bei Menschen mit geistiger Behinderung ergeben sich die Rahmenbedingungen häufig aus den Fähigkeiten des Einzelnen. Kann jemand zum Beispiel nicht lesen, stellt dies eine zu beachtende Grenze dar, der in der Assistenz durch adäquate Unterstützung begegnet werden muss (zum Beispiel bei der Postbearbeitung). Innerhalb des Rahmens gibt es jedoch häufig Spielräume, die erkannt und genutzt werden müssen. Bei dem Beispiel der Postbearbeitung des nichtlesenden Klienten wäre dies zum Beispiel das Vorlesen der eingehenden Post und die Erläuterung der weiteren Bearbeitung. Der Klient kann eventuell lernen, selbstständig zur Post zu gehen, dort Briefmarken zu kaufen und den Brief abzuschicken. So hat er im Rahmen seiner Möglichkeiten einen Spielraum erhalten, um eigene Entscheidungen zu treffen und sich angemessen einzubringen. PÖRTNER bemerkt die Wichtigkeit eines

Gleichgewichtes von Rahmen und Spielraum (vgl. ebd.). Relevant für die Entwicklung der Persönlichkeit und das Selbstkonzept sei das Ermöglichen von Erfahrungen. Eine angemessene Balance zwischen der notwendigen Unterstützung und dem Ermöglichen eigener Erfahrungen sei das anzustrebende Ziel in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Diesen werde in der Regel zu wenig zugetraut und es würden zu viele Entscheidungen für sie getroffen (vgl. ebd. 2007: 53). PÖRTNER (2007:54) verweist auf ein Zitat von ROGERS, in dem er die Wichtigkeit von Erfahrungen betont:

Erfahrung ist für mich die höchste Autorität. Der Prüfstein für Gültigkeit ist meine eigene Erfahrung. (ROGERS 2006: 39)

Bei Menschen mit Behinderung sei die Möglichkeit eigene Erfahrungen zu machen eingeschränkt. Zum Teil resultiere dies aus der Behinderung selbst, zum Teil jedoch aus den äußeren Umständen (Bevormundung u. Ä.). Es sollten den Klienten verstärkt Gelegenheiten für eigene Erfahrungen gegeben werden, damit sie aus diesen lernen können (vgl. PÖRTNER 2007: 54). Es ginge konkret darum, Raum für eigene Erfahrungen und Entscheidungen zu schaffen (vgl. ebd. 2006: 33). Dies kann gerade für eine Wohnform als zentrale Assistenzaufgabe angesehen werden, da im Bereich des Wohnens verschiedenste Erfahrungen (zum Beispiel Interaktion mit anderen/Absprachen treffen, Haushaltsführung, Regelung der Finanzen, Einkauf) ermöglicht werden können. Andererseits würden durch das Zusammenleben mit anderen Grenzen gesetzt, die erkannt und beachtet werden müssen. Allgemein gelte es, sensibel zu erkennen, welche individuellen Möglichkeiten und Grenzen in der Person und Situation vorliegen (36).

4.2.2 Erleben als zentraler Faktor

Mit dem Erleben beschreibt PÖRTNER näher, was ROGERS als Wahrnehmen des inneren Bezugssystems beschrieben hat (vgl. Kapitel 4.1.2). Sie betont, dass das Erleben subjektiv sei:

Wie etwas erlebt wird, ist mindestens so wichtig, ja oft viel entscheidender als die Frage, was sich ereignet hat. (vgl. PÖRTNER 2006: 39)

Die eigenen Normen und das eigene Wissen würden von Betreuern häufig zum objektiven Maßstab gemacht, so dass der Klient damit nichts anfangen könne. Das eigene Erleben stimme damit nicht überein, denn was den einen Menschen ärgert und aufwühlt, lässt den anderen kalt (vgl. ebd.). Gerade Menschen mit geistiger Behinderung muss mit viel Empathie, also dem Einfühlen in dessen inneres Bezugssystem, begegnet werden. Das Verhalten der Klienten muss aus ihrem Erleben heraus verstanden werden.

Oft rühren unverständliche Verhaltensweisen daher, daß der behinderte Mensch die Situation völlig anders erlebt als die Betreuenden. (ebd. 2007: 156)

In solchen Fällen ist es wichtig zu versuchen, genau zu verstehen, warum jemand sich so verhält. Es geht darum, sich in das Gegenüber einzufühlen und dessen persönliches Erleben zum Kern der Wahrnehmung zu machen.

Der Zugang zum eigenen Erleben falle Menschen mit geistiger Behinderung oftmals schwer und müsse bei einigen erst angeregt werden. PÖRTNER begründet dies damit, dass in der Erziehung geistig behinderter Kinder Inkongruenzen unbewusst gefördert würden, da diese ihre Gefühle häufig auf unkonventionelle Weise ausdrücken würden. Dieses Verhalten werde oftmals von Erziehungspersonen abzugewöhnen versucht, statt zu verstehen, was der Mensch damit ausdrücken möchte. So lernten Menschen mit geistiger Behinderung, ihre Gefühle zu unterdrücken oder nicht wahrzunehmen. Viele Menschen mit leichteren geistigen Behinderungen hegten den Wunsch, „nicht behindert“ zu wirken. Somit passten sie sich dem ihnen von Erziehungspersonen als normal vermittelten Verhalten an. Negative Gefühle, befürchteten sie, könnten als unangemessen wahrgenommen werden. Aus diesem Grund hätten Menschen mit geistiger Behinderung oft keinen angemessenen Zugang zu ihren negativen Gefühlen. Diese kämen oftmals eher ausbruchsartig zum Vorschein, womit viele Menschen kaum umgehen könnten (vgl. PÖRTNER 2006: 86 f.).

Menschen mit geistiger Behinderung mißtrauen ihrem eigenen Erleben, weil sie immer wieder die Erfahrung machen, daß die Umwelt es nicht nachvollziehen kann und als unangemessen oder realitätsfern abtut. Das kann so weit gehen, sie gar nicht mehr wahrnehmen, wie sie etwas erleben und empfinden (...). (88)

Keinen oder nur wenig Zugang zu den eigenen Gefühlen zu haben sei eine der Hauptursachen für das Entstehen von psychischen Störungen und „Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung“, so PÖRTNER (ebd.). Um den Zugang zu den eigenen Emotionen zu ermöglichen sei es wichtig, Menschen mit geistiger Behinderung das eigene Erleben nahezubringen. Dies könne durch das Aufgreifen emotionaler Erlebnisinhalte geschehen (vgl. ebd.). Auch Assistenten sollten zu eigenen negativen Gefühlen stehen und zeigen, wenn sie zum Beispiel traurig oder wütend seien. Dies fördere die Einsicht, dass solche Gefühle zum Erleben dazugehören (89).

4.2.3 Die kleinen Schritte

PÖRTNER bemerkt, dass Menschen mit Behinderung oftmals Schwierigkeiten mit dem Tempo, in dem etwas vor sich geht oder etwas von ihnen verlangt wird, hätten. Dadurch erlebten sie immer wieder, dass sie im Alltag nicht mitkommen oder überrannt werden:

Die Erfahrung des Ungenügens, des nicht Nachkommens ist für Menschen mit geistiger Behinderung so allgegenwärtig und erdrückend, daß ihnen die Bedeutung der kleinen Schritte, die ihnen hin und wieder gelingen, meist kaum bewußt wird. (vgl. PÖRTNER 2006: 43)

In der Folge neigten sie zu „Mutlosigkeit und Resignation“ (ebd.). In der Arbeit mit geistig behinderten Menschen sei es deshalb relevant, die kleinsten Entwicklungsschritte zu beachten und dies mitzuteilen, damit diese Hoffnung und Selbstbewusstsein erzeugen.

4.2.4 Selbstverantwortung

In der klientenzentrierten Arbeit sei es relevant, die Selbstverantwortung der Klienten zu respektieren und zu fördern. Die Übernahme von Selbstverantwortung sei bei Menschen mit Behinderung deshalb eingeschränkt, weil sie in vielen Bereichen nicht allein zu recht kommen und Unterstützung benötigen. Leider führe dies oft dazu, dass ihnen Verantwortung ganz abgenommen werde, obwohl es immer Teilbereiche gäbe, in denen Menschen Selbstverantwortung übernehmen könnten. Diese Teilbereiche zu identifizieren und die Übernahme von Verantwortung zu ermöglichen sei Aufgabe der Assistenten. Durch die Übernahme von Verantwortung würden Menschen ernst genommen werden und seien in geringerem Maße abhängig von anderen Personen. Dies beeinflusse die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl positiv (vgl. PÖRTNER 2006: 48).

Selbst bestimmen bedeutet Verantwortung übernehmen.
Selbstbestimmung ermöglichen bedeutet Verantwortung abgeben.
(PÖRTNER 2007: 138)

Es sei notwendig, so PÖRTNER, Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Übernahme von Verantwortung zu ermöglichen. Dies könne auch bedeuten, Verantwortung in einigen Bereichen abzugeben (zum Beispiel eine Haushaltskraft zu engagieren weil man die Haushaltsarbeiten nicht selbstständig erledigen kann).

Eigene Erfahrungen stellen die Grundlage für das Treffen von Entscheidungen (also die Übernahme von Verantwortung) dar, was bedeutet, dass Klienten möglichst viele Erfahrungen ermöglicht werden müssen. Dabei an eigene Grenzen und die der anderen sowie an die der Realität zu stoßen sei wichtig, um diese kennen zu lernen und akzeptieren zu können (vgl. PÖRTNER 2007: 139). Es könne durchaus eine Überwindung oder Erweiterung der momentan vorhandenen Grenzen stattfinden, jedoch müssten sie zunächst akzeptiert und in den Anforderungen an die betreffende Person berücksichtigt werden. In einigen Fällen bedürfe es lediglich einer Überbrückungshandlung einer Bezugsperson, um die Grenze erweitern oder überwinden zu können (vgl. ebd.: 139 f.). Aus oftmals vorhandenen

Versagensängsten heraus trauten sich Menschen mit geistig Behinderung oftmals nicht, Unterstützungsbedarfe zu artikulieren oder würden diese vorschnell äußern, ohne selbst versucht zu haben, die Situation zu selbstständig zu lösen. Aufgabe der Bezugspersonen sei es in diesen Fällen, Unterstützungsangebote zu unterbreiten und die Klienten zum Äußern ihrer Grenzen und Unterstützungsbedarfe zu ermutigen. Dadurch könnten Grenzen akzeptiert, erweitert oder überwunden werden. Bezugspersonen sollten mit gutem Beispiel vorangehen und selbst auch Hilfe dort einfordern (auch von Klienten), wo sich Grenzen bemerkbar machen (vgl. PÖRTNER 2007: 140).

4.2.5 Überforderung und Unterforderung

PÖRTNER geht davon aus, dass geistig behinderte Menschen ständiger Unter- sowie Überforderung ausgesetzt sind. Diese beiden Pole würden sich abwechseln, führten zu enormen Spannungen und würden psychische Störungen begünstigen. Viele Bezugspersonen fielen vom einem Extrem in das andere und es sei nicht leicht, die richtige Balance zu finden (vgl. PÖRTNER 2007: 134).

Menschen mit geistigen Behinderungen sei es oft wichtig, ein „möglichst selbstbestimmtes normales Leben“ (135) zu führen. Sie kämen jedoch mit den daraus resultierenden Anforderungen nicht immer zu Recht und bräuchten an dieser Stelle Unterstützung. Klienten seien nicht immer in der Lage diese Unterstützung einzufordern. Deshalb sei es um so wichtiger sei, dass Bezugspersonen die Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfe der Klienten einfühlsam einschätzten. Dies erfordere bei jedem Klienten und in jeder Situation eine aktuelle Auseinandersetzung, um die Weiterentwicklung von Selbstbestimmung und Fähigkeiten zulassen zu können (vgl. 135).

Es bedeutet jedoch auch, zu erkennen, welche Anforderungen einen Klienten überfordern, wo also Unterstützungsleistungen erforderlich sind und welche Dinge selbstständig erledigt und entschieden werden können. An dieser Stelle muss sich ein Assistent ganz bewusst zurückziehen und lernen, dem Klienten etwas zuzutrauen. PÖRTNER formuliert die folgenden Grundsätze:

Bedingungen schaffen, in denen Menschen Entwicklungsschritte machen können, aber nicht müssen.

- Der Eigenständigkeit Raum geben (...).
- Menschen in ihrem Tempo auf ihrem Weg begleiten und dort Hilfestellung bieten, wo sie es brauchen und wollen.
- Erfahrungen ermöglichen (...).
- Anderen etwas zutrauen.

(ebd.: 136 f.)

4.3 Das Empowermentkonzept

Auch das Empowermentkonzept nach HERRIGER, dessen Kerninhalte Selbstbestimmung und der Zuwachs von Autonomie bezüglich Handlungen und Entscheidungen darstellen, spielt eine gewichtige Rolle bei meiner Konzeption für eine AWG. Es geht in der AWG darum, Menschen bei der Persönlichkeitsentfaltung zu unterstützen und die größtmögliche Verfügung über das eigene Leben anzuregen.

