



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

KVJS

Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe

**Erfahrungsberichte aus
den Modellprojekten
2008 bis 2010**



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Projekte aus dem Themenbereich Alltagsgestaltung für den Personenkreis der Seniorinnen und Senioren mit geistiger Behinderung vor und nach Eintritt in den Ruhestand	4
Baustein 1.1 und 1.2 – Erfahrungsbericht der Stadt Stuttgart	5
Baustein 1.1 und 1.2 – Erfahrungsbericht des Landkreises Esslingen	9
Baustein 1.2 – Erfahrungsbericht der Stadt Ulm	14
Abschlussbericht des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) zu Baustein 1.1 und 1.2	15
Projekte aus dem Themenbereich Stärkung der Selbständigkeit im eigenen Wohnraum	33
Baustein 2.3 – Erfahrungsbericht des Enzkreises	34
Baustein 2.3 – Erfahrungsbericht des Landkreises Waldshut	39
Baustein 2.3 – Erfahrungsbericht des Landkreises Reutlingen	42
Abschlussbericht der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg zu Baustein 2.3	47
Projekte aus dem Themenbereich Flexibilisierung von ambulanten und stationären Wohnformen im Hinblick auf personenzentrierte Hilfen	81
Baustein 2.1 – Erfahrungsbericht des Bodenseekreises	82
Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bausteins 2.1	87
Baustein 2.4 – Erfahrungsbericht des Landkreises Esslingen	94
Abschlussbericht des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) zu Baustein 2.4	97
Projekt aus dem Themenbereich Netzwerkbildung im Sozialraum	132
Baustein 2.2 – Erfahrungsbericht der Stadt Stuttgart	133
Abschlussbericht des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) zu Baustein 2.2	135
Zum Weiterlesen	151

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

der erste Bauabschnitt der Modellprojekte „Neuen Bausteine in der Eingliederungshilfe“ ist abgeschlossen, der Bau hat sich erhoben. Mit Praxis „bezogen“ wurden alle Projekte, einige haben der Praxis gut standgehalten, andere mussten noch etwas umgebaut werden. Mit dieser Dokumentation lässt Sie der KVJS an den Erfahrungen und Ergebnissen der Modellprojekte Neue Bausteine teilhaben.

Die Gremien des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg stellten im Jahr 2007 eine halbe Million Euro zur Verfügung, um den Stadt- und Landkreisen zu ermöglichen, neue innovative Projekte in der Eingliederungshilfe zu erproben. Sieben Kreise haben die Gelegenheit genutzt, um gemeinsam mit Kooperationspartnern vor Ort neue kreative Ideen in zwölf Projekten umzusetzen.

Ausgangspunkt für die mehrjährigen Modellprojekte war die Tatsache, dass die Träger der Eingliederungshilfe in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen stehen. Aufgrund der schwierigen Finanzsituation und der stetig steigenden Sozialleistungsquote ist wenig Spielraum für Leistungserweiterungen möglich. Gleichzeitig wurden durch die Forderung nach Inklusion und die Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung hohe Maßstäbe und Ziele gesetzt. Neue, kreative Lösungen sind also gefragt, die

es ermöglichen, den Paradigmenwechsel im gegebenen Kostenrahmen umzusetzen.

Projekträger waren die jeweiligen Kreise, die sich mit Kooperationspartnern vor Ort zusammengeschlossen haben. Die Projekte lassen sich folgenden Erprobungsschwerpunkten zuordnen:

- Alltagsgestaltung für den Personenkreis der Seniorinnen und Senioren mit geistiger Behinderung vor und nach Eintritt in den Ruhestand
- Flexibilisierung von ambulanten und stationären Wohnformen im Hinblick auf personenzentrierte Hilfen
- Stärkung der Selbständigkeit im eigenen Wohnraum
- Netzwerkbildung im Sozialraum.

