

Projektgruppe „Subjektwissenschaftlich begründete Qualitätsentwicklung“ -  
Universität Lüneburg (Juni 2009)

# **Abschlussbericht**

**Wissenschaftliche Begleitung des Ambulantisierungsprozesses in der  
Pestalozzi-Stiftung Hamburg, Institution Diestelstraße**

## **Autoren**

**Bader, Kurt.** Prof. Dr. Dipl. Ing., geb. 1943 in Tel-Aviv. Architekt, Pädagoge, Psychologe und Kunstmacher. Forschungsprojekte im Bereich der Stadtplanung und Psychiatrie. Inhaltliche Schwerpunkte: Gemeinwesenentwicklung, psychische Verarbeitungsformen, Kunst und Kultur, Psychiatrie. Leitung der wissenschaftlichen Begleitung

**Hoehne, Rainer,** geb. 1939 in Hamburg. Facharzt für Kinderheilkunde, Professor für Sozialpädiatrie. Arbeitsschwerpunkte: frühkindliche Entwicklung und ihre Störungen, Gesundheitsförderung, Autismus, Neuropsychologie. Workshops und Beratungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung.

**Lauenroth, Markus,** geb. 1980 in Witten-Annen. Erzieher, Dipl. Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge, Leiter der FreiwilligenAgentur Lüneburg. Arbeitsschwerpunkte: Kritische Psychologie, Individuelle Hilfeplanung, bürgerschaftliches Engagement.

**Rietz, Birger,** geb. 1968 in Hamburg. Beschäftigung in Kranken- und Altenpflege, Fachinformatik/Anwendungsentwicklung. Derzeit Student Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Tätigkeit im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung: teilnehmende Beobachtung, Workshops, Bewohner- und Mitarbeitergespräche.

# Inhalt

Einleitung.....	4
1. Wissenschaftstheoretischer Ansatz und methodische Grundlagen.....	5
<i>Exkurs zum Versuch einer Annäherung an das Subjekt .....</i>	<i>6</i>
2. Evaluierung der Zufriedenheit der Bewohner.....	17
2.1 Vorgehensweise.....	17
2.2 Bewohnerin A.....	18
2.3 Bewohnerin B.....	20
2.4 Bewohner C.....	22
2.5 Wohngemeinschaften.....	24
2.6 Sicht der Betreuer.....	28
2.7 Zusammenfassung.....	32
3. Individuelle Hilfeplanung (IHP).....	35
3.1 Theoretische Grundlagen.....	35
3.2 Ausgangssituation.....	36
3.3 Das IHP-Instrument.....	38
3.4 Verlauf .....	40
4. Zusammenfassende Einschätzung und Perspektive.....	41
4.1 Evaluierung der Zufriedenheit der Bewohner.....	41
4.2 Individuelle Hilfeplanung (IHP).....	47
5. Literaturhinweise.....	49

# Einleitung

Die wissenschaftliche Begleitung begann nach Vorgesprächen mit der Einrichtung im Frühjahr 2006 im Oktober 2006 und endete im Juni 2009. Durchgeführt wurde sie von der o.a. Projektgruppe an der Universität Lüneburg. Geleitet von Prof. Dr. Kurt Bader bestand diese aus Herrn Rainer Kreuzer, Dipl.Sociologe und Dipl. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (bis Dezember 2008). Herrn Markus Lauenroth, Dipl.Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, und Herrn Birger Rietz, Student im Studiengang Sozialwesen der Universität Lüneburg sowie Herrn Prof. Dr. Rainer Hoehne, Kinderarzt und Neurologe.

Auftrag und Zielsetzung war, erstens **die Zufriedenheit der Bewohner** im Zusammenhang mit dem Ambulantisierungsprozess zu evaluieren und zweitens ein Instrument für die **individuelle Hilfeplanung** zu entwickeln. Wenn auch die rechtliche Umformulierung von einer stationären zu einer ambulanten Betreuung schrittweise erst zu Ende der wissenschaftlichen Begleitung erfolgte, so lassen sich dennoch Aussagen über den Prozess der Ambulantisierung machen: 1. gab es eine Reihe von Elementen in der stationären Betreuung, die durchaus „ambulanten“ Charakter hatten, 2. veränderten sich im Hinblick auf die anstehende Ambulantisierung viele Aspekte in der Betreuung der Bewohner, so dass schon einleitend darauf zu verweisen ist, dass der geplante Prozess der Ambulantisierung vieler Anstrengungen und Veränderungen sowohl auf Seiten der Betreuer und vor allem auf jener der Bewohner bedarf, so dass u.E. grundsätzliche Bewertungen erst nach Jahren gemacht werden können.

Die wissenschaftliche Begleitung, die kurz als subjektwissenschaftlich begründete Handlungsforschung zu bezeichnen war (siehe Abschnitt 2), fußte auf einer Vielzahl von methodischen Elementen, die jeweils differenziert ausgewertet wurden: Teilnahme an Arbeitsgruppen und Dienstbesprechungen, Durchführung von Workshops, Mitarbeit in der Betreuung und teilnehmende Beobachtungen, zahlreiche Gespräche sowie Einzel- und Gruppeninterviews mit Mitarbeitern und Bewohnern, Beratungsangebote, Durchführung eigenständiger Projekte, Teilnahme an Fachgesprächen und Tagungen, Literaturrecherche, Erarbeitung von Arbeitspapieren, Kontakte mit der zuständigen Behörde und anderen Einrichtungen u.a.m.

Neben den kontinuierlich eingegebenen Rückmeldungen der wissenschaftlichen Erkenntnisse an die Beteiligten wurden zwei umfangreiche Zwischenberichte Ende 2007 und Ende 2008 erstellt.

Der vorliegende Endbericht konzentriert sich unter Berücksichtigung der gesamten Ergebnisse deshalb auf die aktuellen Erkenntnisse und die daraus ableitbaren grundsätzlichen Bewertungen und perspektivischen Vorschläge. In Abschnitt 1) werden der grundsätzliche wissenschaftstheoretische Ansatz und die methodischen Konsequenzen vorgestellt und die Forschungsgegenstände „Zufriedenheit der Bewohner“, „individuelle Hilfeplanung“ unter Hinblick auf „Ambulantisierung“ behandelt und deren Zusammenhänge dargestellt. Abschnitt 2) konzentriert sich auf die Erfassung der „Zufriedenheit“ der Bewohner aus mehreren Blickwinkeln. Abschnitt 3) zeigt den Verlauf und die Ergebnisse individueller Hilfeplanung auf. Schließlich werden in Abschnitt 4) eine verallgemeinerte Einschätzung und perspektivische Hinweise vorgelegt sowie einige Literaturhinweise gegeben ( 5).

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird in der Regel die männliche Form verwendet. Aus gleichem Grund wird auf Verweise fachwissenschaftlicher Art weitgehend verzichtet, gleichwohl sie in den Aussagen enthalten sind und im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung maßgeblich Berücksichtigung fanden (siehe auch Literaturhinweise).

## **1. Wissenschaftstheoretischer Ansatz und methodische Grundlagen**

Die wissenschaftliche Begleitung findet in einer Situation statt, die dadurch gekennzeichnet ist, dass auch im sozialen Bereich immer mehr neue Steuerungsmodelle als auch Konzepte des sog. Qualitätsmanagements Verbreitung finden. Bei kritischer Analyse dieser Modelle und Konzepte ist festzustellen, dass neben einer positiven Tendenz, sich der Qualität und Effektivität sozialer Arbeit zu nähern, folgende Aspekte eine Rolle spielen, die sich auf die Zielsetzung, angemessene Unterstützungsprozesse für behinderte Menschen zu entwickeln, negativ auswirken:

1. Die Bewertungsinstrumente werden oft technokratisch eingesetzt und haben wenig Bezug zur Lebenswelt und den von den betreuten Menschen nicht oder nur schwer formulierbaren Bedürfnissen.
2. Dies hängt wohl auch damit zusammen, dass diese Instrumente sich eng an Kriterien und Begriffen aus dem Industrie- und Handelsmanagement anlehnen.

3. Damit dienen sie vorrangig der Kontrolle und Kostensenkung.
4. Sie sind in der Regel quantitativ ausgewiesen.
5. Sie übergehen die in der sozialen Arbeit involvierten Subjekte.

Die von uns vertretene wissenschaftliche Begleitung stellt dieser Tendenz, der eine „kontrollwissenschaftliche“ Auslegung des Qualitätsbegriffs zu Grunde liegt, ein Konzept gegenüber, das die **Teilhabe** der beteiligten Subjekte im Hinblick auf ihre Bedürfnisse und den notwendigen Dialogcharakter ihrer sozialen Bezüge in den Vordergrund rückt. Wir sprechen deshalb nicht von Qualitäts“bewertung“, sondern von **Qualitäts“entwicklung“**. Damit soll deutlich gemacht werden, dass es sich bei den Ergebnissen der vorliegenden wissenschaftlichen Begleitung nicht um statische Momentaufnahmen, etwa einer Fragebogenerhebung – auch wenn sie wiederholt durchgeführt würde – handelt, sondern sich sowohl die untersuchte soziale Arbeit als auch deren (wissenschaftliche) Begleitung prozesshaft entwickelt haben.

### **Exkurs zum Versuch einer Annäherung an das Subjekt**

In der wissenschaftlichen Fachwelt galten bis vor kurzem Studien, die als randomisierte Doppel-Blind-Studien an, nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Menschengruppen angelegt waren, als Goldstandard schlechthin. Durch die exakt quantifizierten Ergebnisse konnten Auftreten und Verteilung von bestimmten Symptomen in Prozentzahlen, in Kurven, in Häufungen mit Standardabweichungen belegbar, wiederholbar als Spiegel der Wirklichkeit dargestellt werden. Erst in jüngerer Zeit treten gelegentlich Zweifel an der Aussagekraft solcher angeblich objektiven Ergebnisse auf.

Die Kritik richtet sich an die vermeintliche Objektivität, die vielleicht nur ein Produkt oder ein Konstrukt des Forschers ist.

In diesem Zusammenhang wird die zentrale Frage laut, ob menschliches Verhalten sich überhaupt objektivieren lässt. Ebenso zweifelhaft ist es, ob Menschen ohne ihren sozialen Kontext, ja ohne ihre Lebensgeschichte beschrieben werden können. Ferner wurde vielfach der Einfluss des Beobachters gering eingeschätzt oder vernachlässigt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Quantitäten bei Aussagen über Menschen trügerisch und eher dazu geeignet sind, falsche Gewichtungen zu setzen.

Demgegenüber gewinnen qualitativ orientierte Forschungsansätze langsam an Boden und wohl auch an Anerkennung. Allerdings ändert sich dabei nicht nur die Methodologie, sondern auch der Umgang mit den gewonnenen Ergebnissen. Zu dem Fächer der Methoden gehören u.a. narrative Interviews, Dialoge, teilnehmende Beobachtung, handlungsorientierte Forschung, subjektwissenschaftliche Forschung, Biographiearbeit, prospektive Einzelfall-Studien usw. Allen diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass keine feststehenden Ergebnisse heraus kommen, sondern dass es immer gilt, zu werten und zu interpretieren. Damit tritt der Forscher dem Beforschten von Subjekt zu Subjekt gegenüber und ist Teil des Forschungsgegenstandes.

Besteht nun in der Forschung eine Gruppe von Forschenden, so ergeben sich vielfache Subjekt-Subjekt-Beziehungen zwischen den Forschern und den Beforschten. Dies führt zu einer Vielzahl von möglichen Bewertungen und Interpretationen. Es entsteht somit kein einheitliches Bild, sondern ein vielfarbiges, vielgestaltetes Abbild von Menschen, das eher einem Mosaik gleicht.

In der subjektwissenschaftlich orientierten Forschung taucht aber noch ein weiteres Problem auf. Der Ansatz beinhaltet nämlich, dass durch die teilnehmende Forschung eine Veränderung entstehen wird, die prozesshaft sein wird. Wie nun, wenn verschiedene Subjekte in verschiedene Richtungen sich verändern? Müsste nicht vorher in der Forschergruppe ein Konsens hergestellt werden, um die Beforschten nicht zu verunsichern?

Nach bisherigen Erfahrungen scheinen solche Befürchtungen unbegründet. Vielmehr bildet ein derartiger Forschungsansatz viel wirklichkeitsgetreuer Menschen in ihren Bedingungen und Möglichkeiten ab. Es ist alltäglich, dass Menschen vielen Einflüssen und Wahlmöglichkeiten ausgesetzt sind. Daraus erwachsen die vielen Entscheidungen, die uns handlungsfähig machen.

Die anfängliche Unschärfe oder gar Verwirrung durch einen nicht objektiven Forschungsansatz stellt sich nunmehr als ein Vorteil dar, der Menschen viel genauer abbildet, indem er den sozialen Kontext hervorhebt und damit die Dynamik und Prozesshaftigkeit erkennen lässt.

Die eindeutige Bevorzugung einer qualitativ orientierten Forschung hat selbstverständlich auch Einfluss auf den Forschungsbericht. So ist z.B. nicht zu erwarten, dass dieser Bericht "aus einem Guss" ist. Vielmehr zeichnet er sich durch die Verschiedenheit der Argumentation und der Diskussion, der Bewertung und der Folgerungen aus.

Wenngleich auch ein gemeinsamer Grundkonsens in der Forschungsgruppe besteht, so kann es im einzelnen doch erhebliche Abweichungen in der Darstellung und Deutung geben. Dies dennoch zu einem Ganzen zusammenzuführen ist schließlich die anspruchsvolle Aufgabe der Forschungsgruppe insgesamt.

**Subjektwissenschaftlich begründete Forschung** ist somit einem Ansatz verpflichtet, welcher

1. im weitesten Sinn die alltägliche Lebensführung (in und außerhalb der Einrichtung) der beteiligten Subjekte zum Gegenstand hat
2. die Verbesserung möglichst der gesamten Lebensqualität der Menschen in all ihren Facetten zum Ziel hat
3. besonderen Wert auf die Stärkung und Erweiterung sozialer Beziehungen legt
4. im Sinne von Handlungsforschung prozess- und veränderungsorientiert ist
5. daher die wissenschaftliche Begleitung als integralen Bestandteil der institutionellen Prozesse versteht und
6. besonderes Gewicht auf die Erweiterung der Teilhabe der Beteiligten im Sinne von möglichst gleichberechtigten Subjekt-Subjekt-Verhältnissen legt.

Anders formuliert: Eine solche Forschung in Form wissenschaftlicher Begleitung ist dynamisch, mischt sich ein, bietet konkrete Unterstützungen und versteht sich als Teil der laufenden Veränderungsprozesse. Sie versucht, den ihr zunächst zugewiesenen und vom Mainstream sozialwissenschaftlicher Forschung eingenommenen „Außenstandpunkt“ und die damit verbundenen einseitigen Machtverhältnisse und „ungleichen“ Situationen zu reflektieren und schrittweise zu reduzieren.