Das englische Verb „to empower“ lässt sich mit „ermächtigen“ oder „befähigen“ in die deutsche Sprache übersetzen (Langenscheidts Handwörterbuch Englisch 1996: 218). Diese Übersetzungen, substantiviert und gespickt mit dem Zusatz „selbst“, ergeben die Begriffe „Selbstermächtigung“ oder „Selbstbefähigung“, aus denen sich die grundlegende Theorie des Empowerment-Ansatzes nach HERRIGER ableitet.

Empowerment meint, Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken zu ermutigen und ihnen bei der Aneignung von Lebensautonomie und Selbstbestimmung zu helfen (vgl. HERRIGER 2000: 174). Dabei soll die Stärkung von vorhandenen Fähigkeiten zur Autonomie und die selbstbestimmte Gestaltung des Lebens erreicht werden (vgl. HERRIGER 2000: 175).

Im Menschenbild der Theorie wird der Klient als kompetenter Akteur, also als Experte in eigener Sache wahrgenommen, was die Abkehr von einem defizitorientierten Klientenbild bedeutet. Eine „Fürsorgepädagogik“, die Abhängigkeit schafft, wird abgelehnt. Menschen sollen ermutigt und unterstützt werden, ihr Leben

wieder selbst in die Hand zu nehmen, „Regisseure der eigenen Biographie“ (HERRIGER 2002: 70) zu werden und Abhängigkeit sowie Fremdbestimmung abzulegen (vgl. ebd.). Genau an diesem Punkt setzt einerseits die Arbeit mit behinderten Menschen im allgemeinen als auch das im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit beschriebene Konzept an: die Menschen sollen befähigt werden, etwas selbst zu tun oder zu entscheiden.

Die Ziele des Empowerment-Ansatzes basieren auf drei Grundpfeilern (vgl. HERRIGER 2000: 175 f.). Selbstbestimmung und Lebensautonomie gelten als erste Grundüberzeugung. Hiermit sei der Glaube an die Fähigkeiten eines jeden Individuums gemeint, sich „in eigener Kraft Autonomie, Selbstverwirklichung und Lebensouveränität (...) zu erstreiten“ (ebd.). Diese Grundhaltung erfordere von den Mitarbeitern sozialer Dienste eine „reflexive Eingrenzung der eigenen Expertenmacht“ (ebd.), die mit der Akzeptanz des Eigensinns und den oft unkonventionellen Lebensentwürfen von Klienten einher ginge. Das „Aushalten-Können von (...) Fehlschritten, Rückschritten, Stillständen (...)“ (ebd.) stelle eine besondere Herausforderung für die Mitarbeiter der sozialen Dienste dar.

Als zweite Maxime der Theorie wird die soziale Gerechtigkeit in Bezug auf die ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Lebensgütern benannt. Empowerment zielt auf die Schaffung eines kritischen Bewusstseins für diese Ungerechtigkeiten ab (vgl. HERRIGER 2000: 176).

Ein dritter Grundpfeiler stellt die demokratische Partizipation in Bezug auf die eigenverantwortliche Gestaltung der Umwelt dar. Die Teilhabe an Entscheidungsprozessen solle gestärkt werden und nach dem Prinzip Bürgerbeteiligung gestrebt werden (vgl. ebd.).

Empowerment führt also „weg von einer defizit- und konfliktorientierten Sichtweise hin zu einer eindeutigen Ressourcenorientierung mit den ethischen und sozialstaatlich verankerten (...) Zielen der Selbstbestimmung, der sozialen Gerechtigkeit und der demokratischen Partizipation (STIMMER 2000 a: 50). Das Globalziel der Behindertenhilfe und damit auch des Konzeptes, die Hinführung der Menschen zu einem selbstbestimmten Leben und die Anwendung der eigenen Entscheidungsmöglichkeit, entspricht dem ersten Grundpfeiler. Die Teilhabe an Entscheidungsprozessen soll in der AWG gefördert werden, was im Konzept näher beschrieben wird.

HERRIGER bemerkt, dass es für den Professionellen eine besondere

Herausforderung darstelle, die oft unkonventionellen Lebensentwürfe von Menschen zu akzeptieren und auszuhalten. Ich denke, dies sollte die Überzeugung eines jeden in der sozialen Arbeit professionell Handelnden werden, da ein solcher Respekt eine zwingende Erfordernis für den Respekt vor dem Klienten als Individuum darstellt. In der Arbeit mit behinderten Menschen erscheinen so genannte unkonventionelle Lebensentwürfe in Form von Einrichtung des Wohnraumes, Abläufe des Alltags oder Angewohnheiten des Menschen extrem zu sein. Solange diese Lebenseinstellungen oder Gestaltungen des Lebens keine Gefahr für andere darstellen und es sich um eine bewusste Entscheidung des Klienten handelt, hat kein Professioneller das Recht, verändernd in das Leben einzugreifen. In meiner Vorstellung sind Hinweise auf die Konsequenzen des Handelns erlaubt, wenn es die Beziehung zum Klienten und seine Persönlichkeit zulassen.

Der Empowerment-Ansatz ist gerade in der Arbeit mit behinderten Menschen ein sehr wichtiger, da kaum ein Klientel der sozialen Arbeit vergleichbar stark von Fremdbestimmung und Autonomieentzug betroffen ist. Zwar wandelt sich das Menschenbild im Zuge des Paradigmenwechsels in der Behindertenarbeit vom pessimistisch-defizitorientierten hin zum optimistisch-ressourcenorientierten, also genau im Sinne des Empowerment-Ansatzes, doch haben Menschen mit Behinderung oft zu geringe Möglichkeiten, sich von Abhängigkeiten und einer erlernten Hilflosigkeit zu befreien. Der Empowerment-Ansatz mit seiner ressourcenorientierten Sichtweise ist für die Mitarbeiter in der modernen, klientenzentrierten Arbeit mit behinderten Menschen von großer Bedeutung. Menschen mit Behinderung müssen in besonderem Maße als entscheidungsfähige Menschen mit eigenen Vorstellungen von ihrem Leben wahrgenommen und in der Verwirklichung dieser Wünsche unterstützt werden, ohne die eigenen Vorstellung des Professionellen Unterstützers mit einzubringen. Jeder Mensch sollte dazu befähigt werden, sein Leben nach seinen eigenen Vorstellungen mit einem größtmöglichem Maß an Selbstbestimmung zu gestalten.

Die Relevanz des Empowerment-Ansatzes in der sozialen Arbeit ist enorm und sollte als ein Grundpfeiler des Menschenbildes mit in die praktische Arbeit einfließen. Keine Methode ist ohne diesen Ansatz von Erfolg gekrönt. Insofern bildet das Empowermentkonzept einen Orientierungsrahmen für das im zweiten Teil dieser Arbeit beschriebene Konzept.

4.4 Das Normalisierungsprinzip

Einen weiteren Hintergrund stellt das „Normalisierungsprinzip“ dar. Obwohl dieses Konzept bereits vor fast 50 Jahren in Skandinavien entstand (Dänemark, BANK-MIKKELSEN 1959), besteht bis heute eine Gültigkeit in der Arbeit mit behinderten Menschen.

NILS ERIC BANK-MIKKELSEN, ein ausgebildeter Jurist und Mitarbeiter des Sozialministeriums, nahm in den 1950er Jahren als Sekretär an der Kommission zur Neufassung des dänischen Fürsorgegesetzes teil. 1959 trat das Gesetz in Kraft und beinhaltete das Normalisierungsprinzip, das das Ziel der Fürsorge benannte, geistig behinderten Menschen ein Leben so normal wie möglich zu ermöglichen (vgl. BANK-MIKKELSEN 1979: 62). Vor dieser bedeutenden Reformierung wurde dieses Ziel wie folgt formuliert: geistig behinderte Menschen „vor einer verständnislosen Umwelt zu bewahren und umgekehrt auch die Gesellschaft vor geistig behinderten Menschen zu schützen“ (ebd.).

Der Schwede BENGT NIRJE veröffentlichte das Normalisierungsprinzip 1979 erstmalig in der Fachliteratur. Er stellte acht Grundprinzipien auf, auf die ein Mensch mit Behinderung Anspruch habe:

- *Normaler Tagesrhythmus*
- *Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen*
- *Normaler Jahresrhythmus*
- *Normaler Lebenslauf*
- *Respektierung von Bedürfnissen*
- *Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern*
- *Normaler wirtschaftlicher Standard*
- *Standards von Einrichtungen*

(vgl. THIMM 2005: 21)

Die grundlegende Aussage des Normalisierungsprinzips lautet, einem Menschen mit Behinderung die Möglichkeit eines so normalen Lebens wie möglich zu bieten. Dies beinhaltet auch das Leben in einer selbst gewählten Wohnform und nicht normkonform in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, deren

Rahmenbedingungen von einem Träger der Behindertenhilfe aufgestellt worden sind und an deren aufgestellte Regeln jeder sich zu halten hat. Das selbstbestimmte Leben in einer selbst gewählten Wohnform beinhaltet auch ein möglichst normales Leben in der Gemeinde, das durch eine ambulante Wohnform einfacher zu realisieren ist, als in einer stationären. Viele Behindertenhilfeträger in der Hansestadt Hamburg haben sich dem Normalisierungsprinzip verschrieben und das Angebot und die Arbeit darauf ausgelegt. So befinden sich viele Wohngruppen direkt in den Stadtteilen und integrieren die Bewohner in den Sozialraum. Dies erfüllt auch den Zweck, Menschen mit Behinderung nicht zu verstecken sondern als gleichberechtigte und vor allem existente Bürger der Gesellschaft zu präsentieren, so dass ein Miteinander selbstverständlich wird. Die Wohngruppen vieler Träger sind gemütlich eingerichtet, wobei natürlich jeder Bewohner das Zimmer nach den eigenen Vorstellungen gestaltet und dieses von allen als Privatraum respektiert wird. Was sich heute selbstverständlich anhört, war zur Zeit der Entwicklung des Normalisierungsprinzips ein Novum in der Behindertenhilfe. Große Wohnheime am Stadtrand, gar ganze Anstaltsgelände wie zum Beispiel die evangelische Stiftung Alsterdorf in Hamburg stellten übliche Wohnformen dar. Die Grundsätze des Normalisierungsprinzips wurden zum Standard in der Behindertenhilfe und setzten sich in den Bereichen Wohnen, Arbeit/Bildung und Freizeit durch. Es wurden kleinere und den Bedürfnissen der Bewohner individuell angepasste Wohnformen entwickelt und errichtet, Arbeits- oder Beschäftigungsangebote für alle Menschen mit Behinderung geschaffen und verschiedene Freizeitgestaltungsmöglichkeiten in Form von Clubs, Reiseangebote usw. offeriert. Die Ambulantisierungsaufgaben der Hansestadt Hamburg²¹ trägt insofern zur Weiterentwicklung des Normalisierungsprinzips bei, als dass das Wohnen in der eigenen Wohnung ab einem bestimmten Alter einen „normalen“ Lebensumstand eines Bürgers darstellt. Somit sollte ein Mensch, der in der Lage ist, allein zu wohnen, in der Realisierung dieses Wunsches unterstützt werden, denn die Wohnsituation eines behinderten Menschen sollte jener der nichtbehinderten Bevölkerung entsprechen. Nach eigener Einschätzung passiert es in einigen Wohngruppen der Behindertenhilfe, dass die Bewohner dieser Einrichtungen von den Mitarbeitern in Bezug auf ihre

21 Siehe Kapitel 3.

Selbstständigkeit unterschätzt und somit nicht in ihrem Wunsch auszuziehen unterstützt werden.