Die Projekte wurden alle wissenschaftlich begleitet und auf ihre Wirksamkeit und Übertragbarkeit auf andere Stadt- und Landkreise untersucht. Die wissenschaftlichen Ergebnisse können Sie gepaart mit den Erfahrungsberichten der jeweiligen Kreise in dieser Dokumentation nachlesen.

Der KVJS hofft, dass Sie für Ihre Arbeit von den gemachten Erfahrungen profitieren und Anregungen für eigene „Bauvorhaben“ bekommen können. Nachahmungen sind ausdrücklich erwünscht!

Landrat Karl Röckinger
Verbandsvorsitzender

Senator e. h. Prof. Roland Klingler
Verbandsdirektor



Projekte aus dem Themenbereich Alltagsgestaltung für den Personenkreis der Seniorinnen und Senioren mit geistiger Behinderung vor und nach Eintritt in den Ruhestand

Baustein	Durchführender Kreis	Kooperationspartner	Zielgruppe	Ziele	Wissenschaftliche Begleitung
1.1 a,b Erarbeitung eines modellhaften Seminarangebots zur Vorbereitung auf den Ruhestand	Stadt Stuttgart und Landkreis Esslingen	Evang. Akademie Bad Boll/Treffpunkt Senior Stuttgart Stuttgarter Werkstätten der Lebenshilfe GmbH Neckartalwerkstätten, Caritas Stuttgart Behindertenzentrum Stuttgart e.V	Senioren mit einer geistigen Behinderung, die kurz vor ihrem Ruhestand in der WfbM stehen	Zugänge zur Regelversorgung schaffen, Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) Prof. Paul-Stefan Roß, Prof. Thomas Meyer
1.2 a,b,d Erschließung von Regelangeboten des Sozialraums für Senioren mit geistiger Behinderung	Stadt Stuttgart Landkreis Esslingen Stadt Ulm	Behindertenzentrum Stuttgart e.V. Lebenshilfe Stuttgart Neckartalwerkstätten, Caritas Stuttgart AWO Begegnungsstätte Fasanenhof Lebenshilfe Esslingen Kirchengemeinde St. Bernhard AG West Sozialzentrum Wiblingen Lebenshilfe Ulm Club Körperbehinderte und ihre Freunde Ulm LWV-Eingliederungs GmbH, Tannenhof	Senioren mit geistiger Behinderung, nach ihrem Ausscheiden aus der WfbM	Zugänge zur Regelversorgung schaffen, Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) Prof. Paul-Stefan Roß, Prof. Thomas Meyer
1.2 c Öffnung der Angebote des Leistungstyps I.4.6 für Senioren aus dem Sozialraum	Landkreis Esslingen	Lebenshilfe Esslingen Kirchengemeinde St. Bernhard	Senioren im Sozialraum	Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) Prof. Paul-Stefan Roß, Prof. Thomas Meyer

Baustein 1.1 und 1.2 – Erfahrungsbericht der Stadt Stuttgart

Renate Metzger

Die Sozialverwaltung der Landeshauptstadt Stuttgart befasste sich in zwei Projekten (Baustein 1.1a und 1.2a) mit der Frage, wie ältere Menschen mit Behinderung Zugang zu dem Regelangebot erhalten können, das allen Stuttgartern im Alter zur Verfügung steht. Die Projektinhalte greifen die Handlungsempfehlungen aus dem Teilhabeplan „Wohnen und Tagesstruktur für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in Stuttgart“ (GRDRs 481/2008, unter www.stuttgart.de verfügbar) auf.

Das Anliegen älterer Menschen mit Behinderung und die planerische Aufgabe, flexible Tagesstrukturangebote für diesen Personenkreis zu schaffen, hat die Landeshauptstadt Stuttgart aufgegriffen und mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Projektmittel federführend die Bausteine 1.1a „Entwicklung und Erprobung eines Kursangebotes für ältere Werkstattbeschäftigte zur Vorbereitung auf den Ruhestand“ und 1.2a „Erschließung von Begegnungsstätten als Regelangebot des Sozialraums für ältere Menschen mit geistiger Behinderung“ in Kooperation mit dem Landkreis Esslingen und der Stadt Ulm durchgeführt.