Dies hat selbstverständlich Konsequenzen für die Methodenfrage: Zentrales Anliegen ist die angemessene Erfassung des **Forschungsgegenstandes** (Validität). Im vorliegenden Fall sind dies die subjektive Zufriedenheit der Bewohner auf der Grundlage ihrer Bedürfnisse und die Entwicklung einer individuellen Hilfeplanung als Instrument zu Erreichung eines höheren Grades an Bedürfnisbefriedigung der betreuten Menschen. Die sozialen Verhältnisse zwischen den beteiligten Bewohnern und den Mitarbeitern der Einrichtung, aber auch innerhalb dieser Gruppen, sind gleichsam die Träger dieser Zielsetzung. Deshalb wird besonderer Wert darauf gelegt,

die sozialen Verhältnisse qualitativ (aber auch quantitativ) zu erweitern. Der Grad der Teilhabe - Selbst- oder/und Mitbestimmung – der beteiligten Menschen ist einerseits auf die Realisierung ihrer Bedürfnisse gerichtet, gewinnt aber andererseits auch selbst den Stellenwert eines Bedürfnisses.

Die Befindlichkeit und die damit zusammenhängenden Bedürfnisse und deren Befriedigung hängen mit den jeweiligen konkreten Situationen und ihren unterschiedlichen sozialen Charakteristika zusammen und sind zudem von Person zu Person oft sehr unterschiedlich. Auch ist der subjektive Stellenwert der „Zufriedenheiten“ einem Wandel unterlegen. Hinzu tritt in besonderem Maße das Problem, dass es oft sehr schwierig ist, zu den betreuten Menschen Verständnisbrücken herzustellen und diese selbst kaum in der Lage zu sein scheinen, ihre kurz und langfristigen Bedürfnisse so zu vermitteln, dass sie auch verstanden werden können. All dies schließt aus, vorweg einen Methodenkanon aufzustellen, weil damit die Gefahr besteht, den Forschungsgegenstand zu verfehlen. Auswirkungen z.B. des historischen und aktuellen familiären Hintergrundes, der Qualität der gesetzlichen Betreuung, der individuellen unterschiedlichen Arbeitsverhältnisse, der unterschiedlichen Wertigkeiten der Beziehungen zu den Betreuern, der materiellen und organisatorischen Bedingungen, des Sprach- und Abstraktionsvermögens, der Handlungskompetenzen (in welchen Tätigkeitsbereichen?), der Ängste und Unsicherheiten und der Einschätzungen von Risiken und nicht zuletzt der Erfahrungen und Verarbeitungen möglicher Teilhabe beeinflussen entscheidend jene Situationen, die im Rahmen wissenschaftlicher Begleitung erfasst werden (können), wobei sich die Erkenntnisse oft auf der Ebene von mehr oder minder begründeten Hypothesen bewegen. Dies führte dazu, sich methodisch flexibel den verschiedenartigen Situationen anzupassen, gleichzeitig aber nicht in Beliebigkeit zu verfallen. Dieser Gefahr begegnete die wissenschaftliche Begleitung durch intensive und kontinuierliche Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte sowohl innerhalb der Begleitgruppe als auch in direktem Kontakt mit den beteiligten Menschen - Betreuern und Bewohnern.

Orientierung für diesen sehr dynamischen Prozess der methodischen Anwendung war das Konzept der „**sozialen Selbstverständigung**“. Damit ist ein Dialog bezeichnet, in dem die beteiligten Menschen erfahren und verstehen, dass es sehr unterschiedliche, ja gegensätzliche Sichten auf die Lebensverhältnisse gibt, die gleichwertig sind. Aus

diesem Erfahrungs- und Positionsaustausch aller Beteiligten können Erkenntnisse über den jeweils Anderen und über sich selbst gewonnen werden. Dies betrifft nicht nur die sprachliche Ebene, sondern bezieht sich auch auf (gemeinsame) Handlungsvollzüge und die subjektiven Bedeutungen, die ihnen beigemessen werden (oder von denen angenommen werden kann, dass sie zutreffen können). Mit dieser Zurückhaltung und der Formulierung lediglich von Hypothesen soll vermieden werden, Aussagen ÜBER Menschen zu machen, die selbst kaum oder nicht in der Lage sind, solche (für uns verständlich) zu tätigen - denn grundsätzlich sind die jeweiligen Subjekte erste Instanz im Hinblick auf ihre Bedürfnisse und Entwicklung.

Methodisch standen die sog. „**evaluierenden Dialoge**“ im Vordergrund. Diese sprachlichen und/oder auch handlungsspezifischen Verständigungen auf möglichst gleichberechtigter Ebene unter Respektierung des jeweils subjektiven Anders-Seins wurden in einem ersten Schritt von der Projektgruppe ausgewertet im Hinblick auf Behinderungs- bzw. Ermöglichungsmomente unter besonderer Berücksichtigung der Frage, ob und wie Betreuer und wissenschaftliche Begleitung selbst behindernd wirken z.B. durch eine Pädagogisierung der Situation, durch das Einnehmen eines verständnisarmen Außenstandpunkts, durch einengende Regelungen, durch das Einnehmen einer entmündigenden Haltung usw.

Die stattgefundenen Gespräche und Interviews wurden dahingehend überprüft und in der Regel die Ergebnisse an die beteiligten Menschen zurückgemeldet. Auch die von der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführten teilnehmenden Beobachtungen unterlagen den gleichen Gütekriterien. Ergänzend hierzu wurden Aktenanalysen und Versuche einer „rehistorisierenden Diagnostik“ eingesetzt – dies mit dem Ziel, der historischen Genese von (sozialen, somatischen, materiellen) Behinderungen näher zu kommen und das Verstehen aktueller Befindlichkeiten, Äußerungen, Verhaltensweisen etc. zu verbessern. Die aktive Gestaltung von kleinen Projekten sollte dem Ziel dienen, Beispiele von „best practice“ unter gegebenen Bedingungen aufzuzeigen. Die Erkenntnisse aus diesen verschiedenen methodischen Zugangsweisen wurden konsequenterweise in der Entwicklung eines Instruments für individuelle Hilfeplanung (IHP) berücksichtigt.

Mit dieser Skizzierung des wissenschaftlichen Ansatzes und der angewandten Methoden wird auch deutlich, dass die erarbeiteten Ergebnisse nicht objektivierbar

sind. Sie enthalten jedoch bei größtmöglicher Validität begründete Annahmen einerseits über die je individuelle Lebensqualität, andererseits aber auch vorsichtige Aussagen über die Verallgemeinerbarkeit derselben. Die „praktische Verallgemeinerung“ als Bestätigung der von uns gemeinsam mit den Beteiligten entwickelten „theoretischen Verallgemeinerung“ (als Annahmen über erweiterte Möglichkeitsräume) sind a) die von den direkt Beteiligten in der Phase der wissenschaftlichen Begleitung umgesetzten konkret-praktischen Veränderungen – und b) die Überprüfung der von der wissenschaftlichen Begleitung formulierten möglichen (und notwendigen) Verbesserungen im Interesse der Qualitätsentwicklung in der Betreuung der Bewohner.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die beiden auftragsgemäßen Ziele der wissenschaftlichen Begleitung – die **Evaluierung der Zufriedenheit der Bewohner** und die **individuelle Hilfeplanung** – im Rahmen des **Ambulantisierungsprozesses** in aller Kürze näher zu beleuchten:

„**Zufriedenheit**“ ist eine emotionale Bewertung der derzeitigen je individuellen Lebenssituation im Verhältnis zur bisherigen Lebensführung und der gewünschten bzw. anzunehmenden Lebensperspektive und wird „eingefärbt“ durch die subjektive Bewertung der jeweiligen aktuellen Lebenssituation. Zufriedenheit ist demnach eine höchst komplexe und auch schillernde Bewertung des Subjekts, die widersprüchlich ist und neben kontinuierlichen Aspekten auch einer ständigen Veränderung unterliegt. Zufriedenheit hängt in erster Linie von der Erkennung, Formulierung und Realisierung von subjektiven Bedürfnissen und der Möglichkeit ab, diese Bedürfnisse und deren Befriedigung weitgehend selbst zu bestimmen. Die Bewertung des Grades der Bedürfnisbefriedigung steht also mit der Verfügung über Teilhabe der Menschen in einem engen Zusammenhang. Verfügen Menschen über keine Lebensalternativen oder sehen sie keine für sich, so wird die Qualität der Lebensführung anders bewertet werden, als wenn Alternativen erkannt bzw. realisiert werden können und hierfür auch Entscheidungsmittel zur Verfügung stehen. Grundsätzlich ist die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben eine subjektive Kategorie und ein Prozess, der wesentlich auf der Güte sozialer Verhältnisse beruht.

Haben sich Menschen aufgrund von eigenem Unvermögen und/oder einschränkenden Bedingungen (z.B. der sie betreuenden Institution, der Herkunftsfamilie, der

gesetzlichen Betreuung, der jeweiligen Wohn- und Arbeitsverhältnisse etc.), die jeweils unterschiedliche Ausprägungen von Zwang und (struktureller) Gewalt beinhalten, der Situation angepasst und sind vor diesem Hintergrund mit ihrer Lebenssituation zufrieden, weil sie gar keine Alternative dazu erkennen können, sprechen wir von einer „resignativen Zufriedenheit“. Eine „erfüllte Zufriedenheit“ ist dann gegeben, wenn es gelungen ist, mittels Teilhabe und/oder sozialer Unterstützung Elemente selbst formulierter Bedürfnisse zu befriedigen.

Dementsprechend kann „Unzufriedenheit“ auch einen „produktiven“ Charakter haben: Sie kann bedeuten, dass ich mir Verbesserungen meines Lebens vorstellen kann, aber bei dem Versuch ihrer Realisierung auf Hindernisse stoße. Diese Hindernisse können sowohl in eigenen subjektiven Haltungen, psychischen Verarbeitungsformen, Fähigkeiten und Kenntnissen liegen, die meine Handlungsfähigkeit einschränken. Sie liegen aber auch – und zumeist vorrangig - in behindernden sozialen und materiellen Bedingungen (wie z.B. der Institution, der Familie, der Nachbarschaft, der gesellschaftlichen Stigmatisierung etc.). Geäußerte oder auch erkennbare Unzufriedenheit kann demnach darauf verweisen, dass Menschen in der Lage und willens sind, ihre Lebenssituation zu verändern.

Wird also bei den Bewohnern einer Einrichtung Zufriedenheit festgestellt, kann dies auch bedeuten, dass die dort betreuten Menschen keine Hoffnung auf Lebensverbesserung und Bedürfnisbefriedigung sehen und sich mit den Verhältnissen quasi abgefunden haben. Diese „Zufriedenheit“ kann auch Ausdruck fehlender oder mangelnder Teilhabemöglichkeiten sein. Dagegen kann geäußerte und festgestellte „Unzufriedenheit“ ein Zeichen dafür sein, über die derzeitige Situation hinausreichende Veränderungsperspektiven zu erkennen und sich auch für deren Realisierung einsetzen zu wollen – sofern die Menschen dabei unterstützt werden. Die emotionale Basis für eine derartige Unzufriedenheit kann ein relativ hoher Grad an Teilhabemöglichkeiten sein. Diese Aussagen gelten in besonderem Maße für Menschen, die über wenig Teilhabefähigkeiten verfügen (z.B. weil sie diese sprachlich nicht oder für Andere unverständlich kommunizieren können) bzw. denen adäquate Teilhabemöglichkeiten vorenthalten werden.

Mit diesen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass die Evaluierung von subjektiver Zufriedenheit weder quantitativ, noch ausschließlich in Form von Befragungen zu einem validen Ergebnis führen kann. Die angemessene Evaluierung

von Zufriedenheiten der Bewohner der Einrichtung erfordert eine genauere Kenntnis über institutionelle Abläufe und biografische Prozesse im Leben der Bewohner. Sie reicht über die verbale Kommunikation hinaus und umfasst ebenso Handlungszusammenhänge, in denen „Zufriedenheiten“ auf eine ganz andere Art und Weise zu Tage treten können. Als wesentliche Grundlage und Entwicklungsmöglichkeit sind hier die sozialen Verhältnisse der beteiligten Menschen hervorzuheben.

Trotz dieser Komplexität hat die wissenschaftliche Begleitung versucht, einen Bezug zu den von der BSG und der LAG formulierten Kriterien herzustellen. Im 2007 vorgelegten ersten Zwischenbericht sind das folgende Bereiche: Ambulantisierung und Selbstbestimmung, die gleichsam quer zu den anderen Bereichen liegen, sowie Mobilität und Lage der Einrichtung, Kommunikation, Beschäftigung im Haus, Gesundheit, Geld, persönliche Betreuung. Im vorliegenden Endbericht haben wir einer eher integrativen Bewertung den Vorzug gegeben.

Damit ist auch die Klammer zur **individuellen Hilfeplanung** hergestellt: Individuelle Hilfeplanung impliziert, dass es angestrebt ist, Menschen gemäß ihren individuellen Besonderheiten – Möglichkeiten und Einschränkungen – in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Da sich Menschen nicht allein und isoliert entwickeln können (und wollen), sondern hierzu stets vertrauensvolle, stabile und anregende soziale Beziehungen nötig sind, die helfen können, neue Möglichkeitsräume zu erschließen, kommt auch hier der Güte der jeweiligen sozialen Bezüge ein entscheidender Stellenwert zu. Individuelle Hilfeplanung ist daher ein **soziales Konzept**, das zunächst in die Hände der institutionellen Mitarbeiter gelegt zu einem Instrument in den Händen der betreuten Menschen werden kann. Es sollte zwei Elemente enthalten: Einerseits gleichermaßen konkrete und allgemeine Ziele und die zu deren Erreichung operationalisierten Teilschritte, andererseits die Möglichkeit, offen für Veränderungen zu sein, die ungeplant und dennoch (oder gerade deshalb) von großer subjektiver Bedeutung für die Beteiligten sein können. Diese Gratwanderung zwischen Planung und Offenheit – zugespitzt formuliert: von geplanter Offenheit – ist ein ständiger Prozess, der die möglichen und tatsächlichen Einflüsse aller Beteiligten hinlänglich erfassen sollte. Diese Prozesse bedürfen der phasenweise Reflexion – im Idealfall mit allen Beteiligten – um rückschauend stattgefundenen Veränderungen bewerten und

diese für die Bestimmung perspektivischer, möglicherweise veränderter Ziele nutzen zu können. Das bedeutet, dass die Entwicklung einer individuellen Hilfeplanung nicht nur eine Veränderung und Verbesserung der Betreuung der Bewohner zum Ziele hat, sondern auch Veränderungen und Verbesserungen der institutionellen Struktur und Bedingungen der professionellen Unterstützer zur Voraussetzung und Konsequenz haben muss. Darüber hinaus ist angestrebt, perspektivisch die Beziehungen zu und in den jeweiligen Familien und zu anderen sozialen Feldern herzustellen und zu stärken. Auf diese Weise kann das Instrument der individuellen Hilfeplanung zu einem Werkzeug ständiger Qualitätsentwicklung werden.