Kritik wird am Normalisierungsprinzip vor allem deshalb laut, weil „eine hierarchische Orientierung der einen Gruppe von Menschen an einer anderen vorgegeben“ sei (SCHILDMANN 2000: 214). Hiermit ist gemeint, dass die Ausrichtung am Normalisierungsprinzip behinderte Menschen „normalisiert“, also an andere Menschen anpasst. Durch das Normalisierungsprinzip soll „gesellschaftliche Normalität- verstanden als durchschnittliche Lebensbedingungen in einer bestimmten Gesellschaft [...] und/oder als Wertorientierung [...] - auch für geistig behinderte Menschen [...] verfügbar“ (ebd.) gemacht werden. Dies bedeutet auf der Individualebene, einen Lebensstandard zu ermöglichen, der den Bedingungen nichtbehinderter Menschen entspricht. Auf der sozialen Ebene kann dies heißen, behinderten Menschen Normen als konstruierte Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens (vgl. STIMMER 2000 b: 456 und DUDEN 2001: 680 f.) zu vermitteln. Damit können sich Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft besser zurecht finden und ein soziales Handeln wird möglich. Gleichzeitig ist es jedoch wichtig, nicht lediglich behinderten Menschen gesellschaftliche Normen zu verdeutlichen. Auch die Gesellschaft muss bereit sein, behinderte Menschen als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu akzeptieren. PÖRTNER insistiert auf richtiges Verstehen des Normalisierungsprinzips als eine Unterstützung behinderter Menschen mit ihrer Behinderung in der Realität zurecht zu kommen und sich nicht ausschließlich an eine Normalität anzupassen. Es geht ihr darum, dass ein „breiteres Spektrum an Daseinsformen“ in der Gesellschaft akzeptiert werde, „darunter auch geistige Behinderung“. (PÖRTNER 2007: 66)

5 Erfahrungen mit der Anwendung des klientenzentrierten Konzeptes von Pörtner in einer Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung in Bremen

Marlis Pörtner stellt in ihrem Werk „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ verschiedene Einrichtungen vor, die dieses Konzept in die Praxis transferierten. Ein Behindertenhilfeträger, der den klientenzentrierten Ansatz in den verschiedenen Behindertenhilfeeinrichtungen umsetzt, ist der Arbeiter Samariter Bund²² in Bremen. Um einen Eindruck von dem Träger und der Konzeptumsetzung zu erlangen, vereinbarte ich einen persönlichen Gesprächstermin mit Konrad Seidl, dem Qualitätsbeauftragten und Bereichsleiter der Wohnheime und Regina Schütz, Mitglied der Projektgruppe und Leitung einer Wohneinrichtung²³. Im Folgenden werde ich den ASB einführend darstellen, um daraufhin auf die Umsetzung des klientenzentrierten Konzeptes zu fokussieren.

Der Arbeiter Samariter Bund bietet verschiedene Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen an. Die Einrichtungen setzen sich zusammen aus fünf so genannten „Kleinwohnheimen“, in denen ca. 10-15 Bewohner aufgeteilt in zwei bis drei Wohnbereichen und einige Bewohner in Einzelappartements leben. Hinzu kommt eine Tagesförderstätte mit 40 Plätzen und 40 Plätze im Betreuten Wohnen, wo Menschen entweder allein oder mit anderen gemeinsam leben und ambulante Betreuungsleistungen erhalten (vgl. PÖRTNER 2006: 141). Der ASB nimmt geistig und mehrfach behinderte Menschen ungeachtet der Schwere ihrer Behinderung auf²⁴, so dass sich die Anwendung des Konzeptes „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ nicht lediglich auf eine homogene Personengruppe (zum Beispiel Menschen mit ausschließlich geistigen Behinderungen) bezieht, sondern übergreifend eingesetzt wird. Der ASB beschäftigt insgesamt 125 Mitarbeiter, wovon

22 Im Folgenden abgekürzt durch ASB.

23 An dieser Stelle möchte ich diesen beiden Personen für die Einladung sowie ihre investierte Zeit und Mühe herzlich danken.

24 Die folgenden Informationen stammen, wenn nicht anders gekennzeichnet, aus dem persönlichen Gespräch mit Konrad Seidl und Regina Schütz vom 09.09.08.

90 im Wohnbereich, 14 in der Tagesförderstätte und 19 im Betreuten Wohnen tätig sind (vgl. PÖRTNER 2006:142).

Im Jahr 1998 entschlossen sich die Leitungsgremien zu der Durchführung eines Organisationsentwicklungsprozesses mit dem Ziel der Dienstleistungsqualitätsverbesserung und der Steigerung der Zufriedenheit der Klienten. Die vorige Ausrichtung am Normalisierungsprinzip reichte als inhaltliche Bestimmung nicht mehr aus, so dass eine zusätzliche Orientierung an dem Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ gewünscht wurde. Geschäftsführer Jürgen Lehmann bat MARLIS PÖRTNER 2002, nachdem er auf sie durch einen Fachartikel aufmerksam geworden war, eine zweitägige interne Fortbildung in Bremen durchzuführen (vgl. PÖRTNER 2007 b). MARLIS PÖRTNER weckte bei dieser Veranstaltung großes Interesse bei den teilnehmenden Mitarbeitern, so dass die Idee entstand, das Konzept zu systematisieren. Es wurde eine Projektgruppe gegründet, um das Konzept den Rahmenbedingungen des ASB anzupassen und zu modifizieren. In dieser wurden u. a. Leitsätze zur Umsetzung des klientenzentrierten Konzeptes und Arbeitsmaterialien für die Mitarbeiter entwickelt. Zwischen 2002 und 2005 schulte PÖRTNER die Teams der Wohneinrichtungen, der Tagesförderstätte sowie die Projektgruppe. Neben der theoretischen Vermittlung des Ansatzes bildete die Umsetzung des Konzeptes in Situationen des Arbeitsalltags der Mitarbeiter den Schwerpunkt der Fortbildung: „Anhand von Situationen aus dem Arbeitsalltag des betreffenden Teams wurden Probleme besprochen und Lösungsansätze erarbeitet“ (ebd.: 3).

Auf diese Weise gelang es PÖRTNER, die Umsetzung über einen langen Zeitraum intensiv mitzuverfolgen und den Mitarbeitern beratend zur Seite zu stehen (vgl. ebd.). Ferner hatten die Mitarbeiter so die Möglichkeit, sich bei Fragen und Problemen direkt an MARLIS PÖRTNER wenden zu können und die Anliegen zu klären.

Nach drei Jahren Praxiserfahrung nahmen Leitungen und Mitarbeiter Stellung zur Einführung des Konzeptes. Diese Stellungnahmen führte PÖRTNER in einem Artikel zusammen und veröffentlichte diesen 2007 auf der Internetseite der Gesellschaft für personenzentrierte Gesprächspsychotherapie (GWG)²⁵ sowie im

25 URL: <http://gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1070> (Stand: 25.01.09)

Rahmen der Neuauflage des Buches „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ 2008. PÖRTNER differenziert darin die Aussagen der Leitungen, der Projektgruppe und die der Teams.

Leitende Mitarbeiter bemerkten verschiedene Veränderungen auf der Mitarbeiterebene. Es habe eine Wissenserweiterung stattgefunden und sich ein anderes Problembewusstsein entwickelt. Ferner rückten die Klienten deutlicher in den Mittelpunkt. Die Mitarbeiter seien mutiger geworden und hinterfragten Haltungen hinter den eigenen Handlungen, so dass bisherige Selbstverständlichkeiten in Frage gestellt würden (vgl. ebd.: 7). Als problematisch wurde die zum Teil wenig ausgeprägte Empathie²⁶ und sich aus Ausbildungsinhalten „tief verwurzelte Ansichten der Mitarbeitenden“ beschrieben (ebd.). Eine weitere Schwierigkeit stellten die „Vorgaben der Kostenträger (Zielorientierung, Prüfbarkeit von Zielen)“ (ebd.) dar.

In Bezug auf die Auswirkungen auf Klienten sei zu beobachten, dass diese einen größeren „Aktionsradius, mehr Freiraum“ nutzten, ferner der Erfahrungshorizont erweitert werden konnte und die persönliche Entwicklung nachhaltig gefördert werde, sie aber auch zum Teil durch das „Mehr an Selbstbestimmung“ irritiert seien (ebd.).

Aus ihren bisherigen Erfahrungen leiteten die Leitungen bestimmte Faktoren ab, die ihrer Meinung nach erforderlich für die Einführung einer personenzentrierten Arbeitsweise seien:

- Das Konzept muss von der Leitung gewollt sein.
- Bildung einer Projektgruppe (...), Steuerung der Projektgruppe
- Die Grundsätze, nach denen gearbeitet wird, müssen im Alltag immer wieder thematisiert werden, insbesondere von der Leitung
- Die Einbindung in das Qualitätsmanagementsystem des Einrichtungsverbundes. Das personenzentrierte Konzept als wichtiger Baustein innerhalb des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und zur Verwirklichung der Qualitätsziele des Einrichtungsverbundes (ebd.)

26 ROGERS geht davon aus, dass Empathie durch Schulung erlernt werden kann (vgl. ROGERS 2005 b: 85). Somit kann diesem wahrgenommenen Problem eventuell durch gezielte Schulungen oder Fortbildungen begegnet werden.

Das Besondere und Hervorzuhebende dieses Behindertenhilfeträgers ist die konsequente Umsetzung des Konzeptes in den Führungsebenen. Der Geschäftsführer hat durch die persönlichen Fortbildungen von PÖRTNER zunächst die Leitungen der einzelnen Bereiche und Einrichtungen von dem Konzept begeistern können, die die Einführung vollständig mitgetragen haben, so dass letztlich auch die Mitarbeitenden der Einrichtungen vom Konzept überzeugt wurden und die Umsetzung mitgestalteten. Konrad Seidl betont, dass die flache Hierarchie des Trägers dazu beitrage, das Konzept einheitlich umzusetzen und auf allen Ebenen mitzutragen. Für eine gelingende Umsetzung des Konzeptes sei es erforderlich, dass das Konzept strukturell auf allen Einrichtungsebenen umgesetzt werde, da auch der Umgang mit den Mitarbeitern personenzentriert gestaltet werden müsse. Leitungsaufgabe sei es weiterhin, auf die Umsetzung des Konzeptes zu achten, was auf personenzentrierte Weise geschehe. Mitarbeiter werden zum Beispiel über eine personenzentrierte, vor allem wertschätzende Haltung motiviert (Im Sinne von: „Wir haben schon gut gearbeitet, können dies aber noch besser!“ (Regina Schütz im Gespräch vom 09.09.08)). In jährlich stattfindenden Mitarbeitergesprächen werde die klientenzentrierte Arbeitsweise der jeweiligen Mitarbeiter von diesen reflektiert. Bezüglich der Auswirkung auf die Führungsaufgaben gaben die Leitungen an, dass ein Mehr an „Transparenz hinsichtlich der pädagogischen Arbeit“ (PÖRTNER 2007 b: 9) zu verzeichnen sei.

Die Projektgruppe resümiere eine effektive und anregende Arbeit, bemerke jedoch, dass die „von ihr entwickelten Arbeitsmittel noch nicht ausreichend angewendet werden“ (ebd.) Diesbezüglich bemerkten meine Interviewpartner, es habe sich nicht bewährt, dass die Projektgruppe als „Expertengremium“ Inhalte des Konzeptes in das Team transportiert. Um diese Aufgabe gelingend zu erfüllen sei ein weiteres internes Fortbildungsprogramm ab 2009 geplant. Ferner böten sich Konzeptionstage an (vgl. PÖRTNER 2007 b: 9), um dem Umfang der Aufgabe gerecht zu werden.

Die Teams (Mitarbeitende und Hausleitungen) setzten sich auf Dienstbesprechungen, Planungstagen und Mitarbeitergesprächen intensiv mit dem Ansatz auseinander und wendeten diesen auf ihre praktische Arbeit mit den Klienten an. Es wird u. a. reflektiert, dass „insgesamt eine Tendenz zu einer lebenswerteren, angenehmeren Atmosphäre“ bestehe. Von einer Hausleitung wurden überwiegend

tragfähige Kontakte der Mitarbeiter und Bewohner beobachtet (vgl. PÖRTNER 2007 b:10).

In einem Beispiel wird deutlich, wie eine Erweiterung seines Handlungsspielraumes zu einem Mehr an Selbstbestimmung eines Wohnheimbewohners führte. Vor der Umsetzung des Konzeptes wurde das einem Bewohner eines Wohnheims zur Verfügung gestellte Geld an zwei Tagen in der Woche von Mitarbeitern ausgezahlt. Dieses gab er noch am selben Tag aus und war an den anderen fünf Tagen der Woche unzufrieden mit der Situation, kein Geld zur Verfügung zu haben. Mit der Bezugsbetreuerin wurde im Kontext einer Hilfeplanung ein neuer Umgang mit der Situation entwickelt: Der Klient legte ein Sparbuch an, über das er eigenständig verfügen konnte. Dieser Handlungsspielraum erwies sich als noch zu groß, denn der Klient gab nun das gesamte Geld in kurzer Zeit aus und war weiterhin unzufrieden. So wurde gemeinsam die Lösung erarbeitet, verschiedene Kassen für unterschiedliche Zwecke anzulegen. Dadurch erlangte er besseren Überblick über das ihm zur Verfügung stehende Geld und kann schließlich sein Geld selbstständig einteilen (vgl. ebd.).

Die Mitarbeiter beschreiben, dass sie sich „nah am Bewohner“ fühlten und diesen besser kennen lernen würden, was in diesem Beispiel deutlich wird (vgl. ebd.). Es wird überlegt, was für den individuellen Bewohner mit seinen Fähigkeiten, Wünschen und Schwierigkeiten eine alternative Lösung darstellen kann. Durch dieses Einfühlen in ihn kommen die Mitarbeiter den Bewohnern näher und lernen diese besser kennen.