Kursangebot für ältere Werkstattbeschäftigte (Baustein 1.1a)

Mit der Entwicklung des Kursangebotes für ältere Werkstattbeschäftigte wurde im Oktober 2008 begonnen. Die Erprobung dieses Bausteins konnte im Juni 2009 erfolgreich abgeschlossen werden.

Angelehnt an ein seit vielen Jahren bestehendes Angebot zur Vorbereitung auf die nachberufliche Phase für ältere Arbeit-

nehmer, hat der Treffpunkt Senior im Auftrag der Stuttgarter Sozialverwaltung und in Zusammenarbeit mit Fachkräften der Behindertenhilfe aus Stuttgart und Esslingen ein Kursangebot für ältere Werkstattbeschäftigte entwickelt und erfolgreich erprobt.

Von Februar 2009 bis Juni 2009 haben 15 ältere Beschäftigte im Alter zwischen 58 und 65 Jahren aus den fünf Stuttgarter Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sowie aus Esslinger Werkstätten an zwei Wochenendseminaren und sieben dazwischen liegenden Kurseinheiten teilgenommen (vgl. Programm in Anlage 1a zu GRDRs 1190/2009 – Bericht über das KVJS-Projekt „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“). Die dabei gemachten Erfahrungen sind in einem Projektbericht dokumentiert (vgl. Anlage 1b zu GRDRs 1190/2009 – Bericht über das KVJS-Projekt „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“).

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde festgestellt, dass dieses Angebot für Menschen mit Behinderung für die Lebensgestaltung in der nachberuflichen Phase eine hohe Bedeutung hat und deshalb auch nach der Projektlaufzeit zur Verfügung stehen sollte. Für die Vermittlung und Verinnerlichung der Kursinhalte sind insbesondere Menschen mit Behinderung und mit hohem Unterstützungsbedarf auf eine entsprechende Zahl an Fachkräften angewiesen. Zeitlich sollte das Kursangebot circa sechs Monate vor dem Eintritt in den Ruhestand stattfinden.

Neun Monate nach Abschluss des Kurses wurden ausgewählte Teilnehmende erneut befragt. Dabei wurde festgestellt,



dass die Sensibilisierung für das Thema Ruhestand gelungen ist, weil ein Ersatz für die Arbeit in der WfbM gesucht wird. Die Angst, nach dem Ausscheiden aus der WfbM keine Aufgabe und Tagesstruktur zu haben, und der Wunsch nach Freizeitaktivitäten und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, bleiben bestehen. Einzelne Teilnehmende wünschten sich eine ehrenamtliche Tätigkeit.

Seit Juni 2010 begleiten Menschen mit Behinderung und Angehörige von Menschen mit Behinderung im Stuttgarter Beirat Inklusion – Miteinander Füreinander die für sie relevanten sozialplanerischen Entscheidungen. In seiner Stellungnahme formuliert der Beirat Inklusion, dass es für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung im Alter sehr wichtig ist, eine Begleitung zu haben. Die individuelle Situation im Alter wird unterschiedlich eingeschätzt, aber „wenn man fit bleibt, ist es gut, solche Angebote zu nutzen“.

Öffnung von Begegnungsstätten als Regelangebot des Sozialraums für Senioren mit geistiger Behinderung (Baustein 1.2a)

Begegnungsstätten für ältere Menschen halten bereits verschiedene Angebote vor, die auch für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung zur Tagesstrukturierung geeignet sind. Begegnungsstätten sind wohnortnah, mit dem öffentlichen Personennahverkehr gut zu erreichen, bieten einen Mittagstisch sowie niedrigschwellige Angebote zu Bewegung, Kreativität und Unterhaltung. Viele Einrichtungen halten außerdem einen Hol- und Bringdienst vor.