Die Evaluierung der Bewohnerzufriedenheit und das Instrument individueller Hilfeplanung finden nun in einer Phase statt, die durch den Übergang zu **ambulanter** Betreuung gekennzeichnet ist:

Strukturell ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei der angestrebten Ambulantisierung um einen längerfristigen Prozess handelt, der sich in der begleiteten Einrichtung in vier Phasen gliedert: 1. Vorbereitung, 2. Umzug in das neue Gebäude, 3. rechtliche Umwandlung, 4. inhaltliche Weiterentwicklung unter veränderten institutionellen Bedingungen. Hervorzuheben ist hier, dass das Konzept auf „ambulant betreute Wohngemeinschaften“ abhebt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass bereits lange vor der offiziellen „Einführung“ des Ambulantisierungsprozesses in der Einrichtung zahlreiche Veränderungen stattfanden, die in Richtung einer stärkeren Individuumszentrierung gingen. Der Endbericht findet sich zeitlich und inhaltlich im Bereich der dritten Phase und enthält somit keine Angaben über bereits vollzogene und weiterentwickelte, auch formal abgesicherte Ambulantisierungsprozesse, da diese noch nicht stattgefunden haben.

Unter Berücksichtigung der inhaltlichen und rechtlichen Geschichte von Ambulantisierung scheint die angestrebte Veränderung ein neues Paradigma in der Betreuung von behinderten Menschen zu sein. Sozialrechtlich wurde der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bereits 1984 in das damalige Bundessozialhilfegesetz aufgenommen. Dies wurde in das seit 2005 gültige SGB XII übernommen. Hier heißt es in § 13 Abs.1: „Vorrang haben ambulante Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen sowie teilstationäre vor stationären Leistungen.“ – dies allerdings durch einen Mehrkostenvorbehalt wieder eingeschränkt. Ergänzend dazu das SGB IX, in dem die damalige Bundesregierung das Ziel formuliert, „die

vollständige Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn behinderte Menschen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten, und wenn Hindernisse, die ihren Teilhabechancen im Wege stehen, beseitigt werden.“ Als Grundmerkmal für „ambulant“ kann gelten, dass Einrichtungen dann als ambulant gelten, wenn die Leistungsberechtigten darin nur einen Teil ihrer erforderlichen Hilfen erhalten bzw. wenn der Ort der Hilfeerbringung nicht identisch ist mit dem Lebensmittelpunkt der Berechtigten.. Ohne hier auf die Zwischenformen von „stationär bis ambulant“ eingehen zu wollen ist festzustellen, dass es sich hierbei um einen Prozess der De-Institutionalisierung handelt. Rainer Kreuzer hat in seinem Promotionsentwurf („Qualitätsentwicklung als teilnehmender und intervenierender Forschungsprozess in der Behindertenhilfe“) u.a. folgende Merkmale einer ambulanten Betreuung angeführt:

1. Unabhängigkeit zwischen Mietvertrag und Betreuungsleistungen
2. Der Wohnraum des Klienten gehört nicht in den Rechts- und Organisationsbereich des Trägers
3. die Gesamtverantwortung für die alltägliche Lebensführung der Bewohner liegt nicht beim Träger
4. Die unterschiedlichen Wohnformen können zwar unter dem Dach der Institution, jedoch abgetrennt sein
5. Abbau der Rund-um-Versorgung
6. Individuell ausgerichtete Hilfen
7. Keine institutionell vorgegebenen festen Strukturen
8. Größere Mitbestimmung bei der Wahl von Wohnform und ev. Mitbewohnern
9. Förderung der autonomen Lebenspraxis
10. Soziale Teilhabe und Förderung der Integration
11. Pflege darf keinen dominierenden Stellenwert einnehmen.

Das seit März 2005 in Hamburg laufende Ambulantisierungsprogramm versucht nicht nur, den sozialrechtlichen Ambulantisierungsauftrag einzulösen, sondern soll auch die Kosten der Eingliederungshilfe reduzieren. Im Zuge der seitdem laufenden Veränderungen zeichnet sich ab, dass sich die Ambulantisierung im Wesentlichen in Richtung von „ambulanten Heimen“ unter dem Dach der Einrichtungen bewegen wird.

Stellt man nun das Verhältnis von Kriterien für eine ambulante Betreuung z.B. mit der Zielsetzung der Einsparung von Geldern ins Verhältnis, so ist unschwer zu erkennen, dass diese Rechnung nicht aufgehen kann, da eine ambulante Betreuung nicht weniger, sondern ANDERE Formen der Unterstützung notwendig macht. Die mit der Ambulantisierung verbundenen Zielsetzungen erfordern ein vielgestalterisches, komplexes und flexibles Unterstützungskonzept für die betreuten Menschen, die zudem verstärkt in die Bestimmungsabläufe einbezogen werden sollen, was von zentraler Wichtigkeit ist. Eine an den individuellen Lebensbedürfnissen der behinderten Menschen orientiertes Konzept wird nicht billiger, sondern erfordert u.E. mehr gesellschaftliche Mittel: Eine Erweiterung unterschiedlicher Unterstützungsangebote und die Entwicklung sozialer Netzwerke, die sich flexibel an den individuellen Bedürfnissen ausrichten, macht zumindest in einer Übergangszeit mehr finanzielle Mittel notwendig.

Zudem steht hinter der Zielsetzung eines „autonomen“ Lebens die Vorstellung eines Individuums, das weitgehend frei von Abhängigkeiten sein eigenes Leben entfalten kann. Dies aber entspricht weder der Realität in unserer Gesellschaft noch den grundsätzlichen Entwicklungsbedingungen von Menschen, die sich nur in „Abhängigkeit“ von stabilen und festen sozialen Beziehungen entwickeln können.

Als dritter kritischer Aspekt ist anzuführen, dass die Entwicklungschancen von behinderten Menschen auch Ausdruck sozialer und gesellschaftlicher Verhältnisse sind. So wünschenswert eine Verbesserung der Unterstützungsleistungen für diese Menschen ist, so reicht es nicht aus, ihnen und ihren institutionellen Dienstleistungen Augenmerk zu schenken, sondern es ist notwendig, allgemeine gesamtgesellschaftliche Verhältnisse und Bedingungen mit anzuregen und zu entwickeln. Es ist also parallel ein Konzept für die langfristige Realisierung gesellschaftlicher Verantwortung und gegenseitiger Unterstützung zu schaffen.

Zurück zur aktuellen Situation: Es ist zu befürchten, dass die positiven Elemente der Ambulantisierung nur einer kleinen Gruppe von behinderten Menschen zu Gute kommen. Menschen mit geringerem Hilfebedarf können eine schrittweise Verbesserung ihrer Lebensqualität erhoffen, Menschen mit größerem Hilfebedarf laufen jedoch Gefahr, „abgehängt“ und letztlich in stationären Heimen traditioneller Art zusammengefasst zu werden. Vor diesem Hintergrund ist die Zielsetzung der Pestalozzi-Stiftung hervorzuheben, eine Betreuungs- und Unterstützungsstruktur für

ALLE zu betreuenden Menschen unabhängig von ihrem (derzeitigen!) Behinderungsgrad zu entwickeln. Dass dies ein komplizierter und zeitaufwendiger Prozess ist, der auch sozialpolitischer Unterstützung bedarf, ist offensichtlich.

## **2. Evaluierung der Zufriedenheit der Bewohner**

### **2.1 Vorgehensweise**

Die Evaluierung der Zufriedenheit der Bewohner erfolgte nicht explizit im Hinblick auf die formal durchgeführte Ambulantisierung. Die formale Veränderung der Betreuung ist bis zum Zeitpunkt des Endberichts noch nicht erfolgt. Gleichwohl ist, wie schon erwähnt, festzustellen, dass es sowohl vor dem Umzug als auch im Zuge der konkreten Veränderung der Wohnsituation der Bewohner eine Reihe von Elementen im Rahmen der Betreuung gab und gibt, die dem Charakter der angestrebten Ambulantisierung als Konzept größerer Selbstständigkeit und Teilhabe der Bewohner entsprechen. Da u.E. eine an den Bedürfnissen der Bewohner orientierte Ambulantisierung nur als langfristiger Prozess zu sehen ist, spiegeln die im Weiteren vorgestellten Aussagen die aktuelle Situation wider. Sie beziehen sich auf einzelne entweder direkt erfahrene oder über die Mitarbeiter der Einrichtung vermittelte konkrete Lebenssituationen und erheben nicht den Anspruch, auf der Basis biografischer Lebensprozesse die gesamtheitliche Lebensführung der Bewohner zu erfassen.

Diese aktuellen Aussagen sind Ergebnis vielfältiger Erhebungen der über längere Zeit durchgeführten wissenschaftlichen Begleitung und beziehen sich u.a. auf folgende Aktivitäten:

1. aktive und verantwortliche Teilnahme an der Betreuung der Bewohner in und außerhalb der Institution Diestelstraße
2. teilnehmende Beobachtung im Rahmen der Betreuung der Bewohner
3. Durchführung eigenständiger Projekte wie z.B. Produktion eines Videofilms, Besuche der Hamburger Künstlergruppe der „Schlumper“ oder Angebot einer Kochgruppe
4. Gespräche mit den Bewohnern
5. Gespräche im Wohngemeinschaftszusammenhang

6. Gespräche mit einzelnen Mitarbeitern bzw. mit Mitarbeitergruppen
7. Teilnahme an Arbeitsgruppen und Dienstbesprechungen
8. Durchführung von drei qualifizierenden Workshops zu den Themen „Behinderung“, „Ambulantisierung“ und „Individuelle Hilfeplanung“

Aus der Vielzahl der dabei gewonnenen Erkenntnisse, die zum Teil hypothesenhaften Charakter haben (müssen), wurden drei exemplarische (und anonymisierte) Bewohnerportraits ausgewählt (siehe 2.), die auch aufzeigen sollen, wie differenziert jeweils einzelne Situationen zu bewerten sind. Sie beziehen sich auf drei herausgegriffene Situationen, um ein möglichst konkretes Bild zu zeichnen und stellen somit Momentaufnahmen dar, die allerdings lediglich einen, vielleicht „typischen“, Einblick in die Bedürfnislage der Bewohner erlauben. So momenthaft sie auch sind, enthalten diese „Portraits“ – richtiger: Portrait-Schnappschüsse - dennoch auch verallgemeinerbare Elemente. Die dabei ausgewählten Bewohner sind den Hilfebedarfsgruppen II, III und IV zugeteilt. Damit soll der Breite der erforderlichen Unterstützungsangebote Rechnung getragen werden. Diese aus jeweils individuellen Gesprächen und Aktivitäten abgeleiteten Beispiele werden ergänzt durch eine Darstellung und Einschätzung von Gesprächen auf Wohngemeinschaftsebene, die eine neue Qualität der Kommunikation für alle Beteiligten darstellen. Die Ergebnisse von Gesprächen mit Mitarbeitern der Einrichtung zu ihrer Sicht auf die Bewohner sind insofern wichtig, weil die Mitarbeiter ja die relevanten und verantwortlichen Träger der Betreuung sind und ihre sozialen Beziehungen zu den Bewohnern gleichsam die Mittel der angestrebten Qualitätsentwicklung im Rahmen der Ambulantisierung darstellen. Eine zusammenfassende Einschätzung bietet dann den Übergang zur Darstellung der Individuellen Hilfeplanung.

## **2.2 Bewohnerin A**

Begegnung eines Mitglieds der wissenschaftlichen Begleitung mit der Bewohnerin A. der Hilfebedarfsgruppe III.

Es folgen Ausschnitte aus einem Protokoll vom 3.5.2009:

"Ich klinge an der WG-Tür. A. macht mir auf. Sie freut sich. Ich sage, dass ich mich gern mit ihr unterhalten möchte. Wir gehen in ihr Zimmer. A. ist dabei, ihrer Lieblingsbeschäftigung nachzugehen. Sie faltet Zettel im Format DIN-A 6 einmal zusammen, legt sie in eine rote Box, in der sich bereits um die zwei- bis dreihundert dieser mit Plastiktüten gefüllten Zettel ordentlich übereinander geschichtet befinden. Ich frage sie, ob ihr die Beschäftigung Spaß macht, sie lacht: "Ja!"

Mir fällt es schwer, mit ihr ins Gespräch zu kommen. Was könnten Themen sein, die A. interessieren? Wie bekomme ich etwas über ihre Bedürfnisse heraus? Die Gesprächssituation erscheint mir einigermaßen künstlich. Ebenso künstlich erscheint es mir, mit ihr zum Kaffeetrinken zu fahren. Wahrscheinlich habe ich dieselben Probleme wie die Betreuer, A. zu neuen Bedürfnissen zu motivieren.

... Ich habe Fragen aus einer Untersuchung über andere Wohnheime mitgebracht, die als Anknüpfungspunkte für ein Gespräch dienen könnten.

Auf die Frage, ob sie sich selbst jederzeit etwas zu Essen oder zu Trinken aus der Küche und dem Kühlschrank holen kann, antwortet A. mit "Ja" - obwohl der Kühlschrank in der Küche gar nicht zur Verfügung steht - die allgemeinen Lebensmittel sind in der Speisekammer und abgeschlossen...

... Kann A. in ihrer Freizeit machen, was sie möchte? Sie antwortet mit "Nein". Ich frage sie, was sie gerne in ihrer Freizeit machen möchte: Einkaufen und Kaffee trinken mit M. (betreuende Mitarbeiterin), antwortet sie "und Schwimmen ist aus!". Sie mag nicht gern zum Schwimmen gehen. Was sie noch mag: Partys im alten Haus, in die Disco fahren, Fahrradfahren mit M. (aber im Moment sind die Fahrräder kaputt).

Nun ja... bedürfnislos ist A. gerade nicht. Vielleicht sollte ich ihr nächstes Mal eine Radtour anbieten, wenn die Fahrräder wieder heil sind?

Wünscht sie sich mehr Kontakt zu anderen Menschen? Zu Freunden von der Arbeit oder Verwandten? Nein.

Wünscht A. sich mehr Besuch? Ja, von den Betreuern M, U, I. und L...

... Hat A. Freunde im Haus? Sie mag G. und H.

R. mag sie nicht, sagt sie - ich kann aber nicht feststellen, wieso nicht..."

Bewertung: Dieses Frage- und Antwortspiel geht noch eine ganze Weile weiter. Die Themen gehen nur von uns aus, die Antworten sind meist recht einsilbig, gelegentlich auch nicht schlüssig. Es entsteht schnell der Eindruck, dass A. nicht jede Frage voll versteht und deswegen kurz und zunehmend etwas genervt antwortet. Weiterführende

Bedürfnisse lassen sich kaum erkennen. Die Bindung an die Bezugsbetreuerin scheint das Wichtigste zu sein.