Ein weiterer Vorteil des Konzeptes von PÖRTNER läge, so die Mitarbeiter, in der Klarheit in Bezug auf Rahmen und Spielraum der Situationen. Ferner würde es als erleichternd erlebt, den Bewohnern mehr Verantwortung zuzugestehen. Als „manchmal schwierig“ wurde erlebt, „auf sich selber zu schauen“ (vgl. PÖRTNER 2007 b: 12). Die Arbeit werde erleichtert, da den Problemen auf den Grund gegangen werde (vgl. ebd.). Die Projektgruppe entwickelte ein „Arbeitsblatt für eine situationsbezogene Selbstreflexion“ und ein „Arbeitsblatt für eine situationsbezogene Reflexion im Team“. Diese dienen der Überprüfung des eigenen Handelns in einer bestimmten Situation in Bezug auf die Einhaltung der Orientierung am klientenzentrierten Konzept. Die Mitarbeiter können das Arbeitsblatt zur Selbstreflexion nach einer für sie erlebten schwierigen Situation mit einem Klienten ausfüllen und zunächst für sich reflektieren, was geschehen ist (wie die Umstände

waren, wie man sich dabei gefühlt hat, wie man die Gefühle des Bewohners in der Situation einschätzt, ob man empathisch gehandelt hat, wie sich der Rahmen und Spielraum gestaltete) und was verändert werden könnte. Somit hat sich der Mitarbeiter bereits intensiv mit der Situation auseinandergesetzt und hat unter Umständen bereits die Ursache des Problems und eventuell, daraus resultierend, eine Lösung auf klientenzentrierter Basis gefunden. Ist dies nicht der Fall, möchte er dies in das Team tragen oder waren mehrere Mitarbeiter an einer Situation beteiligt, können die Mitarbeiter das Arbeitsblatt für die situationsbezogene Reflexion in das Team bringen. Diese Arbeitshilfen bringen Mitarbeiter dazu, nach alternativen Ursachen und Lösungen für Probleme zu suchen und erweitern dadurch ihre Handlungskompetenz.

Mitarbeiter reflektieren weiter, man sehe individuelle Lösungsmöglichkeiten auch bei Bewohnern, bei denen sonst keine Wege im Umgang mehr gesehen wurden. Die Klienten fühlten sich durch den personenzentrierten Umgang ernstgenommen, bestätigt in ihren Fähigkeiten, wodurch sie in der Folge ihren Gefühlen mehr trauen könnten. Bei einigen Bewohnern würden Ressourcen geweckt, andere reagierten bisher verunsichert auf das Mehr an Selbstbestimmung (vgl. ebd.).

PÖRTNER zeigt abschließend auf, dass die im ASB verstärkt stattfindenden Diskussionen über Rahmen und Spielraum eine ganz zentrale Betreuungsaufgabe darstelle und deshalb ihr Gewicht verdienen (vgl. ebd.: 13).

Dies ist gerade in Wohneinrichtungen relevant, da dort per se ein Rahmen durch Regeln des Zusammenlebens abgesteckt wird und der Spielraum stets neu definiert werden muss. Auch in einer ambulant betreuten Wohngruppe kann die sehr nachvollziehbare und praxisnahe Diskussion um Rahmen und Spielraum eine große Rolle spielen, da dort mehrere Menschen zusammenleben und ein Rahmen den Alltag strukturiert sowie Spielräume stets geschaffen und neu definiert werden müssen.

Die Erfahrungen in Bremen zeigen zum einen, dass es möglich ist, das Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ in Einrichtungen der Behindertenhilfe umzusetzen. Zum anderen zeigt sich jedoch auch, dass die Umsetzung einer intensiven Vorarbeit und theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema bedarf. Für besonders beachtenswert halte ich die strukturierte Umsetzung des Konzeptes von der Geschäftsführung, zu den Leistungsebenen und schließlich über

Fortbildungen und Bildung der Projektgruppe zu jedem einzelnen Mitarbeiter. Somit ist eine konsequente und sich ständig weiterentwickelnde Anwendung des Konzeptes möglich geworden. Die konsequente Arbeit an dem Prozess zeichnet die Leitungen und Mitarbeiter des ASB aus und führt sicher zum Ziel der vollständigen Konzeptumsetzung in jeder Hinsicht.

Als relevant für die Ausrichtung eines Einrichtungskonzeptes nach dem klientenzentrierten Konzept „Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen“ bezeichne ich zusammenfassend die gewollte Umsetzung auf allen Ebenen (Leitung, Mitarbeiter), die Einrichtung einer Projektgruppe zur Weiterentwicklung des Konzeptes sowie die ständige Reflexion des Handelns im Alltag in Form von Thematisierung dieses Handelns zum Beispiel im Rahmen von Dienstbesprechungen.

Zweiter Teil

Entwicklung eines Konzeptes für eine ambulant betreute Wohngemeinschaft

Ein Konzept soll den Mitarbeitern, Bewohnern und Angehörigen als Orientierungshilfe dienen. Es werden Ziele und Grundlagen der Arbeitsweise festgehalten, so dass sich daraus ein verbindlicher Rahmen für Mitarbeiter und Bewohner ergibt. Ein Konzept gewährleistet eine Kontinuität der Grundhaltungen und Grundbedingungen (vgl. PÖRTNER 2006: 22).

In dem nun folgenden Konzept werden die strukturellen Rahmenbedingungen für eine fiktive²⁷ ambulant betreute Wohngemeinschaft²⁸ für Menschen mit geistigen Behinderungen in Hamburg erläutert. Darüber hinaus werden von mir als notwendig erachtete Grundhaltungen entworfen, die als Leitbild der AWG fungieren.

1 Ziele

Die übergreifenden Ziele der AWG sind, angelehnt an §§ 2 und 4 SGB IX, Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Selbstbestimmung ist ein mächtiges Wort und beschreibt zunächst ein eher diffuses Ziel. Gerade bei Menschen mit Behinderung ist es wichtig, diese zur Selbstbestimmung zu befähigen und das Ziel individuell zu konkretisieren. Dies gestaltet sich nicht immer einfach. Eine wichtige Voraussetzung stellt an die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten des Klienten angepasste Informationsvermittlung dar. Der Mensch muss wissen, worüber er genau bestimmen soll und welche verschiedenen Optionen existieren und

27 Fiktiv meint, dass eine Einrichtung die nach diesem Konzept arbeitet bislang nicht existiert.

28 Im Folgenden abgekürzt durch AWG.

welche Auswirkungen diese jeweils haben. Ferner ist es wichtig, Klienten nicht zu überfordern und Sachverhalte unangemessen (zu schwierig) zu formulieren oder Selbstbestimmung auf sehr abstrakter Ebene zu verlangen (z. B. Politik).

Assistenten, die bemüht sind, Selbstbestimmung zu ermöglichen, müssen neutral bleiben und nicht unbewusst eigene Meinungen in die Informationen einfließen lassen. Nur so ist gewährleistet, dass wirkliche Selbstbestimmung stattfinden kann.

Es sind nicht ausschließlich Mitbestimmungsrechte wie Bundestagswahlen, die Menschen mit Behinderung einen Zuwachs an Autonomie ermöglichen, sondern die kleinen alltäglichen Entscheidungen, die dafür von großer Bedeutung sind. Das Getränk zum Frühstück täglich neu wählen zu können zeigt den Bewohnern beispielsweise effektiv, welche Wirkung selbst getroffene Entscheidungen haben können.

Selbstverständlich ist es wünschenswert, dass die Klienten auch über ihr persönliches Umfeld, also auf politischer Ebene Einfluss nehmen. Dies setzt jedoch zum einen die Bereitschaft dafür, sowie zum anderen das Verständnis, das durch die bereits erwähnte adäquate Informationsvermittlung erwirkt werden kann, voraus. Hier müssen die Assistenten zu entsprechenden Wahlen Informationsmaterial beschaffen und eine Vermittlung anbieten. Auch der Besuch von Wahl- oder Informationsveranstaltungen im Sozialraum sollen angeboten werden. Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen wie „People First“ oder „Autonom Leben“ sollen hergestellt werden, damit die Angebote dieser Vereine genutzt werden können.

Selbstbestimmung ist immer auch eingeschränkt durch politische, persönliche, institutionelle, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Einschränkungen in der AWG sind zum Beispiel die Annahme von Assistenzleistungen, die Auseinandersetzung mit Mitbewohnern (Kompromissbereitschaft) oder die Hausordnung. In der AWG sollte jedoch grundsätzlich so viel Selbstbestimmung wie möglich erreicht werden. Dieser Anspruch soll im Alltag stets umgesetzt werden. Beispiele hierfür stellen das Einkaufen, die Freizeitgestaltung, der Tagesablauf, die Nahrungszubereitung, die räumliche Gestaltung, die Mitbestimmung bei der Auswahl potenzieller Mitbewohner oder das Bilden einer Interessengemeinschaft dar.

Mit- und Selbstbestimmung fangen bei [...] kleinen Alltäglichkeiten an.
Sie da konsequent zu ermöglichen - unter Berücksichtigung der

Rahmenbedingungen und abgestimmt auf individuelle Möglichkeiten -
ist bereits ein großer Schritt in die richtige Richtung. (PÖRTNER 2007:
132)

An dieser Stelle kommt ein Leitprinzip des Empowermentansatzes zum Tragen: der Respekt vor unkonventionellen Lebensentwürfen ist für die Selbstbestimmung grundlegend. Eigene Einstellungen der Assistenten müssen zu Gunsten der Klienten zurückgestellt werden.

Jedoch kann Selbstbestimmung auch bedeuten, Verantwortung für bestimmte Dinge abzugeben und sich zum Beispiel Dienstleistungen einzukaufen, die etwas bestimmtes erledigen, was ein Bewohner sich nicht allein zutraut. Hier können sowohl die in der AWG beschäftigten Assistenten Aufgaben übernehmen, als auch externe Dienstleister, wie zum Beispiel ein Reinigungsdienst oder eine Lohnsteuerhilfestelle.

Das zweite globale Ziel der AWG, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, soll sich in allen Strukturen manifestieren. Menschen nehmen auf unterschiedliche Weise am gesellschaftlichen Leben teil. Hier stellen die Teilhabe am Arbeitsleben und am kulturellen Leben tragende Säulen dar. Die Teilhabe am Arbeitsleben ist nicht zentrales Ziel der AWG, kann aber von deren Mitarbeitern initiiert werden, in dem Kontakte zu Arbeitgebern hergestellt werden oder Dienstleister mit dieser Aufgabe betraut werden. Die Teilhabe am kulturellen Leben kann im Rahmen der Gruppenassistenz, aber auch in der Einzelassistenz ermöglicht werden. Hier geht es zum Beispiel um Begleitung zum Kinobesuch, damit die Bewohner, die sich dies nicht allein zutrauen, Routinen erlernen können, um zukünftig eventuell selbstständig eine solche Aktivität durchführen können. Einige Bewohner werden auch nach Einübung von Situationen eventuell nie in der Lage sein, allein oder mit Freunden ins Theater zu gehen. Hier geht es um die Begleitung dieser Bewohner, damit ihnen diese Möglichkeit der kulturellen Teilhabe nicht auf Grund der fehlenden Selbstständigkeit verwehrt bleibt. Allgemein bedeutet das Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe für Mitarbeiter der AWG auch, die Bewohner im Alltag bei der Verrichtung von Aufgaben wie zum Beispiel dem wöchentlichen Einkauf oder dem Besuch beim Arzt so zu unterstützen, dass sie diese wie andere Bürger auch erledigen können. Zum Beispiel soll das Einkaufen von den Bewohnern selbst in Geschäften ihrer Wahl erfolgen. Diese Aufgabe soll nicht von den Assistenten übernommen werden. Sie

sollen vielmehr die Bewohner dabei so unterstützen, dass sie sich an den von allen Menschen aufgesuchten Orten (zum Beispiel im Supermarkt) zurecht finden. Die Verfolgung dieses Zieles erinnert an wesentliche Grundsätze des Normalisierungsprinzips, nämlich den Menschen bei einer möglichst normalen Lebensführung zu unterstützen.

Ein weiteres wichtiges Ziel der AWG stellt die Entfaltung und Entwicklung der Persönlichkeit dar. Hier geht es um die Flexibilisierung des Selbstkonzeptes, die durch ein adäquates Beziehungsangebot gemäß der klientenzentrierten Arbeitsweise erreicht werden kann. Damit der Bewohner sich selbst als liebenswert und kompetent erleben kann und auch eigene Fehler akzeptiert (also positive wie auch negative Erfahrungen in sein Selbstkonzept integrieren kann), sollen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz der Betreuungspersonen den Umgang mit den Bewohnern im Alltag prägen.

Diese Ziele werden sich unter verschiedenen Punkten des Konzeptes und besonderes unter dem Punkt „Richtlinien für den Alltag“ konkretisiert.