In der Landeshauptstadt Stuttgart wurden mit Hilfe der Projektmittel die Zugangsmöglichkeiten am Beispiel der Begegnungsstätte der Arbeiterwohlfahrt

im Stadtteil Fasanenhof erprobt. Aus der WfbM des Behindertenzentrums e. V. im Stadtteil Fasanenhof besuchte eine Gruppe von sechs Beschäftigten im Alter zwischen 59 und 64 Jahren wöchentlich die Begegnungsstätte. Die begleitende Fachkraft gestaltete ein inklusives Spielangebot, zu dem neben der Gruppe aus der WfbM, Besucher der Begegnungsstätte eingeladen waren. Der Besuch der Gruppe aus der WfbM wurde im Begegnungsstättenprogramm angekündigt.

Aus den WfbM der Lebenshilfe e. V. kamen zwei Beschäftigte im Alter von 64 Jahren, die von einer Fachkraft zu einem Regelangebot in die Begegnungsstätte Fasanenhof begleitet wurden. Im Verlauf des Projektes nutzten beide Personen auch andere Angebote der Begegnungsstätten. Beide Personen entschieden sich schließlich zur regelmäßigen Teilnahme am Handarbeitskreis in der Begegnungsstätte Pfostenwäldle im Stadtbezirk Feuerbach, in dem auch beide leben. Seit Abschluss des Projektes nehmen sie ohne die Begleitung am Angebot teil. Die Handarbeitsgruppe hat beide Personen aufgenommen.

Die am Projekt beteiligten Menschen mit Behinderung aus der WfbM des Behindertenzentrums e. V. besuchen das Spielangebot weiterhin. Die Personalkosten für die Fachkraft des Behindertenzentrums, die das Angebot weiterhin leitet, werden zur Zeit aus Spendenmitteln des Behindertenzentrums e. V. finanziert. Mittlerweile nehmen Menschen mit und ohne Behinderung in einem ausgewogenen Verhältnis am Gruppenangebot teil.

Bewertung der Projektergebnisse

Ältere Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung sind in hohem Maße auf ein verlässliches Tagesstrukturangebot und auf feste Ansprechperso-

nen angewiesen. Die Begegnungsstätten bieten verschiedene tagesstrukturierende Elemente und eine regelmäßig anwesende Fachkraft als Ansprechperson.

Die einzelnen Angebote werden allerdings von Honorarkräften oder Ehrenamtlichen verantwortet und sind nicht auf die Bedarfe älterer Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung zugeschnitten. Auch inklusive Angebote für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung erfordern daher die Anwesenheit einer Fachkraft der Behindertenhilfe. Die Fachkräfte aus den beiden Disziplinen, Behinderten- und Altenhilfe, haben die gemeinsame Aufgabe, die Interessen verschiedener Besuchergruppen zu vermitteln und um Verständnis zu werben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch weitere Gruppen wie Menschen mit demenziellen oder psychischen Erkrankungen bereits die Aufmerksamkeit der Fachkraft der Altenhilfe benötigen.

Möchten Menschen mit behinderungsbedingtem Unterstützungsbedarf die Regelangebote einer Begegnungsstätte besuchen, in der nur eine Fachkraft als Ansprechperson für alle Besucher zur Verfügung steht, benötigen sie eine persönliche Assistenz. Es wird im Gegensatz dazu davon ausgegangen, dass die Teilnahme an einem von einer Fachkraft der Behindertenhilfe geleiteten inklusiven Angebot ohne individuelle Begleitung möglich ist. Natürlich können einzelne Menschen mit Behinderung und geringem Unterstützungsbedarf die bestehenden Angebote der Begegnungsstätten auch alleine wahrnehmen.