Auf den Komplex der Zufriedenheit bezogen gibt es mehrere Antworten. In der ersten Annäherung scheint A. zufrieden zu sein. Die Anforderungen an sie im Alltag sind nicht zu hoch, ein gewisser Grad an Selbständigkeit wird ihr zugestanden, sie kann Wünsche äußern. Auf einer anderen Ebene jedoch erscheinen ihre Wahlmöglichkeiten gering, sie wirkt unausgefüllt, ihre Kommunikationsmöglichkeiten sind nicht voll entwickelt, ihre Sehnsucht nach einem männlichen Partner bleibt ungestillt, ihre Ängste und Unsicherheiten sind latent spürbar.

Und die Frage, ob der Prozess der Ambulantisierung ein Mehr an Zufriedenheit für A. gebracht hat, ist in dieser Form nicht zu beantworten: durch vermehrte äußere Anregungen hat sie an Selbständigkeit gewonnen, durch Verlust eines Bezugs-Partners unter den Bewohnern (H. ist inzwischen dement geworden) ist sie einsamer geworden. Wie ist die Bilanz?

## **2.3 Bewohnerin B**

Begegnung eines Mitglieds der wissenschaftlichen Begleitung mit der Bewohnerin B. der Hilfebedarfsgruppe IV.

Ausschnitte aus einem Protokoll vom 3.5.2009:

"B. steht in der Küche mit einer leeren Kaffeetasse in der Hand. Ich begrüße sie. Sie gibt mir die Hand. Ich erläutere ihr, wieso ich erst später gekommen bin - Schienenersatzverkehr zwischen Volksdorf und Ohlstedt. Ich frage sie, ob K. ihr ausgerichtet hat, dass ich später komme. Sie bejaht, indem sie mir ein "J" und ein "a" mit ihrem Zeigefinger in meine Hand schreibt. (Auch die folgende Kommunikation findet von B.s Seite durch in-die-Hand-schreiben bzw. später durch Zeigen auf einer Buchstabentafel statt).

Die leere Kaffeetasse in der Hand von B. hat (ebenso wie ein leerer Teller) für mich Aufforderungscharakter. Wenn sie mit einem leeren Teller durch das Haus geht, möchte sie meist Kuchen, Kekse oder Brot aus anderen Wohngruppen - oder sie

möchte, dass ein Betreuer ihr Kekse auf den Teller legt. "Ich möchte Kaffee", teilt sie mir auf die Frage mit, was wir machen wollen.

Ich antworte: „Dann mach dir doch einen Kaffee oder lass uns zusammen Kaffee kochen.“ - vermute dabei aufgrund meiner Erfahrungen mit ihr, dass die Aufforderung, sich einen Kaffee zu machen oder die Eröffnung der Möglichkeit, bei ihr auf keinen fruchtbaren Boden fällt. Sie bestätigt meine Annahme: "Ich möchte oben fragen".

Meine eigene Erwartungshaltung in Bezug auf B.s Bedürfnisstruktur hat sich den von mir als gleichförmig sich wiederholend empfundenen Anforderungen B.s angepasst. Fast ist es so, als müsste sie nicht mehr sprechen, da ich "sowieso schon vorher" weiß, was sie gleich tun wird. B. steht dort mit der Kaffeetasse in der Hand was bedeutet: "Ich möchte, dass du mit mir zusammen woanders nach Kaffee fragst. Ich möchte woanders meinen Kaffee herbekommen."

Diese Haltung habe ich auch bei den Betreuern beobachtet. Stereotypes Verhalten von B. löst stereotypes Verhalten der sie umgebenden Menschen aus.

...In der Schilderung des weiteren Tages folgen zahlreiche Versuche, in anderen Wohngemeinschaften, im Büro oder an weiteren Plätzen Kaffee zu bekommen. Im stark reduzierten Frage-Antwort-Ritual schreibt B. meist ein "Nein", versucht darauf eine Begründung, verwirft diese wieder usw. Es endet damit, dass der Begleiter für sie einen frischen Kaffee kocht.

Einige Mitarbeiter, die B. gut zu kennen meinen, erkennen eine generelle Haltung darin, nichts abgeben zu wollen oder zu können, so wie bei der Sprache, so wie beim Schreiben in ein Buch: "Sie mag nicht sprechen, weil sie dann Worte abgibt." Sie selbst hat geäußert: "Ich habe Angst, dass der Ton herauskommt". Sie mag nicht in ihr Buch schreiben, weil sie dann Platz darin verbraucht.“

Im weiteren Abschnitt des Protokolls wird noch eine Szene beschrieben, in der B. die Hand des wissenschaftlichen Begleiters zur Hand der Betreuerin führt. Dies wird nun dahingehend gedeutet, dass ersterer ihre Bitte nach Kaffee an die Betreuerin weitergeben möge. In Alltagssituationen soll sie starke Abneigung gegen Veränderungen oder Erweiterung ihrer Möglichkeiten zeigen.

Bewertung: Ohne an dieser Stelle zu sehr einschränkend Schablonen einzusetzen, ist es doch nahe liegend weil sehr „typisch“, dass hier „autistische“ Verhaltensmuster auftreten, die außerordentlich schwer zu verstehen, zu deuten oder zu interpretieren sind. Jedenfalls bleibt B. erkennbar hinter ihren eigenen Potenzialen zurück. Eine

Erklärung könnten starke Veränderungsängste sein, die ein ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis spiegeln. Es könnte auch eine teilweise bewusste Zurückhaltung eine Rolle spielen. Passt ihr das Tempo der Umstellung vielleicht nicht?

Auch in der Geschichte B.s ist wieder zu fragen, inwiefern der Prozess der Ambulantisierung für ihr Verhalten, für ihre Entwicklung und für ihre Zufriedenheit wichtig ist. Und auch bei ihr gibt es nur eine höchst individuelle Antwort, die viel eher mit ihrer Lebensgeschichte, ihren Lebensbedingungen, ihren Einschränkungen (biologisch, psychisch, sozial) zu tun haben als mit der Ambulantisierung. Jedenfalls lässt sich wie so oft keine kausale Bedingungskette zu ihrem jetzigen Verhalten erkennen.

Speziell zur Kommunikation B.s mit umgebenden Menschen ist noch zu bedenken, dass sie die Geschwindigkeit, den Grad der Umständlichkeit und die Wahl des Kommunikationspartners selbst bestimmt. Obwohl dadurch nach unseren Maßstäben die Verständigung erschwert wird, hat sie auf diese Weise einen großen Machtgewinn, ja sie beherrscht vielfach die Situation und die daran beteiligten Menschen. Warum sollte sie das aufgeben? Oder kommuniziert sie nicht auch durch Mimik und Gestik (manchmal auch durch "verweigerte" Mimik), die wir nur nicht zu deuten wissen?

Ist sie nun zufrieden, hat sie teil oder lebt sie selbst- bestimmt? Wir wissen es nicht, weil unsere herkömmlichen Deutungsmuster nicht passen.

## **2.4 Bewohner C**

Begegnung eines Mitglieds der wissenschaftlichen Begleitung mit dem Bewohner C. der Hilfebedarfsgruppe II.

Ausschnitte aus einem Protokoll vom 3.9.2009:

„Wiss.Begleitung (WB): Wie bist du in die Diestelstraße gekommen?

C: Eine Lehrerin kannte einen anderen Schüler, der auch in einer Wohngruppe wohnte, der dort lernte, alleine zu wohnen. Sie erzählte mir davon, ich dachte, Klasse, da lernst du allein zu wohnen! Dann hab ich das mit meinen Eltern besprochen. Die waren zuerst entsetzt, aber dann haben sie gesagt, o.k., wenn du das gern machen möchtest, unterstützen wir dich.

WB.: Das war vor 2 Jahren. Und jetzt bist du 19 Jahre alt? Damals warst du 17.

C.: Genau. Ich dachte mir damals, dass ich das gerne machen würde.

WB.: Und wie bist du dann in die Diestelstraße gekommen?

C.: Meine Eltern und ich sind dann zu einer Stelle gefahren, wo eine Art Test gemacht wurde, wie viel Prozent Schwerbehinderung ich habe. Da kam heraus, dass ich 50 Prozent habe. Und dass ich das brauche, um in eine Wohngruppe zu kommen. Und dann haben wir ein Heft bekommen von Adressen von Wohngruppen. Und bei der Pestalozzi-Stiftung hatten wir auch einen Termin gemacht, sind hingefahren, um uns das anzugucken. Nachdem wir uns das Haus angeguckt haben, sagte meine Mutter: Wenn du in eine Wohngruppe gehst, dann hier. Und dann sagte ich: Ja!...

WB.: Und diese Adressenliste mit den Einrichtungen, das waren Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in erster Linie?

C.: Ich glaube schon. ...

WB.: Würdest du sagen, dass du geistig behindert bist?

C.: Ich würd das über mich selbst eher nicht so sagen.

WB.: Ich finde das auch nicht.

C.: Teilweise sagen auch die Betreuer: Praktisch gesehen bist du so gut, du könntest auch alleine wohnen. Ich hab dann gesagt: Ich muss erstmal lernen, alleine zu wohnen. ...“

Bewertung: Im weiteren Verlauf des lebhaften Gesprächs berichtet C. noch von Freundinnen, von seiner Arbeitsstelle in der Ausbildung zum Küchenhelfer und seinen weiteren Plänen, Koch zu werden und schließlich allein in einer eigenen Wohnung zu wohnen.

Hier wird exemplarisch deutlich, dass C. bereits über die Grundkompetenzen verfügt, die zum selbständigen Leben nötig sind. Er war womöglich eher im Laufe seiner Sozialisation eingeschränkt und behindert worden, verstärkt durch eine gewisse Ängstlichkeit und Überbehütung ohne Förderung.

Wie aus seinen Äußerungen hervorgeht, hat er den Weg in die Selbständigkeit und Teilhabe hauptsächlich alleine beschritten, wörtlich also den eigenen Weg seiner Ambulantisierung verwirklicht. Ihm öffnen sich Möglichkeiten, die er wahrnimmt. Das macht ihn in hohem Maße zufrieden!

Diese drei Beispiele zusammenfassend ist Folgendes festzuhalten: So unterschiedlich auch die Begegnungen zwischen dem Mitglied unserer Forschungsgruppe und den drei

Bewohnern ausfallen, so ist allen dreien gemeinsam, dass eindeutige Aussagen über fassbare Gründe für das jeweilige Verhalten nicht zu finden sind. Auch wenn das äußerlich erkennbare Verhalten eines Menschen für ihn selbst eine innewohnende Bedeutung hat, ist dies selten auf eine einzelne Ursache zurückzuführen. Und in diesem Fall der über Jahre sich hinziehenden Ambulantisierung, die vor über 5 Jahren schleichend begonnen wurde und als Prozess noch immer nicht formal und rechtlich verwirklicht ist, wäre es in hohem Grade unwahrscheinlich, dass konkrete Auswirkungen bei den Bewohnern aufträten.

Vielmehr sind die dennoch zu beschreibenden, nicht konstanten, größeren oder kleineren, gelegentlichen oder sogar bleibenden Veränderungen hin zu mehr Teilhabe und Selbständigkeit eher einer allgemeinen Entwicklungstendenz zuzuschreiben, der jeder Mensch unterliegt. Diese uns Menschen eigene Vorwärtsentwicklung, die bei Kindern ja noch viel deutlicher zu erkennen ist, besteht ein Leben lang. Sie kann möglich gemacht, zugelassen oder gefördert werden, sie kann aber auch behindert, eingeschränkt oder unterdrückt werden.

Wenn eine so wesentliche Veränderung der Lebensverhältnisse wie eine allgemeine Ambulantisierung vorgenommen wird, steht diese unter der Forderung, die Qualität der Entwicklung jedes Individuums zu beachten und zu fördern. Nur dann ist sie zu unterstützen.

An den vorgestellten Beispielen der drei Bewohner lässt sich ablesen, dass eine höhere Zufriedenheit im Sinne einer qualitativen Entwicklung nicht sicher zu erwarten ist, wenn ein Ambulantisierungsprozess eingeleitet wird, dass diese aber im günstigen Falle durchaus eintreten kann.

## **2.5 Wohngemeinschaften**

Zunächst einige Bemerkungen zu den objektiven Veränderungen im Rahmen der Ambulantisierung: Die Struktur der Institution entsprach vor der Veränderung eher einem gemeinsamen Haus mit Heimcharakter, das Wohngruppen mit offenen Türen beinhaltete. Vor dem Umzug wurde die zukünftige Wohngruppenebene mittels wöchentlich stattfindender Gruppentage als pädagogische Vorbereitung stärker in den Vordergrund gerückt. Schließlich wurden, meist unter Einbeziehung der Bewohner, die neuen Wohngruppen zusammengestellt. Nach dem Umzug bieten die

Wohnmöglichkeiten abgeschlossene Wohneinheiten mit eigenen Briefkästen, Türklingeln und gegenüber den anderen Wohneinheiten abgeschlossenen Türen. Es gibt keine Gemeinschaftsräume mehr, es bestehen einzelne Mietverträge und die rechtliche Überführung in ambulant betreute Wohngemeinschaften hat sporadisch begonnen.

Die folgenden Aussagen über die neue Wohnform in Wohngemeinschaften resultieren aus der Teilnahme an Betreuungsaktivitäten in den verschiedenen Wohngemeinschaften und aus Gesprächen mit den Mitgliedern der Wohngemeinschaften bis ca. April 2009:

Für die Bewohner steht im Vordergrund ihres Interesses die durch die Ambulantisierung verbundenen konkreten Veränderungen im Zusammenhang mit dem Statuswechsel von „Bewohnern“ zu „Mietern“. Damit verbunden werden weniger Fragen aufgeworfen, die mit den grundsätzlichen und rechtlichen Veränderungen zusammenhängen, sondern solche, die unmittelbar konkreten Charakter haben, z.B. wie mit gemeinsamen Eigentum umzugehen ist im Verhältnis zu Gegenständen, über die individuell verfügt werden kann. Dies hat wiederum Konsequenzen für den Umgang mit eigenem Geld. Weitere konkrete Themen sind auch die Bestimmung über die personelle Zusammensetzung der Wohngemeinschaften, die Nutzung von Lebensmitteln, der Grad zumutbarer Lautstärke, die Verantwortlichkeit für die Nutzung der Gemeinschaftsräume und gemeinsamer Ausstattungsgegenstände, die Regelung der Essensversorgung usw.