2 Rahmenbedingungen

Eine AWG stellt eine Eingliederungshilfeleistung dar und unterliegt deshalb Bestimmungen der Sozialgesetzgebung. Die damit verbundenen Vorgaben sowie weitere Rahmenbedingungen zur Struktur einer AWG werden im folgenden Kapitel beschrieben. Diese stellen die Voraussetzung für den Spielraum bezüglich der inhaltlichen pädagogischen Ausrichtung der AWG dar und sollen deshalb nicht außer Acht gelassen werden.

2.1 Der rechtliche Rahmen

Menschen mit Behinderung in Deutschland haben einen Anspruch auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (gemäß §§ 1 und 4 SGB IX). Diese konkretisieren sich in § 55 I und II Nr. 3 und 6 SGB IX wie folgt:

Leistungen [...] sind insbesondere [...] Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, [...] und Hilfen zu selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten

Entsprechend den Bestimmungen des SGB IX wäre der zuständige Rehabilitationsträger für die Leistungen einer AWG der Sozialhilfeträger, dessen Rahmen im SGB XII näher bestimmt ist.

Nach § 54 I SGB XII handelt es sich bei einer AWG um eine bewilligungsfähige Eingliederungshilfeleistung des Sozialhilferechts. Die Maßnahme der AWG folgt ihren Grundlagen nach den Vorgaben des § 19 II SGB IX, wonach individuelle, ambulante Hilfen grundsätzlich Vorrang vor stationären Unterstützungsformen haben sollen.

2.2 Die Zielgruppe

Entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Vereinbarungen zwischen der Hansestadt Hamburg und der Behindertenhilfeträger richtet sich die Leistung an im Folgenden beschriebenen Personenkreis. Leistungsberechtigt sind volljährige Menschen, die nach § 53 SGB XII „wesentlich in der Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt, oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.“ Wie auch andere Sozialhilfeleistungen ist auch diese Maßnahme gemäß §§ 2 und 19 III SGB IX einkommens- und vermögensabhängig.

Als nicht gesetzlich verankerte Besonderheit setzt die Hansestadt Hamburg in den Vereinbarungen mit den einzelnen Trägern voraus, dass

die Personen über aktivierbare Netzwerke verfügen, in Notlagen Hilfe selbst anfordern können, über ein Mindestmaß an Konfliktfähigkeit für das Zusammenleben verfügen und regelhaft mehrere Stunden am Tag ohne Mitarbeiterpräsenz ihren Alltag gestalten können.(HANSESTADT HAMBURG, 2006a)

In Abgrenzung zu den oben genannten rechtlichen Rahmenbedingungen sind auch inhaltliche Voraussetzungen relevant, um einen funktionierenden Alltag, die Zufriedenheit der einzelnen Bewohner und eine adäquate Unterstützung in der AWG sicherstellen zu können. Hier ist die persönliche Einstellung und Intention, mit der sich ein Mensch für die Wohnform AWG entscheidet von primärer Bedeutung. So gilt zum einen ist das Prinzip der Freiwilligkeit bei der bewussten Entscheidung für diese Wohnform.

Zum anderen ist der Wunsch nach Selbstbestimmung und Selbstständigkeit grundlegend für den Einzug in die AWG. Da die AWG auf größtmögliche Selbstbestimmung und Erreichung eines hohen Grades an Selbstständigkeit abzielt, ist das Erreichen dieser Ziele in der pädagogischen Arbeit von der Mitarbeit der Bewohner abhängig. Hier folgt das Konzept den im ersten Teil genannten Prinzipien des Empowermentansatzes, was eine Bereitschaft zum lernzielorientierten Handeln im Dialog mit dem Assistenten voraussetzt. Dies beinhaltet auch die Bereitschaft zur Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen gemäß des im Hilfeplan (siehe Punkt 2.7) vereinbarten Unterstützungsbedarfs.

Die genannten Voraussetzungen schließen Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf nicht grundsätzlich aus, jedoch muss erwähnt werden, dass diese Form von Unterstützung nach den genannten Vorgaben der Sozialbehörde möglicherweise nicht umfassenden (pflegerischen) Ansprüchen von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf gerecht werden kann. Die entsprechenden Voraussetzung für die Ermöglichung des Lebens in der AWG müssen jedoch von den Behindertenhilfeträgern mit der Sozialbehörde der Hansestadt so entwickelt werden, dass diese Wohnform auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf zugänglich wird. In erster Linie geht es dabei um die Finanzierung der ständig präsenten Unterstützungsleistungen.

2.3 Die Interessengemeinschaft

Eine AWG ist „keine Organisationsform einer betreuerischen Leistungserbringung [...], sondern die Wohn- und Lebensform ihrer Bewohner.“ (STRUCK 2007: 10) Aus diesem Grund tritt kein Behindertenhilfeträger als Einrichtungsträger auf, der sich primär für die Interessen der Bewohner einsetzt. Natürlich treten die von den Bewohnern ausgewählten Dienstleister und gesetzlichen Vertreter entsprechend ihren Aufträgen im Sinne einer advokatorischen Ethik für die Rechte der Klienten ein, jedoch fehlt der Behindertenhilfeträger als „Wohnformorganisateur“ und somit als Interessenvertreter. Aus diesem Grund sollten die Bewohner eine Interessengemeinschaft bilden, die bezweckt, die gemeinsamen Interessen nach innen und außen zu vertreten. Eine AWG steht für eine neu geschaffene Unabhängigkeit der Bewohner gegenüber den Dienstleistern und dem Vermieter. Auch deshalb ist es sinnvoll, das Zusammenleben gemeinsam mit allen Bewohnern zu organisieren.

Die Interessengemeinschaft sollte sich in regelmäßigen Abständen zusammensetzen und nötige Absprachen treffen. Diese können zum einen Entscheidungen in Bezug auf neues Personal oder neue Mitbewohner darstellen. Zum anderen werden Wochenpläne, Angelegenheiten betreffend der Haushaltsführung und der gemeinsamen Finanzen besprochen. Natürlich muss in diesen wöchentlich oder zweiwöchentlich stattfindenden Sitzungen ebenfalls aktuelle Anliegen und Absprachen zum Ablauf des Alltags Platz finden. Von vornherein muss entschieden werden, in welcher Form über Entscheidungen abgestimmt wird, welcher Dienstleister engagiert wird, in welchen Abständen Treffen der Interessengemeinschaft stattfinden sowie ob und wofür eine Gemeinschaftskasse angelegt wird.

Im Allgemeinen geht es bei der offiziell gebildeten Interessengemeinschaft darum, dass die Bewohner unabhängiges Handeln demonstrieren. Sie sollen sich der hohen Verantwortung dieser Wohnform bewusst werden und diese als mündige Bewohner übernehmen können. Auch die Bildung der Interessengemeinschaft ist eng verknüpft mit dem Empowermentkonzept und den darin enthaltenen Prinzipien der Selbstbestimmung und des Zuwachses von Autonomie bezüglich Handlungen und Entscheidungen. Es geht darum, dass die Bewohner der AWG einen möglichst

großes Spektrum an Entscheidungsmöglichkeiten im Alltag erhalten und somit über ihr Leben selbst bestimmen können. Eventuell benötigen einige Bewohner bei der Ausübung der demokratischen Rechte in der AWG zunächst Unterstützung durch einen Assistenten. Dieser soll den Bewohner dazu befähigen, sich eine Meinung bilden zu können und sein Recht auf Einbringen dieser Ansicht ausüben zu können. Dazu müssen alle in den Besprechungen unklaren Sachverhalte erklärt werden. Die Bewohner sollten sich einen Assistenten auswählen, der den Besprechungen beiwohnt. Dieser soll sich bewusst zurückhalten und nur im Bedarfsfall einbezogen werden. Er kann zur Beseitigung von Unklarheiten zu Rate gezogen werden oder einzelnen Bewohnern Sachverhalte, die sie nicht verstanden haben, zu verdeutlichen. Nach PÖRTNER ist es wichtig, diesen großen Spielraum so zu gestalten, dass alle Bewohner diesen angemessen nutzen können. Eine intensive Begleitung jedes einzelnen Bewohners durch Assistenten oder rechtliche Vertreter ist an dieser Stelle erforderlich, um Entscheidungsspielräume überhaupt erst zu ermöglichen.

Die Bildung einer Interessengemeinschaft geht einher mit dem Rollenwechsel der Dienstleister. Diese nehmen in der AWG die Rolle des Anbieters und Koordinators von Dienstleistungen ein, statt die Rolle des Trägers einer Einrichtung mit allen Rechten und Pflichten inne zu haben. Dies führt zur Erforderlichkeit der Bildung einer Interessengemeinschaft in der AWG, die unbedingt schriftlich festgelegt werden sollte, um Verbindlichkeit zu symbolisieren. Diese schriftliche Erklärung sollte unbedingt in einfacher Sprache formuliert werden, damit diese von allen Bewohnern verstanden werden kann.

2.4 Die Wohnung

Die Mietkosten inklusive Wasser- und Heizkosten werden, wie auch der Lebensunterhalt, nach Einzelfallprüfung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vom Träger der Sozialhilfe übernommen. Der Sozialhilfeträger ist zuständig bei voller Erwerbsminderung, wenn eine Werkstatt für behinderte Menschen oder eine Tagesstätte besucht wird oder die Pflegestufe III festgestellt wurde (vgl. HANSESTADT HAMBURG 2007 a: 8). In wenigen Fällen ist die ARGE zuständig,

was jedoch bei der Antragsprüfung durch den Sozialhilfeträger festgestellt werden muss (vgl. ebd.).

Für die Erreichung einer möglichst großen Autonomie und der Entfaltung der Persönlichkeit ist ein eigenes Zimmer unbedingt erforderlich. Dieses soll nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen eingerichtet und gestaltet werden.

2.4.1 Lage

Im Sinne des Normalisierungsprinzips soll sich die Wohnung der AWG nicht auf einem (Zentral-)Gelände eines Behindertenhilfeträgers befinden, sondern „Mittendrin“ im Leben der Gemeinde. Durch die Infrastruktur sollen Bewohner in die Möglichkeit erhalten, die Angelegenheiten des Alltags wie Einkäufe, Bank- und Arztbesuche selbstständig erledigen zu können. Von großer Bedeutung für Menschen mit Behinderung ist ebenfalls eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, da meist kein Führerschein vorhanden ist und in einigen Fällen die Mobilität so eingeschränkt ist, dass lange Fußwege nicht möglich sind. Ferner sollten Möglichkeiten der Begegnung mit anderen Menschen in der Wohnumgebung gegeben sein. Diese stellen einerseits Cafés dar, andererseits Begegnungsstätten wie (integrative) Stadtteiltreffpunkte. Da in der AWG nicht ständig Mitarbeiter präsent sind, sollte sich ein Stützpunkt des Trägers der ambulanten Dienstleistungen in erreichbarer Nähe der AWG befinden, den Bewohner bei Bedarf aufsuchen können.

2.4.2 Größe

Die Wohnung muss für jeden Bewohner ein eigenes Zimmer vorhalten. Ferner sind Gemeinschaftsräume wie eine Küche, ein Wohnzimmer und Badezimmer in ausreichender Anzahl (bemessen an der Anzahl der Bewohner) erforderlich. Die Größe richtet sich auch danach, ob Menschen, die sich im Rollstuhl fortbewegen, dort wohnen. In diesem Fall muss die Fläche der Wohnung den dafür entwickelten

Standards entsprechen²⁹.

2.4.3 Ausstattung

Die Wohnung sollte barrierefrei gestaltet sein. Dies bedeutet, dass die Nutzung der Wohnung für Rollstuhlfahrer geeignet ist und konkretisiert sich in Richtlinien für den barrierefreien Wohnungsbau.

Jeder Bewohner verfügt über ein eigenes Zimmer, das er nach seinen Wünschen aus eigenen Mitteln einrichtet. Auf Wunsch erhalten die Bewohner einen eigenen Telefon- und Internetanschluss. Ferner sollte jedes Zimmer über einen Kabelanschluss für Rundfunk und Fernsehen verfügen. Die Gemeinschaftsräume werden von allen Bewohnern eingerichtet. Sie müssen gemeinsam entscheiden, welche Möbelstücke angeschafft werden sollen und wie die Kosten untereinander aufgeteilt werden. Gegebenenfalls besitzen Bewohner Einrichtungsgegenstände, die sie für die Gemeinschaftsräume zur Verfügung stellen können.

2.4.4 Mietvertrag

Die Bewohner der AWG gehen einen Mietvertrag mit einem Vermieter, der nicht gleichzeitig Dienstleister ist, ein. Für die ambulanten Hilfen wird ein gesonderter Betreuungsvertrag mit dem jeweiligen Dienstleister abgeschlossen. Somit sind Wohnen und Betreuung voneinander getrennt. Beim Abschließen des Mietvertrages benötigen die Bewohner eventuell Unterstützung durch die Eltern oder bereits vorher installierte gesetzliche oder pädagogische Betreuer. Der Mietvertrag muss den Bewohnern in Bezug auf die Bedeutung und den Inhalt erläutert werden.