Die Mitglieder des Beirats Inklusion – Miteinander füreinander haben sich zur Situation im Ruhestand geäußert: „Im Ruhestand ist es vielen Menschen mit Behinderung langweilig. Sie haben keine passenden Angebote und sitzen für sich alleine in den

Wohnbereichen. Nach der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) sollte ein Angebot gestaltet werden, wo die älteren Menschen mit Behinderung sich treffen und etwas gemeinsam unternehmen können. Im Gegensatz zur WfbM sollte die Nutzung aber nicht verpflichtend sein (an 5 Wochentagen), sondern persönlich und teilweise auszuwählen.“

Fazit

Sowohl die Weiterführung des Kursangebotes als auch der Zugang zu Begegnungsstätten geben Senioren mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung die Möglichkeit, sich im neuen Lebensabschnitt zurecht zu finden und an Angeboten des Gemeinwesens teilzunehmen. Aus den Projektergebnissen der Bausteine 1.1a und 1.2a leitet die Sozialplanung des Sozialamtes der Landeshauptstadt Stuttgart folgende Handlungsempfehlungen ab:

- Die Kursangebote für ältere Beschäftigte der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) über den Treffpunkt Senior werden weitergeführt. Abhängig vom Unterstützungsbedarf der Teilnehmenden und der erforderlichen Zahl von Betreuungskräften entstehen pro Kursangebot Personalkosten von circa 15 000 Euro. Falls bei den Wochenendseminaren zusätzliche persönliche Assistenz erforderlich ist, könnten weitere Kosten entstehen. Die Werkstätten für behinderte Menschen beteiligen sich finanziell aus den Vergütungssätzen oder stellen Fachkräfte für die Kursgestaltung frei. Raumkosten entstehen in der Regel nicht, da auf geförderte Räume zurückgegriffen wird. Von allen Teilnehmenden werden Eigenbeiträge, je nach Länge des Angebots, von bis zu 100 Euro erhoben.
- Die WfbM bieten in Kooperation mit den Begegnungsstätten ein inklusives



Gruppenangebot an. Soll für die Beschäftigten der WfbM im Ruhestand, durch eine Kooperation von WfbM und Begegnungsstätte, ein auf die besonderen Bedarfe zugeschnittenes inklusives Gruppenangebot gemacht werden, entstehen Personalkosten für die WfbM in Höhe von bis zu circa 6 000 EUR (für einen halben Tag pro Woche und Jahr). Dazu wären Fördermittel erforderlich.

- Begegnungsstätten bieten ein regelmäßiges Tagesstrukturangebot für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. Möchten Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Ruhestand die Begegnungsstätte regelmäßig an einzelnen Wochentagen besuchen, so können auch die Begegnungsstätten inklusive Angebote vorhalten. Die spezifische Fachkompetenz der Behindertenhilfe ist jedoch ebenso erforderlich. Auch hier wären Fördermittel in Höhe von bis zu circa 6 000 Euro (für einen halben Tag pro Woche und Jahr) für die Begegnungsstätte erforderlich. Auf dieser Finanzierungsbasis könnten Begegnungsstätten sozialraumbezogen, auf die Anregung des Gemeinwesens, Betroffener oder Angehöriger ein inklusives Angebot entwickeln (vgl. GRDRs 938/2010 Ergebnisse des KVJS-Projektes „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ in Bezug auf ältere Menschen mit Behinderung nach ihrem Ausscheiden aus der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)).

Der Gemeinderat der Landeshauptstadt Stuttgart wird sich im Rahmen der Beratungen zum Doppelhaushalt 2012/2013 mit den Empfehlungen befassen.

Weitere Erkenntnisse aus der Projektarbeit

Das Ziel der Projekte, die Regelangebote für Menschen mit Behinderung zu öff-

nen, erforderte die Zusammenarbeit von Professionellen aus der Arbeit mit älteren Menschen und mit Menschen mit Behinderung. Allen Beteiligten gelang es rasch, sich auf die spezifischen Rahmenbedingungen des jeweils anderen Arbeitsgebietes einzustellen, die entsprechenden Schlussfolgerungen für eine gelungene Kooperation abzuleiten und die Interessen der Zielgruppen zu berücksichtigen.