Gegenüber diesem Interesse an konkreten Regelungen und Umgangsformen stehen die Bewohner Fragen, wie etwa der Kenntnis und ggf. verantwortlichen Unterzeichnung der Mietverträge oder den Möglichkeiten, alternative Dienstleister heranzuziehen, eher distanziert gegenüber. Mögliche Ursachen hierfür können darin liegen, dass die damit zusammenhängenden Fragen neu für die Bewohner sind und sie deren Stellenwert nur schwer erkennen und verstehen können. Darüber hinaus besteht auch seitens der Betreuer in manchen Fragen ein Wissensdefizit, das jedoch schrittweise behoben wird. Für einige Bewohner stellt die neue Wohn- und Betreuungsform eine deutliche Verbesserung dar, andere stehen der Veränderung eher neugierig bis skeptisch gegenüber. Für einen Teil der Bewohner, insbesondere für jene, die einen hohen Unterstützungsbedarf benötigen, bedeutet die Ambulantisierung eine Verunsicherung und teilweise sogar Verschlechterung ihrer Lebenssituation. Zu nennen sind hier u.a.

die Einschränkung ihres Bewegungs- und Sozialraumes auf die Ebene der jeweiligen Wohngemeinschaften, eine Verschlechterung der Orientierungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Raumstruktur, die sozialen Bezüge und früher für alle Bewohner organisierte Versorgungsleistungen wie z.B. das Essen und damit verbundene Unsicherheiten, was die veränderten Kommunikationsformen betrifft.

Hervorzuheben ist, dass die neue Wohnform vor allem auch andere Kommunikationsformen erfordert, die für alle Beteiligten oft das Betreten von Neuland darstellen. Vor allem die kontinuierlichen Wohngemeinschaftsgespräche, die in der Regel wöchentlich durchgeführt werden, sind der Ort, an dem diese neue Kommunikation zum Ausdruck kommt: Inhaltlich haben diese Gespräche das Ziel, die Struktur des Zusammenlebens zu klären und gemeinsame Absprachen bzw. Regelungen zu treffen. Ein zweites Themenpaket sind die rechtlichen Konsequenzen der Ambulantisierung. Ein drittes Element der Zusammenkünfte sind die jeweiligen individuellen Bedürfnisse der Bewohner, die aufgrund der Veränderung auch neu sein können. Da die Wohngemeinschaftsgespräche neu sind, zeigen alle Beteiligten einschließlich der Betreuer hier deutliche Unsicherheiten, obwohl in den Gruppentagen in der Vorbereitungsphase diese soziale Konstellation bereits erprobt wurde. Kontinuierliche Gespräche in den Wohngemeinschaften finden auch nicht in allen Gemeinschaften statt, so dass bezüglich der gemeinsamen Absprache von Alltagssituationen ein Defizit festzustellen ist. Die Frage eines Bewohners: "Aber das Leben bleibt...?" veranschaulicht diesen Umstand.

Der Transfer der in den entsprechenden Vorlagen des Hamburger Senats enthaltenen rechtlichen, organisatorischen und strukturellen Aussagen erfolgte bisher nur teilweise und lässt viele Lücken offen. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Möglichkeit, in neuen personellen Konstellationen bereits entwickelte Formen der Teilhabe zu praktizieren bzw. neue Teilhabemöglichkeiten zu entwickeln. Gleichwohl laufen sozusagen in den Poren der Gespräche viele Formen oft auch nicht-verbaler Kommunikation ab, für deren Erfassung aber eine sehr differenzierte Aufnahme, entsprechende Reflexion durch die Betreuer und vor allem auch längere Zeit notwendig sind. Als Beispiel die Skizzierung einer konkreten Situation: Auf der einen Seite läuft eine rege Diskussion, diese allerdings mit dem Ziel, jeweils individuelle Bewohnerinteressen mit Hilfe der Betreuer durchzusetzen. Andere Gesprächsteilnehmer verlassen die Situation am Tisch, weil ihnen der Konfliktgehalt

der Gespräche zu groß ist. Ein anderer Gesprächsteilnehmer hört scheinbar nicht zu und beschäftigt sich mit Tischdecken, wiederum ein Anderer zeigt offensichtlich kein Interesse an den Themen, kommuniziert aber mit anderen Bewohnern usw.

Das Potential der neuen Wohnform liegt in der gemeinsamen Lebensführung und darin enthaltener gemeinsamer Aktivitäten und gegenseitiger Unterstützung. Bisher ist es erst ansatzweise gelungen, gemeinsame Aktivitäten der Bewohner ohne direkte Unterstützung durch die Betreuer anzuregen.

Grundsätzlich haben Themen, die sich mit Störungen befassen, Vorrang vor Themen, die perspektivisch auf die Entwicklung einer Wohn- und Lebensgemeinschaft gerichtet sind. Dies spricht dafür, einerseits kontinuierlich sich zu bemühen, die Struktur der Wohngemeinschaften zu stärken – und dies insbesondere über gemeinsame Handlungsvollzüge – und andererseits das Hineinwachsen in eine neue Lebensform als komplizierten und langwierigen Prozess zu begreifen. Hier ist der notwendige Konzeptcharakter der Ambulantisierung wiederum zu betonen.

Schließlich ist anzuführen, dass mit der neuen Wohnform auch neue Organisationsformen der Betreuung notwendig sind. Dies betrifft nicht nur die Regelung der Dienstpläne, sondern auch die Binnenstruktur der nötigen Absprachen, Hilfeplanungen und Dienstbesprechungen. Die Bildung neuer „Wohngemeinschaftsteams“, die dezentralen Charakter haben in Verbindung mit einer größeren Nähe zu den jeweiligen Bezugsbewohnern, bieten den Betreuern Möglichkeiten, stärker bedürfnisorientiert zu arbeiten. Diese neue Qualität macht aber ein reflektiertes Ausbalancieren zwischen der jeweiligen Wohngemeinschaftsebene und den darin wohnenden einzelnen Individuen notwendig. Die Orientierung auf erhöhte Teilhabe und Bedürfnisentwicklung der Bewohner erfordert aber auch ein dichteres und flexibleres Netz von Unterstützungen, das jedoch mit den derzeit zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln nur ansatzweise gewährleistet werden kann. Wird dieser Notwendigkeit nicht ausreichend Rechnung getragen, besteht die Gefahr, in einer „Scheinambulantisierung“ stecken zu bleiben und damit allen Beteiligten Betreuungs- und Lebensqualitäten in Aussicht zu stellen, die aber aufgrund der gegebenen Bedingungen nicht eingelöst werden können.

## 2.6 Sicht der Betreuer

Die im Weiteren gemachten Darstellungen beruhen auf Informationen aus und Einschätzungen von Aussagen von Betreuern in Einzel- und Gruppengesprächen, in Arbeitsgruppen und auf Dienstbesprechungen. Sie sind aus einer Vielzahl von Ergebnissen exemplarisch herausgegriffen und sollen der Veranschaulichung einiger relevanter Themen dienen.

Wie bereits angeführt, sind die sozialen Bezüge der Bewohner zu den Betreuern entscheidend für den Prozess der angestrebten Qualitätsverbesserung. Mit der Art und Weise der Betreuung wird aber auch das Tor aufgemacht für verstärkte Unterstützungsleistungen der Bewohner untereinander. Wir stellen im Folgenden zwei bewertende Zusammenfassungen aus Gesprächen mit Betreuern vor, die u.E. „typische“ Aspekte der Haltung der Betreuer und ihrer Sicht auf die Bewohner enthalten, ohne jedoch den Anspruch der Vollständigkeit und einer für alle gültigen Verallgemeinerung zu erheben:

**Beispiel 1:** Die Betreuer haben den Eindruck, dass die Bewohner im Rahmen der laufenden Ambulantisierungsprozesse selbständiger geworden sind und „das Selbstständigsein für sie selbstverständlicher geworden ist.“ Damit sind auch die Anforderungen an die Betreuung gestiegen – „selbstverständliche Anforderungen von Menschen, die nicht ständig, sondern ambulant betreut sind.“ Zudem haben sich einige Wohngemeinschaften ein eigenes Unterstützungsnetzwerk aufgebaut, das jetzt im neuen Rahmen bewusster wahrgenommen und genutzt werden kann. So wird beispielsweise die Hilfe beim Einkauf von vielen Bewohnern als „Recht“ gesehen, das sie einfordern können. Ein anderes Beispiel sind die Folgen aus der Teilnahme am Heimbeirat, durch die das Gefühl gestärkt wurde, nicht nur sich selbst und die eigenen Interessen, sondern auch die Interessen der Mitbewohner zu vertreten. Die rechtlich-institutionalisierte Interessenvertretung des Heimbeirates wird mit vollzogener Ambulantisierung entfallen. Auch der „Freiheitsdrang“ einiger Bewohner hat sich erhöht, wobei hier allerdings auch von einem „Freiheitszwang“ gesprochen werden muss, da von den Bewohnern seitens der Betreuer ein Mehr an Selbstständigkeit nicht nur geboten, sondern auch gefordert wird. Diese an gesellschaftlich gegebenen Norm(alitäts)vorstellungen orientierten pädagogischen Angebote treffen zwar manchmal die subjektiven Bedürfnisse der Bewohner, entsprechen in einigen Fällen

jedoch nicht der aktuellen Bedürfnislage der Bewohner (siehe auch Beispiel 2). Gleichwohl bieten die Angebote den Spielraum, mehr Individualität zu entwickeln, wobei deutlich zu erkennen ist, dass mit der neuen Wohnform auch neue Bedürfnisse entstehen. Diese Bedürfnisse (und davon abgeleitete Bedarfe) ändern sich mit jeder neuen Zusammensetzung der Wohngemeinschaften. Auch der Kontakt zwischen den einzelnen Wohngemeinschaften bringt neue Qualitäten: „Es wird geklingelt, es wird höflich gefragt und es gibt Bedingungen, unter denen etwas ausgeliehen wird.“ Das gemeinsame Abendessen auf Wohngemeinschaftsebene hat auch eine elementare Veränderung der Tagesstruktur gebracht.

Einen besonderen Stellenwert hat das Bedürfnis „nach Gesellschaft“ bzw. „Geselligkeit“ seitens der Bewohner. Derartige Möglichkeiten bieten nach wie vor die Essenssituationen. Die Möglichkeiten, gemeinsame Aktivitäten auf Wohngemeinschaftsebene bzw. zwischen den Wohngemeinschaften zu entfalten, sind bisher noch nicht ausreichend entwickelt worden. Die sozialen Bedürfnisse der Bewohner haben sich bei verstärkter „face-to-face“ Betreuung stärker auf die Betreuer verschoben.

Ein Problem stellen nach wie vor die Einzugsprozesse von neuen Bewohnern dar. Die Vorlauf- und Kennenlernphasen sind zu kurz, Möglichkeiten des Probewohnens noch nicht ausreichend angeboten und die Abhängigkeit von den Entscheidungen der Betreuer nach wie vor gegeben: „...er hätte nur zugestimmt, um mir zu gefallen – weil ich ja sowieso das letzte Wort habe“ meinte hierzu ein Bewohner, wie ein Betreuer berichtet.

Schließlich wird darauf verwiesen, dass gegenüber der früheren Heimstruktur die „Gemeinschaftlichkeit“ – als Möglichkeit, in vielen Situationen soziale Kontakte zu schließen, der man sich aber nur schwer entziehen konnte - wohl abgenommen hat. Statt dieser - eher erzwungenen - hat sich eine geringere, jedoch eher selbstbestimmte Sozialstruktur zu entwickeln begonnen.

**Beispiel 2:** Thema dieses Beispiels ist der Aspekt der Selbstbestimmung und hier insbesondere das Verhältnis von individueller Motivation der Bewohner und pädagogischer „Motivierung“. Hier liegt eine große Handhabungsbreite durch die Betreuer. Sie reicht von einem Vorgehen, „in dem die Bewohner einfach 'geschoben' werden und mit ihnen etwas gemacht wird, über die Möglichkeit, sie zu überzeugen“

bis zur Anerkennung subjektiver Bedeutungen und Bedürfnisse der Bewohner, die sich von den durch die Betreuer vertretenen und gesellschaftlich gegebenen Normalitätsvorstellungen mehr oder minder unterscheiden können.

Das Problem beginnt oft dort, wo sich die Bewohner einer angebotenen Selbstbestimmungsmöglichkeit verweigern: „Sie will gar keine Selbstbestimmung, sie möchte gerne, dass andere für sie bestimmen.“ Das führt dazu, dass die Betreuer „für die Selbstbestimmung gegen die Selbstbestimmung“ der Bewohner arbeiten. Wenn demnach gegen eine pädagogisch begründete und angebotene Möglichkeit selbstbestimmten Lebens seitens der Bewohner Widerstand geleistet wird, „muss mit diesem Widerstand gearbeitet werden.“ Es kann versucht werden, zum einen den Widerstand zu verringern, zum anderen nach den möglichen Ursachen und dem subjektiven Stellenwert zu suchen. Und hier spielen gesellschaftliche und institutionelle Normvorstellungen eine wichtige Rolle nach dem Motto: „Das ist in dieser Welt so“ - beispielsweise selbstständig einzukaufen. „Ambulantisierung“, so von Seiten der Betreuer, „heißt für mich, dass die Bewohner all das, was sie selber können, auch selber machen.“ Dieser wohl begründeten Annahme steht aber oft die biografische Erfahrung vieler Bewohner entgegen, die von einem stationären Versorgungsprinzip geprägt ist. Das heißt, dass allgemein gesehen, viele Bewohner noch nicht oder nur unzureichend die Erfahrung gemacht haben, Auswege aus einer entmündigten Lebensführung angeboten zu bekommen. Sie haben nur wenig Alternativen zu Situationen ihres Lebens kennen gelernt, die sie in die Lage versetzen, überhaupt Entscheidungen fällen zu können. So wichtig also die Möglichkeit, beispielsweise selbstständig einkaufen zu können, auch ist, so wichtig ist es, diese „Normalitätserwartung“ nicht umstandslos in die (pädagogische) Betreuung der Bewohner zu integrieren oder gar als Leitschnur des pädagogischen Handelns zu nehmen. Wie sagt ein Betreuer so treffend: „X. hat ihre eigene Art, sich in der Welt zu bewegen.“

Die Bestimmung der Bedürfnisse und notwendigerweise zu erlernenden Fähigkeiten der Bewohner sollte demnach schrittweise ersetzt werden durch ein Verständnis, das die wie auch immer geäußerten Bedürfnisse der betreuten Menschen versucht, in das subjektive Bedeutungssystem der Bewohner einzubetten, sie ernst zu nehmen und gleichzeitig neue und alternative Bewertungs- und Handlungsräume zu eröffnen. Hierzu bedarf es nicht nur einer spezifischen Haltung der Betreuer und eines theoretisch fundierten Wissens, sondern auch entsprechender Arbeitsbedingungen, die

sowohl Platz bieten für kollektive Reflexionsmöglichkeiten als auch Mittel zur Verfügung stellen, neue und alternative Angebote zu machen und die dafür nötigen Zeitdimensionen zu gewährleisten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auch der Prozess der Ambulantisierung dazu geführt hat, die Sicht der Betreuer stärker auf die einzelnen Bewohner zu richten. Die neue Wohnform der Wohngemeinschaft bietet auf der einen Seite viele neue Möglichkeiten, das Verhältnis von Betreuern zu Bewohnern auf neue Beine zu stellen, stellt aber insbesondere in der Übergangsphase für alle Beteiligten auch eine Herausforderung und Quelle der Verunsicherung dar. Die dabei auftretenden Widersprüche, wie sie u.a. oben beschrieben wurden, können aber - angemessene Bedingungen vorausgesetzt - als Entwicklungschance für alle Beteiligten genutzt werden.