²⁹ Siehe bauliche Vorschriften und Empfehlungen der DIN 18025 für Wohnungen für Rollstuhlfahrer.

2.5 Die Unterstützungsleistungen

Der Unterstützungsbedarf der AWG richtet sich nach den individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen der jeweiligen Bewohner. Diese werden sowohl von der Behörde in Form von Einstufung in verschiedene Bedarfsgruppen (entsprechende des Hilfebedarfs) im Rahmen der Gesamtplanverfahrens nach § 58 SGB XII manifestiert, als auch, und das ist primär von Bedeutung, im Alltag ganz individuell festgestellt und ständig den Veränderungen angepasst. Mit dem sozialpädagogischen Fachdienst der zuständigen behördlichen Sozialdienststelle wird vereinbart, welche Hilfen erforderlich sind.

2.5.1 Assistenzleistungen

Der Bedarf an Assistenzleistungen wird im Gesamtplanverfahren für den Einzelfall ermittelt und in entsprechenden Pauschalbeträgen bewilligt.

Grundsätzlich bestehen die Assistenzformen in einer AWG aus den drei Pfeilern Einzelassistenz, Präsenzzeit und Gruppenangebot. Der Umfang der jeweiligen Leistung ergibt sich aus den bewilligten Pauschalbeträgen der unterschiedlichen Bedarfsgruppen. Entscheiden sich alle Bewohner für einen Dienstleister, entsteht eine hohe Assistenzdichte, da die Präsenzzeiten und Gruppenstunden aller Bewohner durch einen Dienstleister erbracht werden können. Jeder Bewohner muss sich darüber klar werden, welche Assistenzleistungen er benötigt und wie er diese in Anspruch nehmen möchte. Es ist möglich, Dienstleistungen individuell oder in der Gruppe in Anspruch zu nehmen. Auch hier muss eine Absprache der Bewohner untereinander stattfinden, um den Umfang der Einzel- und Gruppenassistenzleistungen zu ermitteln.

2.5.1.1 Einzelassistenz

Die Einzelassistenz entspricht inhaltlich und strukturell den Formen des betreuten Einzelwohnens. Jeder Bewohner der AWG wird von einem Assistenten betreut, der ihn, den festgelegten Zielen entsprechend, individuell unterstützt. Die Einzelassistenz

kann, je nach Bedarf, zum Beispiel die Assistenz bei der Regelung des Schriftverkehrs und der Finanzen, bei der Haushaltsführung, bei Einkäufen oder die Unterstützung beim Aufbau persönlicher Beziehungen beinhalten. Die Formen differieren je nach Bedarf zwischen Beratung, Motivation, Anleitung, Begleitung, Organisation, Hilfestellung und stellvertretender Ausführung. In der Einzelassistenz ist Platz für persönliche Gespräche und individuelle Unterstützung hinsichtlich des persönlichen Hilfebedarfs.

2.5.1.2 Präsenzzeit

Psychische Begleitung im Alltag ist ein wesentlicher Bestandteil der AWG. Die Bewohner sind einen großen Teil des Tages auf sich allein gestellt. Sie sind Konflikten, zum Beispiel am Arbeitsplatz, ausgesetzt, die häufig auftreten und dazu schwerer zu verarbeiten sind. Auch das Zusammenleben in der Wohngemeinschaft birgt Konfliktpotenzial, das professionell aufgefangen werden muss. Die tägliche Präsenzzeit eines Mitarbeiters, der für alle Bewohner gleichermaßen ansprechbar ist kann in dieser Hinsicht eine große Hilfe sein. Im Rahmen dieser, sich nach der Anzahl der Bewohner richtenden, Betreuungszeit³⁰, können ja nach Bedarf der Bewohner gemeinsame Aktivitäten unternommen werden (zum Beispiel Einkäufe, andere Besorgungen, Haushaltsarbeiten, Besuch von Freizeitveranstaltungen) oder aber Gespräche geführt werden. Wichtig ist, dass sich diese Präsenzzeit einzig und allein nach den Bedürfnissen der dort lebenden Menschen richtet und nicht von den Mitarbeitern verplant wird. Hier soll Platz für das Ansprechen und Klären der Sorgen und Nöte des täglichen Miteinanders geschaffen werden sowie Zeit für spontane Gruppenaktivitäten vorhanden sein. Die Mitarbeiter sollen auf die psychische Befindlichkeit der einzelnen Bewohner achten. Sie sollen dann als Ansprechpartner zur Verfügung stehen, wenn sie gebraucht werden. Die Assistenz darf an dieser

30 Die Hansestadt Hamburg schlägt bei 8 Bewohnern eine durchschnittliche tägliche Präsenzzeit von 10 Stunden vor. Diese Angaben sind nicht angemessen für die hier geplante AWG. Die AWG sollte, im Sinne des Normalisierungsprinzips, aus nicht mehr als 5 Bewohnern bestehen, da eine Gruppengröße von 8 Personen eher einer stationären denn einer ambulanten Wohnform entspricht. Auch die durchschnittliche Präsenzzeit muss verringert werden, da die Bewohner sich voraussichtlich tagsüber nicht in der Wohnung aufhalten, sondern einer Tätigkeit nachgehen.

Stelle nicht mit unbedingter Aktivität gleichgesetzt werden, denn eine „wache Präsenz“ (PÖRTNER 2007: 107) ist wichtig, um auf die seelische Befindlichkeit angemessen zu achten und gegebenenfalls einzugehen (vgl. 107 f.).

Die Präsenzzeit sollte dann beginnen, wenn alle BewohnerInnen von ihrer Tätigkeit heimgekehrt sind, so dass alle gleichermaßen an dem Angebot teilhaben können. Der zuständige Mitarbeiter sollte sich im Gemeinschaftsraum befinden und offen für alle Anliegen zur Verfügung stehen.

2.5.1.3 Gruppenangebot

In den regelmäßigen Bewohnerbesprechungen sollen Ideen zur gemeinsamen Freizeitgestaltung gesammelt werden. Jeder Bewohner kann Wünsche für die Gruppenstunden äußern, die dann diskutiert, besprochen und gegebenenfalls geplant werden. Assistenten halten sich hier bewusst zurück und unterstützen lediglich dort, wo Bedarf besteht. Dieser kann zum Beispiel beim Einholen von Informationen über die Durchführung der Aktivitäten bestehen. Ferner sorgt der der Besprechung beiwohnende Assistent für die entsprechend der Vorhaben erforderliche Mitarbeiterplanung. Da die meisten Bewohner vermutlich tagsüber einer Tätigkeit nachgehen, finden die Gruppenangebote hauptsächlich an den Wochenenden statt. Das Ziel der Gruppenangebote ist die Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Teilnahme an Freizeitbeschäftigungen, die die Bewohner allein nicht durchführen würden oder die ihnen durch den erhöhten Hilfebedarf verschlossen bleiben würden. Zum anderen soll durch die Gruppenaktivitäten einer möglichen Isolation der Bewohner begegnet werden. Für viele Menschen mit Behinderung ist der Entscheidungsspielraum an Freizeitgestaltungsmöglichkeiten zu groß, so dass sie es vorziehen, in der eigenen Wohnung zu bleiben. Andere behinderte Menschen trauen sich aus Angst vor Zurückweisung nicht, an Veranstaltungen oder Ähnlichem teilzunehmen. Es soll jedem Bewohner frei stehen, an den Gruppenangeboten teilzunehmen. Schließlich ist die AWG im Sinne des Normalisierungsprinzips eine Wohnform, die einer Wohngemeinschaft nichtbehinderter Menschen ähnelt. Gemeinschaftliche Aktivitäten unterliegen in beiden Fällen dem Prinzip der Freiwilligkeit.

2.5.2 Pflegeleistungen

Benötigt ein Bewohner Pflegeleistungen, muss die Pflegekasse als Kostenträger dieser Leistungen eingeschaltet werden. Entsprechend des individuellen Bedarfs und der vom medizinischen Dienst der Krankenkassen ermittelten Pflegestufe wird ein Pflegedienst mit der Übernahme der erforderlichen Pflegeleistungen beauftragt. Die Assistenten unterstützen die Bewohner gegebenenfalls bei der Organisation der benötigten Pflegeleistung.

2.6 Die Assistenten

Engagierte, motivierte und zufriedene Mitarbeiter bilden die Basis für die erfolgreiche Arbeit in der AWG. Sie sind es, die mit ihrer Person in Beziehung zu den Bewohnern treten. Die für die Arbeit nach dem klientenzentrierten Ansatz so wichtige Beziehung kann nur dann wirksam werden, wenn die Mitarbeiter eine Beziehung anbieten und diese angemessen aufrecht erhalten. Deshalb ist die Zufriedenheit der Mitarbeiter und deren Möglichkeit, sich im Bedarfsfall Unterstützung zu holen, besonders relevant. Alle Assistenten sollen regelmäßig und verpflichtend an Fortbildungsveranstaltungen zu klientenzentrierten Themenbereichen teilnehmen. Ferner ist ein Austausch mit anderen Mitarbeitern aus ähnlichen Einrichtungen im Sinne einer übergeordneten Dienstbesprechung sinnvoll. Sehr wichtig ist die regelmäßige Reflexion der Umsetzung dieses Konzeptes und dessen Weiterentwicklung im Rahmen von Konzeptionstagen. Anders als Dienstbesprechungen, die alle 14 Tage stattfinden und auf denen die interne Arbeit in der AWG relevanten Themen zur Sprache kommen, beschäftigen sich die Mitarbeiter während der Konzeptionstage ausschließlich mit der Umsetzung des klientenzentrierten Konzeptes. Dies ist der Ort für die Reflexion der Konzeptumsetzung, Kritik daran und Weiterentwicklung des Konzeptes. In diesem Rahmen sollten die Mitarbeiter Instrumente/ Arbeitshilfen entwickeln, die ihnen in der täglichen Arbeit dabei behilflich sein können, das klientenzentrierte Konzept praktisch umzusetzen.

2.6.1 Beziehungsangebot

In der AWG wird hauptsächlich pädagogisch ausgebildetes Fachpersonal beschäftigt. Dies ist erforderlich, um professionelles Arbeiten nach dem klientenzentrierten Ansatz zu gewährleisten. Jedoch ist es gemäß dieses Ansatzes ebenfalls sehr wichtig, sich nicht hinter der Professionalität zu verstecken, sondern ein realistisches Bildes von sich als Person zu vermitteln. Nur so kann eine für die Erreichung des Ziels der Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes wichtige Beziehung zwischen Betreuer und Klient entstehen.

Die Beziehung zwischen den Betreuern und ihren Klientinnen wird nicht nur im personenzentrierten Ansatz als tragendes Element angesehen, ihre Bedeutung ist in der sozialen Arbeit allgemein unbestritten. (PÖRTNER 2006: 109)

Die Beziehung der Assistenten und Klienten soll von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz geprägt sein, um die Übereinstimmung zwischen dem Selbstkonzept und den Erfahrungen des Klienten zu erreichen. Der Klient muss sich in der Beziehung zu seinem Assistenten vollständig akzeptiert fühlen, so dass er keine Ängste und Verteidigungshaltungen aufbauen muss. Durch das einführende Verstehen (Empathie) soll der Assistent den inneren Bezugsrahmen des Bewohners möglichst exakt wahrnehmen. Auf diese Weise fühlt sich der Bewohner verstanden und entwickelt das Vertrauen, seine Gefühle auszudrücken und diese annehmen zu können.

Die unbedingte Wertschätzung gegenüber dem Bewohner ist ein weiterer wichtiger Aspekt für die helfende Beziehung. Hiermit wird der Respekt vor dem Bewohner beschrieben, der ihm unabhängig von den eventuell unerwünschten Verhaltensweisen zu Teil wird. Es geht darum, den Klienten so anzunehmen wie er ist und ihn nicht nach Fehlern oder Defiziten zu bewerten. So fühlt sich der Klient vom Assistenten vollkommen akzeptiert und kann seine Gefühle in der gesamten Bandbreite benennen. Damit wird er in die Lage gebracht, auch negative Gefühle in sein Selbstkonzept integrieren zu können und dieses nach und nach in Übereinstimmung mit den gesammelten Erfahrungen zu bringen.

Die Kongruenz als Voraussetzung für eine entwicklungsfördernde Beziehung bezieht sich direkt auf die Person des Assistenten. Hier geht es um seine Echtheit. Er soll sich nicht hinter einer Maske der Professionalität verstecken sondern sich als Person zur Verfügung stellen. Nur von einem wirklichen Gegenüber können dem Bewohner Empathie und Wertschätzung vermittelt werden. Dass der Mitarbeiter gegenüber dem Bewohner echt und er selbst sein kann setzt Selbstreflexivität voraus. Assistenten müssen die Bereitschaft mitbringen, sich mit der eigenen Person auseinander zu setzen. Wichtig dabei ist, sich den eigenen Emotionen, Gedanken und Reaktionen bewusst zu sein und diese von denen der Bewohner trennen zu können. Um diesen Aspekt von Professionalität dauerhaft gewährleisten zu können, sollten regelmäßig Einzel- und Teamsupervisionen ermöglicht werden.