Die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführten Interviews haben aufgezeigt, dass Menschen mit Behinderung in der Vergangenheit wenig nach ihren Interessen befragt wurden und sich für sie erst im Alter Chancen eröffnen, ihr Leben individueller zu gestalten. Durch die Befragung von Besucherinnen und Besuchern der Begegnungsstätte wurden sowohl Vorbehalte gegen als auch vorsichtiges Interesse gegenüber Menschen mit Behinderung deutlich, die bei Infrastrukturplanungen zu berücksichtigen sind. Im Projektverlauf wurde jedoch erkennbar, dass zwischen älteren Menschen mit und ohne Behinderung eine Annäherung stattgefunden hat. Das Gruppenangebot, das nun von der gleichen Anzahl von Menschen mit und ohne Behinderung besucht wird, und die Handarbeitsgruppe, die die beiden Besucherinnen mit Behinderung aufgenommen hat, sind Beispiele dafür. Weil die Interviews der wissenschaftlichen Begleitforschung bereits in einem frühen Stadium des Projektes geführt wurden, konnten diese Entwicklungen nicht in die Abschlussberichte eingehen.

Renate Metzger
Landeshauptstadt Stuttgart
Stabsstelle Sozialplanung/
Sozialberichterstattung/
Förderung der freien Wohlfahrtspflege
Telefon 0711 216-3434
renate.metzger@stuttgart.de

Baustein 1.1 und 1.2 – Erfahrungsbericht des Landkreises Esslingen

Michael Köber

Ausgangslage (Baustein 1.1)

Im Landkreis Esslingen waren zum Stichtag 31.12.2007 zwölf Prozent (= 77 Personen) der Beschäftigten der Werkstätten für Menschen mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung älter als 50 Jahre. Zwei Jahre später betrug der Anteil 13,8 Prozent (= 93 Personen). Im Laufe der kommenden zehn Jahre werden diese Beschäftigten aus dem Erwerbsleben und damit der Werkstatt ausscheiden. Der Anteil der Senioren und Seniorinnen mit Behinderung wird weiter ansteigen. Mit einer Verdoppelung ist zu rechnen.

Ausgangsüberlegung des Projektes war, mit einem Kurs für ältere Werkstattbeschäftigte unter dem Titel „Aufbruch ins nachberufliche Leben“ ein Angebot für Senioren mit geistiger Behinderung zu entwickeln und durchzuführen. Kursinhalte sollten den Lebenslauf, die berufliche Entwicklung, die Erwartungen vom Leben nach der Berufstätigkeit, die Gestaltung des Übergangs und das Kennenlernen von Einrichtungen und Angeboten umfassen.

Für den Landkreis Esslingen nahmen die Werkstätten Esslingen Kirchheim (W.E.K) am Seminarangebot teil. Dies wurde durch eine Modellvereinbarung fixiert. Weitere Projektpartner waren Werkstätten im Zuständigkeitsbereich der Stadt Stuttgart. Die Koordination erfolgte über die Sozialplanung beider Kreise. Als Veranstalter des Seminarangebots für ältere Werkstattbeschäftigte im Zeitraum Januar bis Juni 2009 stand der Treffpunkt Senior in

Stuttgart zur Verfügung. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) der Dualen Hochschule Stuttgart.

Zielsetzungen (Baustein 1.1)

Grundlegende Zielsetzung war, das Thema „Eintritt in den Ruhestand“ für alle Beteiligten (Menschen mit Behinderungen in der Lebensphase vor einer Berentung, Werkstätten, Betreuungspersonen und den Leistungsträger) zu öffnen und ein passendes Seminarangebot zu entwickeln. Im Kontext der wissenschaftlichen Begleitforschung standen Zielsetzungen zu Fragen der Umsetzung dieses Seminarangebots und der Wirkungen auf die älteren Werkstattbeschäftigten im Vordergrund.