Ergänzend hierzu soll noch ein kritischer Blick auf den Aspekt der **Individualisierung** gerichtet werden: Sowohl im Hinblick auf die Bewohner, aber auch in Bezug auf die Betreuer ist eine Tendenz zur einer Individualisierung erkennbar, die auch hindernden Charakter aufweisen kann. Sie kann dann hindernd sein, wenn sie sich an der gesellschaftlich vorherrschenden Idealisierung des sog. „autonomen“ Individuums orientiert – also eines Menschen, der, nicht auf Kooperation und Unterstützung angewiesen, sein Leben selbstständig und selbstbestimmt zu führen in der Lage ist. Mit diesem Bild läuft man jedoch Gefahr, die sozialen Beziehungen, auf die jeder Mensch angewiesen ist und die damit verbundenen „Abhängigkeiten“, die hier – umgekehrt zur landläufigen Meinung – als Reichtum und Quelle individueller Entwicklung gesehen werden, zu vernachlässigen. Eine mögliche Folge sind soziale Isolation und damit verbundene Einsamkeit, Konkurrenz und Abschottung. Demgegenüber soll hier ausdrücklich die zentrale Wichtigkeit stabiler und vertrauenswürdiger sozialer Beziehungen herausgestellt werden, gleichermaßen wichtig für die Bewohner und die Betreuer. Bezogen auf Erstere bedeutet dies, solidarisches Handeln zwischen den Bewohnern aufzugreifen und zu stärken, bezogen auf Letztere bedeutet dies die Entwicklung vertiefter Kooperation und arbeitsteiligen Vorgehens entsprechend den je individuellen Möglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter.

## 2.7 Zusammenfassung

Die Evaluierung von drei ausgewählten situativen „Bedürfnisportraits“ von Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung Diestelstraße (2.2 - 2.4) zeigt zum einen die Vielfältigkeit der jeweiligen Bedürfnisse, die jedoch teilweise nicht explizit auf den Prozess der Ambulantisierung orientiert sind, sondern vielmehr Zwischenbilder zeigen, die auf komplexe Weise eine Mischung bisher gemachter und aus der aktuellen Situation abgeleiteter Erfahrungen und Bewertungen darstellen. Zum anderen wird daran deutlich, wie wichtig es ist, nicht nur auf sprachlich vermittelte Aussagen zu bauen, sondern – insbesondere bei Menschen mit größerem Unterstützungsbedarf – Handlungszusammenhänge einzubeziehen, um daraus vorsichtige Interpretationen möglicher Bedürfnisse zu formulieren. Eine Fragestellung, die ausdrücklich im Hinblick auf „Ambulantisierung“ gestellt würde, brächte keinen Aufschluss über die subjektive Bewertung der jeweiligen Lebensqualität der Bewohner. Vielmehr wird sehr deutlich, dass abgehoben werden muss auf einen Ambulantisierungsbegriff, der im Wesentlichen als neue Qualität schrittweise die Eröffnung erweiterter und neuer Bedürfnisstrukturen und Handlungsräume aufweist. Dies wird deutlich aus den Ausführungen zu den Wohngemeinschaften (2.5 ). Grundsätzlich ist als verallgemeinerbares Ergebnis der Evaluierung der Zufriedenheit der Bewohner festzuhalten, dass die Tendenz, seitens der Einrichtung eine stärker individuumszentrierte Unterstützung anzubieten, in der Regel zu einer Verbesserung der Zufriedenheit der Bewohner führt. Diese These kann auch aufrechterhalten werden, wenn man sich vor Augen hält, wie komplex die Bewertung von Zufriedenheiten ist. Veränderungen in der Angebotsstruktur, die auf eine Veränderung der beruflichen Haltung der professionellen Mitarbeiter zurückzuführen ist (vgl. 2.6 ), führen auf Seiten der Bewohner zu sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Dass sich die Zufriedenheit der Bewohner einer quantitativen und standardisierter Erfassung entzieht sollte damit deutlich geworden sein.

Die abschließende Auflistung von Bedürfnissen, die auf individuellen „Bedürfnisportraits“ beruht, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung Ende 2008 für alle Bewohner der Einrichtung erstellt wurden, zeigt anschaulich die Vielfältigkeit der konkreten Wünsche der Bewohner zum damaligen Zeitpunkt:

- Konzerte besuchen
- Theater spielen
- Musik machen
- selbstständig kochen
- viel Ruhe haben
- am PC arbeiten
- anderen Menschen helfen
- Malen
- Kinobesuche
- TV und Video sehen
- Urlaubsreisen
- mit anderen Menschen reden
- Spazieren gehen
- Kaffee trinken
- etwas mit den Händen arbeiten
- Ausflüge machen
- Parties besuchen
- Mehr Beratung in der Einrichtung
- die Ausbildung abschließen
- Kochen lernen
- Frauen kennen lernen
- sexuelle Erfahrungen machen
- Schlagzeug spielen
- mehr Zuwendung erhalten
- soziale Kontakte nach außen
- Gute Küche mit Service
- intensive Vorbereitung für Auszug und eigenständiges Leben
- Hilfe beim Aufräumen des Zimmers
- Beratung bei Hygienefragen, Einkauf und Ernährung
- U-Bahn fahren
- Mutter und Freund besuchen
- Post zum Briefkasten bringen
- Unternehmungen mit dem Betreuer
- mit technischen Geräten spielen
- mit Duplo-Steinen spielen
- beim Kochen helfen
- in der Disco flirten
- nach München zu Bayern-München fahren
- in Cafes gehen
- Shoppen gehen
- mit dem Dreirad fahren
- alleine in die Stadt gehen
- fremde Leute ansprechen
- mehr Unterstützung, um sich zu trauen, etwas selber zu machen
- Gäste bewirten
- Besuch erhalten sich im Haus frei bewegen
- Witze hören und selber machen
- ein eigenes Boot und Bootsfahrten auf der Elbe
- Ausstellungen organisieren
- Verantwortung übernehmen

- mehr Einzelgespräche mit dem Betreuer
- Schreiben
- nach eigenem Rhythmus essen
- Unterstützung bei Behördenangelegenheiten
- regelmäßige Gruppentage
- Anleitung zum Wäschewaschen
- Schutz des eigenen Eigentums
- ein harmonisches Zusammenwohnen mit anderen Menschen
- usw.

Die hier skizzierten Bedürfnisse liegen offensichtlich auf sehr unterschiedlichen Ebenen.

Sie reichen von sehr konkreten bis zu grundsätzlichen Bedürfnissen. Anzumerken ist hier, dass es erstens nicht angemessen wäre, hier eine von außen formulierte Rangfolge und Bewertung vorzunehmen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die jeweils subjektive Bedeutung (und deren Hintergründe), die den Bedürfnissen von den Bewohnern zugewiesen wird. Zweitens ist festzuhalten, dass es einen engen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Bedürfnissen und Bedürfnisebenen gibt, der von Individuum zu Individuum sehr unterschiedlich sein kann. Drittens ist von Wichtigkeit, zu erkennen, dass die konkreten Bedürfnisse in vielen anderen grundsätzlichen Themen enthalten sind. Diese Themen bilden die Grundlage für die Formulierung von Entwicklungsthemen im Rahmen individueller Hilfeplanung.

### **3. Individuelle Hilfeplanung (IHP)**

Ein Teilprojekt unserer wissenschaftlichen Begleitung des Ambulantisierungsvorhabens der Pestalozzi-Stiftung Hamburg, Wohngruppen Diestelstraße, bestand in der Weiterentwicklung der Individuellen Hilfeplanung (IHP) in der Einrichtung.

#### **3.1 Theoretische Grundlagen**

Vor dem Hintergrund der Kritischen Psychologie<sup>1</sup> wurde ein subjektwissenschaftlicher Ansatz zur Individuellen Hilfeplanung entwickelt.

Anlass für einen Prozess der Hilfeplanung ist demnach eine (gemeinsame) Problematik in der Lebenspraxis, deren Überwindung von den Betroffenen als notwendig angesehen wird und die mit den bisherigen Möglichkeiten nicht überwunden werden konnte. Da menschliches Handeln immer mit subjektiv guten Gründen geschieht, muss der Verständigungsprozess als zentrales Moment die jeweiligen Begründungen und ihnen zugrunde liegenden subjektiven Bedeutungen und Vorannahmen zum Thema haben. Sind die eigenen Gründe unklar, wird dieser Umstand selbst als Problem behandelt werden müssen. Ebenso kann es notwendig sein, Hypothesen über Begründungszusammenhänge der KlientInnen zu bilden. Dabei geht es oftmals zunächst darum, unverständliche, scheinbar irrationale Handlungen als subjektiv begründete zu rekonstruieren.

Zentral dabei ist die Analyse und Überwindung kurzschlüssiger Zusammenhangsannahmen und damit verbundener eingeschränkter Handlungsfähigkeit, die letztlich die Probleme und ihre Ursachen aufrecht erhält und ungünstige Bedingungen stärkt. Im Kern geht es daher darum, die sozial-materiellen Lebensbedingungen in ihrer jeweiligen Bedeutung als Behinderung und/oder Möglichkeit von Teilhabe herauszuarbeiten, um Erkenntnisse für eine veränderte Praxis zu entwickeln. Die Auswahl der zu bearbeitenden Themen und daraus abzuleitenden Ziele muss von den subjektiven Wünschen und Problemen der Beteiligten ausgehen. Im Zentrum der auf diesen Grundlagen entwickelten Konzeption

---

<sup>1</sup> Klaus Holzkamp 1983: Grundlegung der Psychologie, Ders. 1996: Psychologie: Soziale Selbstverständigung über Handlungsgründe

steht die Herausarbeitung von Entwicklungsthemen der KlientInnen, also subjektiv wichtige Themen, die in Richtung Teilhabeerweiterung und Entwicklung neuer Bedürfnisse verweisen.

## 3.2 Ausgangssituation

Ein einrichtungsinternes schriftliches IHP-Verfahren wird seit 2002 praktiziert. Als Grund für die Einführung wird von der Leitung der Einrichtung eine inhaltliche Neuausrichtung der Einrichtung (Stichwort „Individuumsorientierung“) benannt<sup>2</sup>. Die Individuellen Hilfepläne sollen gegenüber Klienten, Angehörigen und gesetzlichen Betreuern für Transparenz sorgen. Die interne Hilfeplanung wird als Ergänzung zur Hilfeplanung im Rahmen der Antragstellung und Bewilligung verstanden und soll eine fachlichere Auseinandersetzung ermöglichen als dies mittels der Vorgabe der Hamburger Behörde für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie möglich ist. Diese ist als eher defizitorientiert zu beschreiben und soll durch eine ressourcenorientierte interne Planung ergänzt werden. Aus Protokollen der Einrichtung Wohngruppen Diestelstraße und Gesprächen lassen sich zusammenfassend folgende Problembereiche bei der IHP benennen:

- *Planung* („Hilfeplangespräche sind nicht ergiebig“, „Bewohnerin erinnert sich nicht an vereinbarte Ziele“),
- *Durchführung* („keine Zeit für Bearbeitung der Ziele und Austausch im Team“; „Dienstplangestaltung, die sich auf die Gesamtgruppe richtet und nicht auf individuelle Belange“; „Unklarheit, wer für die Durchführung der Maßnahmen zuständig ist“),
- *Evaluation* („Fehlendes Feedback von Kollegen, ob die Umsetzung der Maßnahme funktioniert“; „verabredete Termine zur Überprüfung der Ziele werden nicht eingehalten“).

Die Mitarbeiter äußern Schuldgefühle, da die individuelle Förderung nur mangelhaft

---

<sup>2</sup> Als Datum, das für einen Richtungswechsel der Einrichtung steht, werden drei aufeinander folgende Teamtage im Herbst 2003 benannt: Das Team der Einrichtung formulierte Grundsätze der Arbeit als Ergebnis von Überlegungen aus den Jahren zuvor und als Richtschnur für die Zukunft. Die Grundsätze sind „Selbstbestimmte Lebensgestaltung, Selbstverantwortung, Orientierung an Fähigkeiten, Entwicklungsorientierung, Partnerschaftlichkeit, Außenorientierung/Normalisierung, Parteilichkeit“

umgesetzt würde, und hinterfragen, ob dies überhaupt angesichts der Personalsituation möglich sei. Andere Kollegen heben hingegen hervor, dass die Situation in der Einrichtung im Vergleich zur früheren Zeitpunkten und zu anderen Einrichtungen sehr positiv sei. Als weiteren Grund für den aktuellen Wunsch nach Weiterentwicklung des Verfahrens zur IHP wird angegeben, dass im Laufe der letzten Jahre an den Individuellen Hilfeplänen nicht oder nur wenig gearbeitet wurde. Zu vielen Bewohnern gäbe es keine aktuelle schriftliche Hilfeplanung. Die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen sei gerade in Hinblick auf die Ambulantisierung notwendig.

Vor diesem Hintergrund hat zum Zeitpunkt der ersten Kontakte mit der Einrichtung eine Arbeitsgruppe aus Leitung und MitarbeiterInnen daran gearbeitet, das IHP-Verfahren der Einrichtung weiterzuentwickeln. Bisheriges Ergebnis war, dass die IHPs sich in der Regel an Defiziten der KlientInnen orientierten und weniger deren Stärken im Blick hatten. Insgesamt herrschte Unsicherheit, wie das Verfahren weiterentwickelt werden konnte.