Der Assistent muss seine Kenntnisse und individuellen Fähigkeiten so einsetzen, dass diese der Entwicklung und dem psychischen Wohlbefinden der Bewohner förderlich sind. Ferner soll er den Bewohnern empathisch begegnen können und ihre Sprache finden. Ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz zu finden und zu halten ist unbedingt erforderlich.

2.6.2 Qualifikation und Stellenschlüssel

Die Assistenzleistungen sollen ausschließlich von pädagogischem Fachpersonal erbracht werden. Dies sind vorrangig Sozialpädagogen, Heilerzieher und Erzieher. Diese verfügen durch ihre Ausbildung über pädagogische, psychologische, soziologische, sozialrechtliche und methodische Kenntnisse, die für die Arbeit mit den Bewohnern relevant sind.

Die an den Wochenenden stattfindenden Gruppenangebote können von angelerntem Personal und Zivildienstleistenden durchgeführt werden. Hier geht es um Freizeitgestaltung, deren Durchführung und Begleitung die oben genannten Fachkenntnissen nicht erfordern.

Pflegerische Leistungen werden von entsprechendem Fachpersonal des gewählten Pflegedienstes erbracht.

Die Planstellen richten sich nach dem individuell festgestellten Bedarf und den daraus resultierenden, nach Bedarfsgruppen differenzierten, Pauschalleistungen der Bewohner.

2.7 Die Hilfeplanung

Eine Hilfeplanung thematisiert Wünsche, Bedürfnisse und Ziele eines jeden Bewohners als Handlungsgrundlage aller Unterstützungsleistungen. Die pädagogische Arbeit wird durch dieses Instrument geplant und überprüft und dient somit der Qualitätssicherung. Teilnehmer am Prozess der Hilfeplanung sind der Bewohner, sein Assistent in der Einzelbetreuung sowie weitere Personen, die der Bewohner hinzuziehen möchte (zum Beispiel Eltern, gesetzliche Betreuer, Partner, andere Vertrauenspersonen). Der Träger der Assistenzleistung hat das Hilfeplanverfahren idealerweise als Standardinstrument innerhalb der gesamten Organisation umgesetzt, so dass ausreichend Fachkenntnisse und Erfahrungen auf Seiten des Personals vorhanden sind.

2.7.1 Hilfebedarfserhebung

Am Anfang der Hilfeplanung steht die Hilfebedarfserhebung. Hierfür existiert ein standardisierter Fragebogen, mit dessen Hilfe die Bedürfnisse und Wünsche des Bewohners sowie die daraus ableitbaren Ziele und Maßnahmen festgehalten werden. Die Hilfebedarfserhebung findet im Rahmen eines oder mehrerer Gespräche zwischen allen Beteiligten des Verfahrens statt. Es werden sämtliche Lebensbereiche thematisiert, in denen der Bewohner bisher Unterstützung benötigt oder sich diese zukünftig wünscht.

2.7.2 Hilfeplan

Die Hilfebedarfserhebung bildet die Grundlage für den Hilfeplan. Die mit Hilfe des Fragebogens ermittelten Ziele und Maßnahmen werden auf einem für diesen Zweck entwickelten Dokumentvordruck fixiert. Auch wird dokumentiert, wer den Bewohner in der Zielerreichung unterstützt und welcher Zeitrahmen dafür vorgesehen ist. Die Beteiligten des Verfahrens werden mit Namen und Funktion festgehalten und unterschreiben abschließend den fertigen Hilfeplan. Dieser dient als Grundlage für

die pädagogische Arbeit und muss nach maximal einem Jahr überprüft werden. Änderungen der Ziele und Maßnahmen können im Überprüfungsverfahren besprochen und übernommen werden.

Der Hilfeplan dient als Grundlage für den in regelmäßigen Abständen an die Sozialbehörde zu übermittelnden Sozialbericht. Durch den Hilfeplan wird die pädagogische Arbeit für alle Seiten verbindlich.

3 Handlungsgrundlagen

Als Handlungsgrundlage für die Mitarbeiter der AWG gelten die Grundsätze des klientenzentrierten Ansatzes, das Normalisierungsprinzip sowie das Empowermentkonzept. Ein humanistisches Menschenbild prägt die Arbeit mit den Bewohnern. Danach wird der Mensch als von Grund auf gut und nach Selbstverwirklichung strebend angesehen, also als einzigartiges Individuum, das eigene Problemlösefähigkeiten in sich trägt.

In der AWG sollen Bedingungen geschaffen werden, die zwanglos Entwicklungsschritte möglich machen. Die Bewohner sollen in ihrem Tempo im Alltag begleitet werden. Hilfestellung wird ihnen an den Stellen zu Teil, an den sie es wünschen. Die Bewohner sollen zur Selbstbestimmung befähigt werden und darin bestärkt werden, autonome Entscheidungen zu treffen. Grundsätzlich wird den Bewohnern zugetraut, über ihr Leben, gegebenenfalls mit Hilfestellung, selbst entscheiden zu können. Sie haben das Recht so zu leben, wie Menschen ohne Behinderung es tun. Ihnen werden eigene Erfahrungen ermöglicht und sie werden dabei unterstützt, eigenständig und selbst verantwortlich zu handeln.

Diese Handlungsgrundlagen konkretisieren sich in den Richtlinien für den Alltag.

4 Richtlinien für den Alltag

Die Richtlinien für den Alltag in der AWG basieren auf den klientenzentrierten Grundhaltungen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz. Diese muss jeder Mitarbeiter verinnerlichen und in seinem gesamten Verhalten den Bewohnern gegenüber umsetzen.

Allgemein sollen die Bewohner stets als gleichwertig akzeptiert werden. Das echte Interesse der Mitarbeiter an den Bewohner stellt eine wichtige Grundvoraussetzung für das Handeln nach dem klientenzentrierten Ansatz dar, ohne die sich die folgenden Richtlinien nicht umsetzen lassen (vgl. PÖRTNER 2006: 51).

Die folgenden allgemein gültigen Handlungsanweisungen für die Assistenten sollten jedem Mitarbeiter zugänglich und immer präsent sein:

- Die innere Erlebniswelt des Bewohners steht immer im Vordergrund. Dem Bewohner wird zugehört und es wird versucht, sich in sein Erleben einzufühlen.
- Die Probleme und Gefühle der Bewohner werden ernst genommen und nicht heruntergespielt.
- Die Gefühle der Bewohner werden in Situationen aufgegriffen, in denen dies sinnvoll erscheint. Dies geschieht, um das eigene Erleben der Bewohner diesen näher zubringen.
- Die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner werden ernst genommen. Es wird gemeinsam mit dem Bewohner nach einer Möglichkeit der Verwirklichung seiner Wünsche gesucht.
- Jedem Bewohner werden seinen Fähigkeiten entsprechend Verantwortung für sich und die Aufgaben der AWG übertragen. Dabei werden die sich aus der Situation und Person ergebende Rahmen sowie der Spielraum beachtet.
- Jeder Bewohner hat das Recht, seine Ideen für die gemeinsame Freizeitaktivitäten auf den Gruppentreffen einzubringen. Bereitet dies einem Bewohner Schwierigkeiten, wird er von einem Assistenten seines Vertrauens sensibel in der Äußerung seiner Vorschläge unterstützt.
- Die Behinderung des Bewohners wird nicht als Begründung für sein Verhalten

herangezogen. Er wird dadurch nicht stigmatisiert, sondern in seinem momentanen Erleben und Fühlen als Individuum wahrgenommen (nicht als Zugehöriger einer „Behinderungskategorie“, der so denkt und handelt, weil andere Menschen mit dieser Behinderung dies tun).

- Es wird Hilfe zur Selbsthilfe praktiziert. Dem Bewohner werden eigene Erfahrungen ermöglicht. Aufgaben werden nur nach Absprache vom Betreuer übernommen. Die Bewohner werden nicht von den Assistenten belehrt.
- Die Bewohner werden zu eigenständigen Handlungen ermutigt und darin unterstützt und bestärkt, den eigenen Handlungsspielraum und die Selbstständigkeit zu erweitern. Auch kleinste Erfolge werden bemerkt und anerkannt.
- Die Bewohner werden darin bestärkt, einen Sinn für eigene Empfindungen, eigene Urteile und den eigenen Geschmack zu schärfen.
- Gefühle und Erfahrungen der Assistenten werden nicht unangemessen mit denen der Bewohner vermischt. In einigen Fällen kann die Mitteilung einer ähnlichen Erfahrung sinnvoll sein. Grundlegend stellt eine solche jedoch das individuelle Problem in Frage und hindert den Bewohner daran, eigene Lösungen zu finden.
- Assistenten gehen kongruent mit ihren Gefühlen um und zeigen diese auf angemessene Weise. Sie leben den Bewohnern vor, dass auch negative Gefühle zum Erleben dazugehören.
- Jeder Assistent übt Selbstkritik. Er überlegt in entsprechenden Situationen, was er dazu beigetragen hat und was er an der Situation ändern kann.
- Die Gefühle, das Verhalten und die Probleme der Bewohner werden nicht interpretiert. Dies kann zur Folge haben, dass sich der Bewohner unterlegen fühlt und es zu Subjekt-Objekt-Beziehung kommt.
- Alle Bewohner werden über alle Veränderungen der Rahmenbedingungen der AWG oder der Betreuung (zum Beispiel Mitarbeiterwechsel) klar informiert. Die Informationsvermittlung wird so gestaltet, dass jedem Bewohner der Inhalt deutlich wird. So können die Bewohner ihr Recht zur Mitbestimmung ausüben.
- Die Mitarbeiter drücken sich jedem Bewohner gegenüber so aus, dass sie verstanden werden. Unterstützende Kommunikationsmittel werden im Bedarfsfall hinzugezogen.
- Die Mitarbeiter wenden Techniken der klientenzentrierten Gesprächsführung

an.

- Die Assistenten sollen während ihrer Anwesenheit auf die Stimmungen der Bewohner und der gesamten Gruppe achten und dann Unterstützung bieten, wenn es notwendig erscheint. Sie sollen als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

5 Angehörigenarbeit

In einigen Fällen werden Bewohner direkt aus dem Elternhaus oder von anderen Angehörigen in die AWG einziehen. Die Beziehung zwischen den Bewohnern und ihren Eltern gestaltet sich in solchen Fällen meist sehr eng und intensiv und es beginnt durch den Auszug aus dem Elternhaus nun auch in räumlicher Gestalt ein Ablösungsprozess

ess. Auch die Eltern der Bewohner, die aus einer anderen Wohneinrichtung in die AWG einziehen spielen wahrscheinlich eine große Rolle im Leben der behinderten Menschen. Eltern von behinderten Kindern oder Erwachsenen fällt es oft schwer, Verantwortung abzugeben, die sie über Jahre in höherem Maße als dies bei nichtbehinderten Kindern der Fall ist und die altersunabhängig meist in verstärkter Form bestehen bleibt, getragen haben. Nichtbehinderte Jugendliche lösen sich Schritt für Schritt von ihren Eltern- noch während sie mit diesen zusammen leben. Jugendliche mit Behinderung hingegen bleiben auch in dieser Phase in vielen Bereichen von ihren Eltern abhängig, was den Ablösungsprozess erschwert und diesen in Form eines Auszugs aus dem Elternhaus schwierig erscheinen lässt. Für den Menschen mit Behinderung bedeutet der Auszug aus dem Elternhaus eine große Herausforderung. Nicht zuletzt ist dies der Schritt in das Erwachsenenleben und bedarf deshalb besonderer Beachtung in Bezug auf die Begleitung dieser Veränderungen. Eltern, für die sich durch den Auszug ihres Kindes unter Umständen das Leben und damit der Alltag gravierend verändert, sollten in dieser Zeit durch Mitarbeiter der AWG beratend begleitet werden. Diese Begleitung sollte durch regelmäßige Elterngespräche stattfinden. Mitarbeiter sollen über Beratungskompetenzen verfügen, die über die reine Informationsvermittlung soweit

hinausgehen, dass Elterngespräche auf klientenzentrierter Basis stattfinden können. Besonders die Veränderung der persönlichen Situation soll dabei berücksichtigt werden, da viele Eltern das eigene Leben in der Vergangenheit stark eingeschränkt und sich hauptsächlich um die Betreuung ihres Kindes gekümmert haben.