Rahmenbedingungen und Projektverlauf (Baustein 1.1)

Im Zeitraum Februar bis Juni 2009 fanden ein Auftaktwochenende, sieben zweistündige Gruppentermine und schließlich ein Abschlusswochenende statt. Themen der Gruppentermine waren „Meine Arbeit in der Werkstatt“, „meine Familie, meine Freunde, meine Kollegen..“, „die Veränderungen, wenn die Werkstatt nicht mehr aufgesucht wird“, „die Wünsche nach Beendigung der Werkstatt“, „die Gesundheit und Interesse an Neuem“ sowie „Fähigkeiten und Informationen“. Insgesamt nahmen bis zu 15 Menschen mit Behinderungen aus beiden Kreisen mit vier Begleitpersonen am Seminarangebot teil, drei Teilnehmerinnen stellten die Werk-



stätten Esslingen Kirchheim. Das Modell wurde durch Projektgruppensitzungen begleitet.

Auswertung und Übertragbarkeit (Baustein 1.1)

Die Interessenfindung hat sich als wichtiges Thema herauskristallisiert. Dies zeigt, dass es für die am Projekt beteiligten Menschen mit Behinderungen nicht selbstverständlich war, eigene Vorstellungen formulieren zu können. Im Tagesablauf, bestimmt durch die Arbeit in der Werkstatt und die Wohnsituation, laufen in der Regel auch persönliche Interessen in einer bestimmten Gewohnheit ab, so dass nicht unbedingt Zeit und Raum für neue Bedürfnisse entstehen. Die Entwicklung eigener Wünsche nahm einen zentralen Stellenwert während des Kursangebotes ein.

Menschen ohne Behinderungen greifen auf andere biografische und soziale Erfahrungen zurück als Menschen mit Behinderungen, deren Erfahrungen zumindest in der Lebensphase des Eintritts in das Rentenalter vorwiegend institutionell geprägt sind. Daher ist es eine Aufgabe der Einrichtungen (Werkstätten, Wohnbetreuung etc.), die Teilhabe für Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gemeinschaft zu verbessern. Für die Regelangebote, zum Beispiel für Begegnungsstätten gilt, sich gegenüber Menschen mit Behinderungen sensibel zu öffnen.

Das Modell wurde aus Mitteln des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) in Höhe von 5 000 Euro gefördert, wovon circa 2 700 Euro für Personal- und Sachmittel durch die Beteiligung von drei Kursteilnehmerinnen verausgabt wurden. Die Restmittel konnten auf das komplementäre Modellprojekt „Integration von Senioren mit geistiger Behinderung in

Begegnungsstätten“ übertragen werden. Weitere Personal-, Raum- und Sachkosten für das Seminarangebot waren bereits finanziert. Die Erfahrungen aus Stuttgart und Esslingen verdeutlichen, dass außerhalb der Modellbedingungen eine kostengleiche Umsetzung nicht realisierbar ist.

Die Akzeptanz des Seminarangebots war bei den Menschen mit Behinderungen hoch. Die Übertragbarkeit des entwickelten Curriculums ist als gut zu bewerten.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sollte das Seminarangebot etwa ein halbes bis ein Jahr vor dem Eintritt in den Ruhestand stattfinden. Für eine Begleitung sollten neben den Angehörigen auch Ehrenamtliche gewonnen werden. Eine wesentliche Bedeutung nimmt die Vermittlung von Informationen, beispielsweise zu Freizeitaktivitäten ein.

Nach Beendigung der Projektphase hat der Treffpunkt Senior gemeinsam mit Fachleuten aus der Behindertenhilfe ein Curriculum entwickelt, das vom Dezernat für Soziales des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales veröffentlicht ist.

Generell ist in den Werkstattempfehlungen beschrieben, dass im Rahmen arbeitsbegleitender Maßnahmen Werkstattbeschäftigte auch rechtzeitig vor Erreichen des Rentenalters auf den Übergang in die Lebensphase nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt vorbereitet werden sollen, zum Beispiel durch das Einüben einer altersgerechten Bewältigung der täglichen Lebensbedürfnisse beziehungsweise eine sinnvolle Freizeitgestaltung.