Eine Auswertung der bisherigen Bögen, Handlungsanweisungen zur IHP und von IHP-Berichten aus der Einrichtung zeigten folgende Problematiken, die überwunden werden sollten:

- Es wurde versucht, einen Gesamtüberblick über die KlientIn zu geben, was oftmals zu Vereignschaftungen führte und kaum an die individuellen Bedürfnisse, Probleme oder Wünsche der KlientInnen anknüpfte.
- Ziele waren oftmals so allgemein formuliert, dass sie kaum überprüft werden konnten.
- Indem zuerst verlangt wird, ein Ziel zu formulieren und es anschließend zu begründen, liegen zwei Gefahren: a) Es könnten spontane Ziele lediglich nachträglich gerechtfertigt werden, obwohl der Prozess anders verlaufen müsste: Zunächst wird eine Problematik ergründet, dann dazu Handlungsmöglichkeiten und Ziele formuliert. Damit hängt b) die Gefahr zusammen, dass nicht deutlich ist, dass zu einer Problematik oftmals unterschiedliche Lösungswege entwickelbar sind. Ausgangspunkt sollte daher in der IHP nicht ein Ziel sein, sondern eine Problematik, bei der immer wieder in Frage gestellt werden sollte, welche Ziele sich daraus ergeben könnten.

Eine Analyse anderer IHP-Ansätze und Konzeptionen ließ folgende weiteren Leerstellen und Problematiken und damit auch Anforderungen an Individuelle Hilfeplanung erkennbar werden, die hier lediglich aufgezählt werden und sich nicht in allen analysierten Konzepten<sup>3</sup> finden lassen:

- Orientierung an Defiziten anstatt an Bedürfnissen und darauf bezogenen Bedarfen,
- fehlende Prozessorientierung,
- getrennte Betrachtung verschiedener Lebensbereiche, wobei deren Zusammenhang unthematisiert bleibt,
- Vermischung und damit unkenntlich werden der unterschiedlichen Subjektstandpunkte,
- keine Darlegung der jeweiligen Zusammenhgangsannahmen, die die Ziele und Maßnahmen begründen könnten (teilweise lediglich Ankreuzverfahren),
- Reduktion der Hilfeplanung auf (scheinbare) unmittelbare Ursache-Wirkungszusammenhänge.

### 3.3 Das IHP-Instrument

An dieser Stelle wird nur ein kurzer Überblick über das IHP- Instrument gegeben. Für ausführlichere Informationen und Erläuterungen dienen die im Anhang dokumentierte Handreichung zur Individuellen Hilfeplanung und die dazu gehörigen Formulare.

Am Anfang eines Hilfeplanungsprozesses steht ein zu eröffnender Problemraum, dem man sich über Vorklärungen annähert. Dazu dienen die Bögen 1 – 4:

- **Bogen 1 Wünsche und Themen des/der KlientIn**
- **Bogen 2 Einschätzungen und Themen anderer Menschen**
- **Bogen 3 Beschreibung und Auswertung der alltäglichen Betreuungsarbeit**
- **Bogen 4 Auswertung der bisherigen Arbeit nach IHP**

---

<sup>3</sup> Analysiert wurden folgende Konzepte und Artikel zu Individueller Hilfeplanung: a) Eine Expertise zur Individuellen Hilfeplanung (vgl. Lübke/Beck 2001: 11ff, 18f); b) die Materialsammlung „Die Individuelle Hilfeplanung“ (vgl. Behindertenhilfe Hamburg 2003, besonders Kapitel 1 und 10); der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)(vgl. Aktion Psychisch Krank 2006; Gromann 2002); , Case Management (vgl. Adler 1998), Individuelle Hilfeplanung mit dem Konzept LEWO (vgl. Schwarte/Oberste-Ufer 2001: 114ff); Individuelle Hilfeplanung Rheinland-Pfalz (vgl. MASGFF 2005).

Eine Betrachtung der aktuellen Wünsche der KlientInnen (Bogen 1) und der Einschätzungen weiterer Beteiligter (Bogen 2) sowie die Vergegenwärtigung (Bogen 3) und Auswertung bisheriger Lösungsversuche (Bogen 4) lässt erkennen, welche Themen oder Problemkreise eine besonders hohe Relevanz haben und an die evtl. angeknüpft werden kann.

Zentral in diesem IHP-Ansatz ist die angestrebte Überwindung der häufig getrennten Betrachtung verschiedener Lebensbereiche und einer unmittelbaren „Behandlung“ verschiedener Symptome, ohne die Zusammenhänge zu reflektieren. Mit der Suche nach *Entwicklungsthemen* versuchen wir, den Zusammenhang der verschiedenen Lebensbereiche herzustellen.

Ausgangspunkt im Forschungsprozess war die Beobachtung, dass bei Versuchen, ein Gesamtbild einer Person in der Hilfeplanung zu vermitteln, meist verkürzte und oberflächliche Betrachtungen entstanden („Vereignschaftungen“ und „Personalisierungen“). Wenn jedoch einzelne Aspekte intensiver analysiert wurden, konnten Zusammenhänge erkannt werden, die eine mögliche Umstrukturierung der Praxis sichtbar werden ließen. Daraus schlossen wir, dass die Konzentration auf einige wenige besonders bedeutsame Themen oder Situationen eine tiefere Analyse ermöglicht, die auch den Zusammenhang der verschiedenen Lebensbereiche herstellt.

Als Werkzeuge und zur Dokumentation dieser komplexen Aufgabe haben wir verschiedene Bögen entwickelt, die je nach dem, welches Vorgehen für das jeweilige Betreuungsverhältnis sinnvoll erscheint, genutzt werden können:

- **Bogen E1 Visualisierung**
- **Bogen E2 Analyse der Handlungsmöglichkeiten**
- **Bogen E3 Ressourcenanalyse**
- **Bogen E4 Netzwerkanalyse**
- **Bogen E5 Gesprächsnotizen**

Die herausgearbeiteten Themen sollen anschließend auf dem **Bogen 5 Entwicklungsthemen** notiert werden. Grundsätzlich gilt, dass das Aufgreifen und Vertiefen einiger Themen nicht dazu führen sollte, sich neuen Themen zu verschließen.

Der Prozess der Hilfeplanung darf nicht zu einer Festschreibung auf diese Themen führen, sondern sollte offen bleiben für Entwicklungen.

Anschließend sollen Verabredungen zu konkreten Vorhaben und Zielen getroffen werden (**Bogen 6 Handlungsziele und konkrete Vorhaben**).

Diese Bögen sollten zumindest in der Erstplanung und vor jeder Sozialberichtserstattung bearbeitet werden und bieten so gemeinsam mit den kontinuierlichen Dokumentationen das Material, aus dem dann relevante Elemente in die Berichtsgliederung der Behörde übertragen werden können.

Zur kontinuierlichen Dokumentation wurden verschiedene Dokumentationsbögen entwickelt. Auf weitere perspektivisch zu bearbeitende Fragen, gehen wir unter 4.2 ein.

### **3.4 Verlauf**

Nach erster Auswertung der bisherigen IHP-Praxis in der Einrichtung (siehe 3.2) und der Entwicklung einer eigenen Konzeption und dazu gehöriger Formulare (siehe Anhang) wurde das IHP-Verfahren in einer ersten Phase erprobt, d.h. mit allen KlientInnen wurde die individuelle Hilfe neu geplant und verschriftlicht. Einige IHP-Gespräche wurden dabei begleitet und ausgewertet. Die IHP-Berichte wurden ebenfalls ausgewertet und diesbezüglich Gespräche mit den Mitarbeitern geführt, um die subjektive Bewertung und Verbesserungsvorschläge der Bezugbetreuer, die für die IHP zuständig sind, zu berücksichtigen.

Zu diesem Zeitpunkt standen Vorbereitungen in Bezug auf den Umzug der Einrichtung im Mittelpunkt der Tätigkeiten und eine Weiterarbeit an der IHP-Konzeption wurde als eine zu hohe Belastung für das Team in dieser Phase angesehen, so dass die Arbeit an den IHPs in der Diestelstraße zeitweise zurückgestellt wurde.

Zwischenzeitlich wurden die IHP-Bögen für die ambulanten Hilfen der Pestalozzi Stiftung Hamburg (hauptsächlich PBW und PPM) angepasst. Nachdem der Umzug der Wohngruppen Diestelstraße abgeschlossen war, wurden die Weiterentwicklungen auf den stationären Bereich (zukünftig ambulant betreute Wohngruppen) übertragen und das Konzept intensiv diskutiert. Auf einem Workshop im Januar 2009 wurde das

aktuelle Konzept und die dazugehörigen Bögen vorgestellt und beispielhaft bearbeitet. Die anschließende Umsetzung wurde nicht mehr erneut evaluiert. Dies wird eine der noch anstehenden Aufgaben der Einrichtung sein.

## **4. Zusammenfassende Einschätzung und Perspektive**

### **4.1 Evaluierung der Zufriedenheit der Bewohner**

Die Zufriedenheit der Bewohner hängt von der Güte der institutionellen Angebote und den damit in Beziehung stehenden außerinstitutionellen Handlungsmöglichkeiten ab. Entscheidendes Moment in diesem Verhältnis ist der Grad der subjektiven Teilhabe. Genauer: Das Erkennen, das Interesse und die Realisierung größerer Selbstbestimmung im Hinblick auf die jeweiligen individuellen Bedürfnisse. Dabei stehen zunächst die konkreten Bedürfnisse im Vordergrund, bevor die Möglichkeit der erweiterten Mit- und Selbstbestimmung selbst zu einem Bedürfnis wird. Es ist dabei zu beachten, dass, wenn von individuellen Bedürfnissen gesprochen wird, es sich wohl einerseits um die Bedürfnisse eines einzelnen und einzigartigen Menschen handelt, andererseits der Entwicklung und Realisierung von Bedürfnissen stets ein soziales Verhältnis zu Grunde liegt bzw. ein solches gestiftet wird. Insofern sind die Aussagen über die individuelle Zufriedenheit der Bewohner auch Aussagen über die soziale Qualität ihrer Lebensführung.

Die angestrebte Ambulantisierung der institutionellen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung ist ein längerfristiger Prozess. Sie beginnt nicht mit der Einführung der neuen rechtlichen Bedingungen, sondern bezieht all jene Elemente und Veränderungen der institutionellen Angebote ein, die im Vorfeld getätigt werden und umfasst auch nach der rechtlichen Umformulierung viele Veränderungen und Entwicklungen. Dies betrifft nicht nur die Situation der Bewohner, sondern auch jene der professionellen Mitarbeiter, die Struktur der Institution und hat auch Auswirkungen auf andere bestehende und neu erschlossene Lebensfelder der Beteiligten.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine Momentaufnahme der Zufriedenheit der Bewohner mit der Ambulantisierung unzulänglich ist, weil damit Prozesse, Zusammenhänge und Widersprüche nicht erfasst werden. Verallgemeinerungen, die über die Bewertung der individuellen Situation hinausgehen, können ebenso nur den Charakter vorsichtiger Interpretationen haben wie auch Aussagen zur Zufriedenheit der einzelnen Bewohner aufgrund der gegebenen Deutungsunterschiede der Beteiligten.

Die folgenden Aussagen über die Zufriedenheit der Bewohner im Rahmen der angestrebten Ambulantisierung beruhen auf der langfristigen Begleitung der Institution Diestelstraße und den o.a. vielfältigen Aktivitäten der wissenschaftlichen Begleitung in der Einrichtung, im besonderen auf intensiven Gesprächen (Einzel- und Gruppeninterviews) mit einzelnen Bewohnern, Mitarbeitern und Zusammenkünften auf Wohngemeinschaftsebene sowie deren Inhaltsanalyse. Verallgemeinerbare Aussagen aus den drei dargestellten individuellen Bedürfnisportraits werden dabei berücksichtigt.

Im Folgenden werden Aspekte genannt, die u.E. grundsätzlichen und verallgemeinerbaren Charakter haben und als generelle Einschätzung auch perspektivische Empfehlungen beinhalten:

### *1. Teilhabe*

Wie aus dem Ansatz der wissenschaftlichen Begleitung hervorgeht, ist Teilhabe der betreuten Menschen eine Schlüsselkategorie. Die Selbst- bzw. Mitbestimmung enthält wohl die Potenz, individuelle Bedürfnisse zu formulieren, Teilhabe bekommt aber auch einen eigenständigen Stellenwert innerhalb der Lebensbedürfnisse. Daher ist auch in den kleinsten Situationen des alltäglichen Lebens innerhalb und außerhalb der Einrichtung besonderes Augenmerk darauf zu richten, inwiefern Möglichkeiten der Bestimmung darin enthalten bzw. gestärkt werden können.

### *2. Kommunikation*

Die Zufriedenheit der betreuten Menschen ist nicht nur ein Kennzeichen individueller Sicht, sondern eingebettet in soziale Bezüge. Bedürfnisse entstehen in der Regel aus sozialen Zusammenhängen und können in der Regel in diesen oder erweiterten

Beziehungsstrukturen befriedigt werden. Insofern spielt die Kommunikation zwischen den Menschen eine wesentliche Rolle. Wird angestrebt, neue und erweiterte Lebenssituationen zu entwickeln, bedarf es hierzu auch oft neuer Kommunikationsformen wie z.B. in der neu eingeführten Form der Wohngemeinschaft.

### *3. Prozesshaftigkeit*

Wie bekannt und auch aus der wissenschaftlichen Begleitung deutlich wurde, bedarf die Entwicklung erweiterter und neuer Situationen oft längerer Zeiträume. Sie ist überdies insofern komplex, als damit andere vorhandene Bedürfnisse tangiert und ggf. auch verändert werden bzw. einen neuen subjektiven Stellenwert erhalten. Dass dabei oft Sackgassen betreten, Widerstände aufgebaut werden und Abbrüche passieren liegt in der Natur der Entwicklungs-Sache. Neue Schritte bringen in der Regel ein gewisses Risiko, das sich z.B. in Form von Ängsten und Unsicherheiten, bisweilen auch in der resignativen Abkehr ehemals formulierter Bedürfnisse ausdrückt. Hier ist insbesondere den möglichen familiären und institutionellen Ursachen dieser Unsicherheiten nachzugehen und es sind auch Bereiche außerhalb der Einrichtung zu berücksichtigen.

### *4. Abkehr von Stereotypen*

Im Laufe langfristiger Betreuungen stellt sich oft eine Routine her, die dazu führt, bestimmte Äußerungen, Situationen etc. eindeutig zu bewerten. Im Rahmen von Veränderungen können diese Aspekte aber einen anderen subjektiven Stellenwert bzw. Inhalt bekommen und eine subjektiv andere Bedeutung erlangen. Einschätzungen aufgrund von Routine und langer Kenntnis ist daher besonders im Zuge von Veränderungsprozessen mit besonderer Vorsicht zu begegnen. Sie machen eine reflektierte Überprüfung im Hinblick auf mögliche neue Bedeutungszuweisungen der Beteiligten erforderlich.

### *5. Ambulantisierung als Konzept*

Der hier vertretene Begriff von Ambulantisierung unterscheidet sich grundsätzlich von der Zielsetzung, behinderte Menschen „zu ambulantisieren“. Damit wird eine von der sozialpolitischen Ebene formulierte und von den Trägern und Institutionen übernommene Position eingenommen, die vom Außenstandpunkt argumentiert.