In einer AWG ist es besonders wichtig, dass die Bewohner ihre Persönlichkeit entfalten können und all das, was sie selbstständig erledigen und bestimmen können, mit eventuell notwendiger Unterstützung umsetzen können. Zur Selbstständigkeitswerdung gehört auch die Übernahme von Verantwortung, die ehemals die Eltern getragen haben. Nach dem klientenzentrierten Konzept steht ganz eindeutig der behinderte Mensch im Mittelpunkt. Dieser soll in seiner Eigenständigkeit unterstützt werden. Es soll ihm ermöglicht werden, sein Leben nach seinen eigenen Vorstellungen unter den gegebenen Bedingungen so zu gestalten, wie er es möchte, also nicht nach den Vorstellungen der Eltern oder Mitarbeiter. Dieser Grundbedingung der AWG muss allen Beteiligten- also Bewohner, Eltern sowie Mitarbeiter bewusst sein. Sie sollen nach ihren Möglichkeiten für die Einhaltung dieses Prinzips Sorge tragen.

Assistenten sollen weder ungefiltert die Ansichten der Eltern übernehmen, noch ihre pädagogischen Vorstellungen dagegen setzen und zur Konkurrenz avancieren, sondern die Anliegen und Bedürfnisse der Klienten wahrnehmen und sich für diese einsetzen.

Eltern stellen oft wichtige Bezugspersonen für junge Menschen mit Behinderung dar und kennen diese am längsten, so dass ihre Erfahrungen und ihr Wissen das Verständnis für den Bewohner erleichtert. Sie sollen deshalb mit ihren Ansichten, und Erwartungen ernst genommen werden. Trotzdem müssen diese auch die Rahmenbedingungen und Richtlinien der AWG akzeptieren, nach denen die Selbstbestimmung der Bewohner im Vordergrund steht. Aus der Zusammenarbeit mit den erfahrenen Eltern und den Mitarbeitern, die mit ihrem meist unvoreingenommenen Blick neue Perspektiven eröffnen können, können sich gute Voraussetzungen für eine bestmögliche Lebensqualität der Bewohner ergeben.

Zu Beachten sind im Konfliktfall in erster Linie die Wünsche des Bewohners, denn er ist Experte in eigener Sache und kann entscheiden, inwieweit die Eltern an seinem Leben teilhaben sollen. Hier prallen oft unterschiedliche Erwartungen und Wünsche aufeinander. Assistenten haben hier keine leichte Position inne, können sich jedoch an den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner orientieren und

zwischen ihnen und ihren Eltern im Bedarfsfall vermitteln.

Gleichzeitig die Interessen des Bewohners zu vertreten und angemessen auf die Eltern zu reagieren kann im Konfliktfall einen Intrarollenkonflikt darstellen. Zu klärenden Gesprächen sollte in diesen Fällen als neutrale Person die Leitung der AWG-Mitarbeiter hinzugezogen werden. Diese kennt sowohl den Bewohner, dessen Eltern und die Bezugsassistenz, so dass die unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartungen bekannt sind und nachvollzogen werden können.

Grundsätzlich sollte vor dem Einzug in der AWG ein ausführliches Gespräch mit Eltern und Bewohner geführt werden, in dem die Grundbedingungen geklärt werden. In diesem Gespräch soll auch dieses Konzept vorgelegt werden, damit ein verbindlicher und verständlicher Rahmen für das Leben in der AWG ersichtlich wird, der für alle Seiten verbindlich ist. Diese Transparenz hilft, unnötige Unklarheiten und daraus entstehende Konflikte zu vermeiden.

6 Beschwerdestelle

Um Qualität zu gewährleisten und die Bewohner ernst zunehmen, ist es erforderlich, dass sich diese bei Unzufriedenheit mit der Assistenz oder anderen Angelegenheiten, die intern nicht geklärt werden können, an eine unabhängige Beschwerdestelle wenden können. In größeren Behindertenhilfeeinrichtungen sind solche Stellen meist eingerichtet worden und werden angemessen genutzt. Diese haben die Aufgabe bei Schwierigkeiten, Unsicherheiten oder Konflikten innerhalb der Einrichtung zu beraten und zu vermitteln.

Die Kontaktdaten der Beschwerdestelle müssen allen Bewohnern zugänglich sein, am besten hängen sie an einer AWG-Pinnwand (wenn eine solche von Bewohner erwünscht ist).

Fazit

Die erfolgreiche Umsetzung einer nach den Grundsätzen des klientenzentrierten Ansatzes konzipierten AWG wird in erster Linie durch eine engagierte Mitarbeit und aufrichtiges Interesse aller Beteiligten ermöglicht. Hierzu zählen primär natürlich die Bewohner, in besonderem Maße aber auch die in der AWG tätigen Mitarbeiter. Für eine gelingende Konzeptumsetzung ist ferner eine Mitarbeiterführung auf klientenzentrierter Ebene relevant. Die Mitarbeiter sollen durch die Organisationsstruktur und im persönlichen Kontakt mit Vorgesetzten und Kollegen die Möglichkeit erhalten, adäquat nach dem Konzept arbeiten zu können und dieses immer wieder mitzugestalten, indem sie es entsprechend ihrer Erfahrungen in der Praxis modifizieren und in einem anhaltenden Prozess stetig korrigieren und verbessern.

Ein Konzept kann meiner Meinung nach nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn es keine rigide, für die Ewigkeit angelegte Anweisung darstellt, sondern stets weiterentwickelt wird. Deshalb sehe ich das in dieser Arbeit von mir ausgearbeitete Konzept keineswegs als starr an, sondern wünsche mir, dass mein Entwurf als Anregung betrachtet wird. Vielleicht wird er eines Tages in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft angewendet und entsprechend der dort vorgefundenen Bedingungen angepasst und weiterentwickelt. Meine feste Überzeugung, dass eine Ausrichtung der praktischen Arbeit an dem klientenzentrierten Ansatz positive Auswirkungen auf die Lebensqualität behinderter Menschen sowie auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter hat, soll in der vorliegenden ausreichend belegt worden sein. Eine Verbindung des klientenzentrierten Konzepts mit der sich im Entwicklungs- und Erprobungsprozess befindlichen Wohnform AWG halte ich für sinnvoll, um inhaltliche pädagogische Lücken der bestehenden Konzepte dieser Wohnform zu schließen.

Allgemein sollten Behindertenhilfeträger sowie zuständige Behörden ihr Augenmerk verstärkt auf Konzepte lenken, die inhaltliche pädagogische Ansätze enthalten, statt sich auf strukturelle Rahmenbedingungen zu beschränken. Die Umsetzung des vorliegenden Konzeptes einer AWG könnte den Ambulantisierungsprozess in der Hansestadt Hamburg qualitativ bereichern und zu einer Verbesserung der Lebenssituation behinderter Menschen beitragen.

Literatur

Bleidick, Ulrich (1999): Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorien. Stuttgart.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2008): Lexikon. URL: http://www.integrationsaemter.de/webcom/show_lexikon.php/_c-578/_nr-134/i.html [Stand: 25.01.2009].

Duden. Deutsches Universalwörterbuch. 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: 2006.

Duden. Das Fremdwörterbuch. 7. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: 2001.

Duden. Die schriftliche Arbeit. Ein Leitfaden zum Schreiben von Fach-, Seminar- und Abschlussarbeiten in der Schule und beim Studium. 3., neu erarbeitete Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: 2000.

Fornefeld, Barbara (2002): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. 2. Auflage. München.

Hamburger LAG für behinderte Menschen (2008): URL: <http://www.lagh-hamburg.de> [Stand: 25.01.2009]

Hamburger LAG für behinderte Menschen (2006): Ambulantisierung der Behindertenhilfe in Hamburg: Wichtige Schritte stehen noch aus. Eine Zwischenbilanz aus Sicht der Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen. URL: <http://www.lagh-hamburg.de> [Stand: 25.01.2009].

Hansestadt Hamburg (2006 a): Allgemeine Informationen. Eingliederungshilfeleistung ambulant betreute Wohngemeinschaft vom 11.4.2006. URL: www.hamburg.de/sgb-12/126594/ambulant-betreute-wohngemeinschaft.html [Stand: 25.01.2009].

Hansestadt Hamburg (2007 a): Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderung. URL: www.hamburg.de/contentblob/126194/data/ambulant-betreutes-wohnen-datei.pdf [Stand: 25.01.2009].

Hansestadt Hamburg (2007 b): Die Entwicklung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Hamburg. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/126200/data/bericht-behinderung.pdf> [Stand: 25.01.2009].

Hansestadt Hamburg (2006 b): Globalrichtlinie 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 (PBW) vom 2.06.2006. URL: <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126610/54-55-pbw.html> [Stand: 25.01.2009].

Hansestadt Hamburg (2004): Globalrichtlinie zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Ziffer 3, 6 SGB IX. Wohnassistenz vom 21.12.2004. URL: <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126896/54-55-wohnessistenz.html>. [Stand: 25.01.2009].

Herriger, Norbert (2002): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 2. Auflage. Stuttgart.

Herriger, Norbert (2000): Empowerment. In: Stimmer, Franz (Hrsg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. 4. Auflage. Oldenbourg: 174 ff.

Klees, Katharina (2002): Kindzentrierte Beratung für Kinder in Notsituationen. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 1/02. 27-37.

Langenscheidts Handwörterbuch Englisch (1996). Berlin/ München: 218.

Linster, Hans Wolfgang/ Panagiotopoulos, Panagiotis (1990): Zur Unterscheidung von Klientenzentrierter Psychotherapie und Klientenzentrierter Beratung im Rahmen des Klientenzentrierten Konzeptes. In: Deter, D./ Strautmann, U. (Hrsg.): Personenzentriert Verstehen- Gesellschaftsbezogen Denken-Verantwortlich Handeln. Köln: 52-84.

Pörtner, Marlis (2007): Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten. 2. Auflage. Stuttgart.

Pörtner, Marlis (2006): Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. 5. Auflage. Stuttgart.

Pörtner, Marlis (2007b): Personenzentriert arbeiten im Alltag einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung- Erfahrungen in Bremen. URL: <http://gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1070> [Stand: 15.09.2008].

Röh, Dieter (2006): Empowerment in der Behindertenhilfe. Chancen und Grenzen im Spannungsfeld von Community Care und Ambulantisierung. In: Standpunkt: Sozial 3/2006: 12-16.

Rogers, Carl R. (2005 a): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy. 17. Auflage. Frankfurt am Main. [Orig.: Client-Centered Therapy. 1951].

Rogers, Carl R. (2001): Die nicht-direktive Beratung. 10. Auflage. Frankfurt am Main. [Orig.: Counseling and Psychotherapy. 1942].

Rogers, Carl R. (1987) : Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln. [Orig.: A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, As Developed in the Client-Centered Framework. 1959].

Rogers, Carl R. (2006): Entwicklung der Persönlichkeit. 16. Auflage. Stuttgart. [Orig.: On becoming a Person. 1961].

Rogers, Carl R./ Rosenberg, Rachel L. (2005 b): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. 2. Auflage. Stuttgart. [Orig.: A Pessoa como Centro.1977].

Sack, Rudi (1998): Emanzipierende Hilfe beim Wohnen. In: Hähner, U./ Niehoff, U./ Sack, R./ Walther, H.: Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: 193-205.

Schildmann, Ulrike (2000): Normalisierung. In: Bundschuh, Konrad/Heimlich, Ulrich/ Krawitz, Rudi (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. 2. Auflage. Bad Heilbrunn: 212-214.

Seifert, Monika (1997). Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Theorie und Praxis. Reutlingen.

Seifert, Monika (2000) in: Jakobs, H./ König, A./ Theunissen, G. (Hrsg.): Lebensräume - Lebensperspektiven. Ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung. 2. Auflage. Butzbach-Griedel: 150-190.

Senckel, Barbara (2002): Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung. 2. Auflage. München.

Sozialgesetzbuch. 33. Auflage. München, 2006: 1274-1280.

Stimmer, Franz (2000 a): Empowerment. In: Stimmer, Franz: Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Stuttgart, 2000: 49 ff.

Stimmer, Franz (Hrsg.) (2000 b): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. 4. Auflage. Oldenbourg: 456.

Struck, Birgit (2007): Selbstorganisation in Ambulant unterstützten Wohngemeinschaften am Beispiel zweier Wohngemeinschaften von Leben mit

Behinderung Hamburg Sozialeinrichtungen gGmbH.

URL: http://www.leben-mit-behinderung-hamburg.de/dateien/datei_20080714101758-2332.pdf.

Thesing, Theodor (1998): Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau.

Thimm, Walter (1979): Das Normalisierungsprinzip- eine Einführung. In: Thimm, Walter (Hrsg.) (2005): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. Marburg: 12-31.

Thimm, Walter (2003): Epidemiologie und soziokulturelle Faktoren. In: Neuhäuser, Gerhard/Steinhausen, Hans-Christoph (Hrsg.) (2003): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: 9-25.

Weinberger, Sabine (2006): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. 11. Auflage. Weinheim und München.

Schriftliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe verfasst wurde. Argumente oder Informationen aus anderen Quellen wurden entsprechend belegt.

Hamburg, 30. Januar 2009