Ambulantisierung ist dagegen als ein Konzept zu nutzen, dass den Beteiligten Menschen erweiterte Handlungsräume auf der Basis ihrer Bedürfnisse ermöglicht.

#### *6. Subjektorientierung statt „Normalität“*

In der Regel wird versucht, behinderte Menschen an eine Normalität heranzuführen, wie sie gesellschaftlich vorherrscht. Das macht sich z.B. daran fest, Lebensaktivitäten wie Einkaufen, Kochen, Putzen usw. in den Mittelpunkt pädagogischer Bemühungen zu stellen. So wichtig diese Kompetenzen auch sind, so wird oft dabei übersehen, dass - in diesem Fall behinderte - Menschen möglicherweise eine ganz andere Vorstellung von Lebensqualität haben und diesen Versuchen oft Desinteresse oder Widerstand entgegensetzen. Demgegenüber können Bedürfnisse, die scheinbar unwichtig oder sogar abwegig erscheinen, entweder als geringwertig eingestuft oder auch übersehen werden. Wir plädieren hier dafür, grundsätzlich alle Bedürfnisse, die von den betreuten Menschen formuliert werden, ernst zu nehmen und darüber hinaus zu versuchen, neue Formulierungsmöglichkeiten zu entwickeln und die von ihnen ausgedrückten Bedürfnisse als Ausdruck ihres gesamtheitlichen Lebenszusammenhanges und ihrer Biografie zu verstehen.

#### *7. Gesamtheitlichkeit des Lebens*

Das Leben der in den Institutionen betreuten Menschen besteht auch aus anderen wichtigen Lebensbereichen wie z.B. den der Familie, der (betreuten) Arbeit, Aktivitäten in der Freizeit usw. Zwischen den Bereichen gibt es enge wechselseitige Zusammenhänge, die – genutzt – oft die Möglichkeit beinhalten, die Qualität der Lebensbereiche wechselseitig zu stärken und zu erweitern. Dabei ist die Genese gesellschaftlicher und institutioneller Behinderung zu überprüfen und möglichst zu reduzieren.

#### *8. Zentrierung auf das Individuum*

Vor dem Hintergrund der laufenden Ambulantisierung ist festzustellen, dass diese von verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich beurteilt wird. Während es für die Einen eine Möglichkeit darstellt, größere Teilhabe zu erlangen, ist es für Andere eher eine Quelle der Angst und Unsicherheit, sich mit eigenen Entscheidungsmöglichkeiten auseinandersetzen zu müssen. Diesem Umstand ist Rechnung zu tragen und davon auszugehen, dass grundsätzlich jeder Mensch daran interessiert ist, das eigene Leben

so weit wie möglich selbst zu bestimmen und damit zusammenhängende Ängste im Hinblick auf ihre möglichen Ursachen mit den beteiligten Menschen zu prüfen sind. Insofern ist das wechselseitige Verhältnis von individuellen Möglichkeiten und allgemeinen Angeboten und Orientierungen für alle Bewohner stets dahingehend zu prüfen, ob dabei nicht individuelle Besonderheiten und Möglichkeiten vernachlässigt werden.

Konkret für die Einrichtung Diestelstraße bedeutet dies beispielsweise folgendes:

- 1) Wird im Rahmen der Unterstützungsleistungen unterschieden in a) „Basisdienste“, in denen Angebote gemacht werden, die zur Befriedigung von „Grundbedürfnissen“ bewertet werden und b) „pädagogische Angebote“, die eine eher themenspezifische Unterstützung bieten sollen, so besteht die Gefahr, zugunsten dieser Grundbedürfnisse Wünsche und Entwicklungsmöglichkeiten der Bewohner zu vernachlässigen, die (auch) die Chance einer nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität beinhalten. Hinzu kommt, dass in vielen Regelsituationen des Alltags Zugänge zu anderen, darüber hinausgehenden Bedürfniskonstellationen enthalten sind.
- 2) Die neue Form der Wohngemeinschaft führt zu neuen Formen kollektiver und kooperativer Unterstützungsleistungen, in denen aber die jeweiligen individuellen Bedürfnisse aufgehoben und nachvollziehbar sein müssen.

Der Gefahr, die mit einer lediglich auf das Individuum orientierten Haltung verbunden ist und die zu Personalisierungen, Vereinschaftungen und sozialer Isolation führen kann, sollte durch eine Angebotstruktur begegnet werden, in der die Stärkung und Erweiterung sozialer Beziehungen ein hoher Stellenwert eingeräumt wird.

### *9. Institutionelle Umorganisation*

Mit der Orientierung auf die Wohngemeinschaften entsteht auch die Notwendigkeit und Möglichkeit, den Dienstplan umzugestalten. Hier ist auf den Widerspruch zu verweisen, der im Verhältnis zwischen der Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Bewohner und den Wünschen der Mitarbeiter (z.B. Wochenenddienste) liegen kann.

### *10. Qualifizierung*

Auch für die professionellen Mitarbeiter bringt die Ambulantisierung neue Situationen und damit auch Ängste und Unsicherheiten. Diesem Tatbestand ist durch effektive Qualifizierung zu begegnen, die sowohl innerhalb der Institution als auch darüber hinausgehend angeboten werden sollte. An dieser Stelle soll auf die Möglichkeit der sog. „Praxisforschung“ hingewiesen werden, die von den vor Ort in der direkten Praxis tätigen Menschen ggf. in Zusammenarbeit mit wissenschaftlich qualifizierten Mit-Forschern und in Kooperation mit den Bewohnern der Einrichtungen umgesetzt werden kann. Hier ist vor allem die Zusammenarbeit mit Verbänden der Interessensvertretung behinderter Menschen notwendig.

### *11. Konzepte*

Als Orientierung sind vor allem im Zuge von angestrebten Veränderungen Konzepte als Orientierung zu entwickeln, die gleichzeitig flexibel und fortschreibbar sind. Dies reicht von der Landesebene über die Ebene der Träger bis in die jeweilige Institution und sollte auch Teil einer Qualifizierungsoffensive sein.

### *12. Finanzielle Mittel und sozialpolitische Verantwortung*

Es sollte deutlich geworden sein, dass das Ernstnehmen der Bedürfnisse der betreuten Menschen, die Suche nach neuen Bedürfnissen, das Erschließen neuer offener Handlungsräume usw. sowohl eine flexible Unterstützungsstruktur erfordert und die Veränderung nicht nur sozialer sondern auch materieller Bedingungen als auch hinsichtlich der notwendigen Zeitdimension eine Intensivierung und erhebliche Vergrößerung der notwendigen Unterstützungsaktivitäten erforderlich macht. Dies verweist auf die Notwendigkeit, bei Bedarf mehr finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen und damit der mit dem Konzept der Ambulantisierung formulierten sozialen Verantwortlichkeit zu entsprechen. Dies betrifft in erster Linie die Gefahr, dass Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf aus dem Ambulantisierungsprozess herausfallen und sich somit ein Zwei-Klassen-System herstellt. Vor diesem Hintergrund ist das Bestreben der Einrichtung Diestelstraße, ALLE unterstützungsbedürftige Menschen in das Ambulantisierungskonzept zu integrieren, besondere Wertschätzung entgegenzubringen.

## 4.2 Individuelle Hilfeplanung (IHP)

Erarbeitet wurden bisher ein Konzept zur IHP und eines entsprechenden IHP-Berichts sowie Möglichkeiten zur Dokumentation. Ferner wurde eine erläuternde Handreichung zur Verfügung gestellt (siehe Anhang). Aus jetziger Sicht sollten noch folgende Aspekte bearbeitet werden:

### *1. Begleitung und Unterstützung*

Die Individuelle Hilfeplanung sollte eng von der Leitung oder einer dazu beauftragten Kraft begleitet und unterstützt werden, um Unsicherheiten und Fortbildungsbedarf erkennen zu können.

### *2. Regelmäßige Auswertung*

Um das IHP-Verfahren den sich ändernden Bedingungen anzupassen und in der Praxis auftretende Schwierigkeiten zu erkennen, sollten alle Ebenen der Individuellen Hilfeplanung kontinuierlich ausgewertet werden.

### *3. Integration der IHP-Instrumente in den Alltag*

Ein wichtiges Kriterium dieser Auswertungen wird sein, ob sich die IHP als ein alltägliches Arbeitsinstrument bewährt, oder ob es eine Sonderstellung erhält und in der alltäglichen Praxis nur eine geringe Rolle bei der Weiterentwicklung der einzelnen Betreuungsarbeit spielt.

### *4. Zusammenhang zwischen Erstgesprächen und der IHP*

Bereits die Erstgespräche führen zu einer ersten IHP, die auch dokumentiert werden sollte. Dabei erscheint es uns besonders wichtig, die Gründe für die Aufnahme des Betreuungs-/Wohnverhältnisses von allen Beteiligten zu dokumentieren. Im Zusammenhang der notwendigen Weiterentwicklung des Dokumentationssystems könnte auch darüber nachgedacht werden, welche persönlichen Daten erhoben werden sollten.

### *5. Dokumentation*

Auch die mit der IHP eng zusammenhängende Dokumentation muss kontinuierlich auf ihre Praxistauglichkeit ausgewertet werden.

*6. Rhythmus der IHP-Berichte / zeitliches Verhältnis zum Bericht für die Behörde*

Bisher ist nicht eindeutig geklärt, in welchem Rhythmus die IHP-Berichte neu geschrieben werden sollen. Sinnvoll ist sicherlich auch eine zeitliche Koppelung an die Anträge und Berichte zur Weiterbewilligung sowie Gesamtplankonferenzen und die IHP-Gespräche mit den Kostenträgern.

*7. Wann und wie finden IHP-Gespräche statt – eindeutige Regelung in der Einrichtung*

Welchen Stellenwert offizielle IHP-Gespräche haben sollen oder wie anderweitig die Partizipation der BewohnerInnen gesichert wird, ist noch nicht geklärt. Auch wer regelhaft an IHP-Gesprächen teilnehmen soll oder ob diese Entscheidung individuell getroffen und begründet werden muss, ist noch offen.

*8. Konzept der Einrichtung zur IHP*

Insgesamt erscheint es sinnvoll, dass die Einrichtung ein Konzept zur IHP erstellt, in dem der aktuelle Stand und Regelungen dokumentiert sind und auch nach Außen hin sichtbar gemacht werden können.

## 5. Literaturhinweise

- Bader, Kurt** 1985: Viel Frust und wenig Hilfe. Bd. 1: Die Entmystifizierung Sozialer Arbeit. Dritte Auflage 1993. Weinheim, Basel
- Bader, Kurt** 1989: Subjektwissenschaftlich begründete Arbeitsanalysen. In: Berlage/Fehre (Hg.): Praxisforschung zwischen Intuition und Institution. Tübingen, S. 99 – 109
- Bader, Kurt** 1990: Viel Frust und wenig Hilfe. Bd. 2. Methoden der Analyse Sozialer Arbeit. Weinheim, Basel
- Bader, Kurt** 2002: Alltägliche Lebensführung und Handlungsfähigkeit. In: Bader/Ludewig/Rauthe/Woznoik u.a.: AlltagsTräume. Bonn, S. 11 – 61
- Dörner, Klaus** 2004: Das Handeln psychosozialer Profis. Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld. In: Soziale Psychiatrie 3/2004, S. 37 - 42
- Feuser, Georg** 1995: Die Lebenssituation geistig behinderter Menschen. In: fib e.V. (Hg.): Leben auf eigene Gefahr. Geistig Behinderte auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Leben
- Freire, Paulo** 1973: Pädagogik der Unterdrückten. Hamburg
- Forschungsprojekt Lebenswelten** 2006: Zu Hause sein im Fragen. Ein ungewöhnlicher Forschungsbericht. Paranus, Neumünster
- Goffman, Erving** 1973: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.
- Hoehne, Rainer** 2003: Ein rückwärtsgewandter Blick grenzt ein. In: Bremische Evangelische Kirche (Hg.): Gemeinsamkeit macht stark, Unterschiedlichkeit schlau. Bremen
- Hoehne, Rainer** 2008: Autistische Menschen im Zusammenhang. In: Müller-Teusler (Hg.): Autistische Menschen, Leben in stationärer Betreuung, St.-Lambertus, Freiburg
- Holzcamp, Klaus** 1985: Grundlegung der Psychologie. Frankfurt a. M./ New York

- Holzkamp, Klaus** 1993: Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung. New York. Zit. n. Studienausgabe 1995
- Holzkamp, Klaus** 1995: Alltägliche Lebensführung als subjektwissenschaftliches Grundkonzept. In: Das Argument 212, Berlin: S. 817 – 846
- Holzkamp, Klaus** 1996: Manuskripte zum Arbeitsprojekt „Lebensführung“. In: Forum Kritische Psychologie 36. Berlin, S. 7 – 110
- Köbberling, G./ Lux, V.** 2007: Evaluation psychosozialer Praxis zwischen Konformitätsdruck und Praxisreflexion. Unveröffentlicht, vorgesehen für: Forum Kritische Psychologie 51
- Jantzen, W./ Lanwer-Koppelin, W. (Hg):** 1996: Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Wissenschaftsverlag Spies, Berlin
- Jantzen, Wolfgang** 2005: "Es kommt darauf an, sich zu verändern ...": Zur Methodologie und Praxis rehistorisierender Diagnostik und Intervention. Psychosozial-Verlag
- Lübbe, A./ Beck, I.** 2002: Individuelle Hilfeplanung. Anforderungen an die Behindertenhilfe. Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. (Hg.), Hamburg, Düren
- Müller-Kohlenberg, Hildegard** 2004: Jenseits der „Neutralität“. Empowerment-Evaluation, der transformativ/emanzipative Ansatz und die Rolle von Adressaten und Evaluationsteam. In: Beckmann, Christof u.a. (Hg.): Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle. Wiesbaden, S. 369 – 378
- Nadolny, Sten** 1983: Die Entdeckung der Langsamkeit, Piper Verlag, München
- Oelrich, G./ Schaarschuch, A.** 2005: Vom Nutzen Sozialer Arbeit. Die Perspektive der Klienten muss in den Mittelpunkt gerückt werden. In: Blätter der Wohlfahrtspflege/2005, S. 211 - 214
- Schaarschuch, A./ Schnurr, S.** 2004: Konflikte um Qualität. Konturen eines relationalen Qualitätsbegriffs. In: Beckmann, Christof u.a. (Hg.) 2004: Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle. Wiesbaden, S. 309 - 324
- Scheu, Bringfriede** 1996: Subjektbezogene Evaluation. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1+2/96, S. 26 - 27

- Schwarte, N. /**  
**Oberste-Ufer, R.**      2001:      LEWO II. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrument für fachliches Qualitätsmanagement. Marburg
- Weber, Jochen**      2000:      Helfen in Freiheit. Hannah Arendts Handlungsverständnis als Konzepts helfenden Handelns. In: Widersprüche Heft 77, Bielefeld