Für den Landkreis Esslingen ergeben sich folgende Überlegungen:

- Sensibilisierung der Werkstattträger im Landkreis im Rahmen der Fachgremien, sich dem Thema Berentung zu widmen.
- Begleitende Maßnahmen in den Werkstätten werden gezielt auf die Bedarfslage „Eintritt in der Ruhestand“ ausgerichtet.
- Qualifizierung von zwei Fachkräften aus den Werkstätten im Rahmen der vom Kommunalverband geplanten Multiplikatorenfortbildung (November 2011).
- Durchführung eines Kursangebotes durch die Multiplikatoren, sofern eine ausreichende Teilnehmerzahl von interessierten Menschen mit Behinderungen zur Verfügung steht.
- Grundlagen für die Ausgestaltung und Finanzierung erarbeiten.

Ausgangslage (Baustein 1.2)

Grundüberlegung war – mit Beginn der Inklusionsthematik –, die Teilhabe von Senioren mit geistiger Behinderung am Leben in der Gemeinschaft zu verbessern. Es war beabsichtigt, den Blick vor allem auf die Tagesstruktur zu richten. Das Modellprojekt sollte sich der Ausgangslage von zwei Seiten nähern:

- Die Regelangebote im Sozialraum, insbesondere Begegnungsstätten für ältere Menschen, halten Elemente vor, die auch für ein Tagesstrukturangebot für Menschen mit geistiger Behinderung genutzt werden können. Dazu war geplant, die vor Ort vorhandenen Strukturen und Zugangsvoraussetzungen zu klären und Kontakte zu knüpfen.
- Festzustellen war, dass die Angebote zur Tagesstruktur in stationär betreuten Wohneinrichtungen überwiegend institutionell geprägt sind. Durch die Einbeziehung von Senioren aus der Nachbarschaft der Einrichtung kann mehr Normalität erreicht werden (spezifische

Aufgabenstellung nur im Modellprojekt Esslingen).

Im Landkreis Esslingen konnte eine Modellvereinbarung mit der Lebenshilfe Esslingen abgeschlossen werden. Dies war insofern von Bedeutung, als die Wohnrichtungen dieses Trägers innerhalb des Landkreises über die größte Zahl an Senioren mit Behinderungen verfügen und mit ihren Standorten in den Stadtvierteln Esslingens liegen.

In den Stadtkreisen Stuttgart und Ulm fanden Parallelprojekte im Rahmen der Erschließung von Regelangeboten des Sozialraumes statt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte wie bei dem komplementär anzusehenden Seminarangebot für ältere Werkstattbeschäftigte durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) der Dualen Hochschule Stuttgart.

Zielsetzungen (Baustein 1.2)

Wesentliche Ziele waren die Erschließung von Regelangeboten im Sozialraum für Senioren mit geistiger Behinderung sowie die Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Außerdem sollten passgenaue Hilfen aus dem Sozialraum im Sinne von Angeboten für den Personenkreis des Leistungserbringers erschlossen werden. Aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung ging es um die Gestaltung und den Inhalt geeigneter tagesstrukturierender Angebote und die Frage, wie die Integration von Senioren mit Behinderungen in eine oftmals bereits seit Jahren bestehende Besucherstruktur (zum Beispiel in der Kirchengemeinde oder in einer Begegnungsstätte) gelingen kann.



Rahmenbedingungen und Projektverlauf (Baustein 1.2)

Das Projekt lief zunächst befristet vom 01.03.2009 bis zum 28.02.2010. Aus den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln des KVJS in Höhe von 25 000 Euro wurden Personal- und Sachkosten bei der Lebenshilfe Esslingen bestritten. Durch Nutzung von Restmitteln aus dem Modell Seminarangebot konnten die im Projekt begonnenen Gruppenangebote schließlich bis zum Dezember 2010 weiter geführt werden.

Ein Begleitkreis wurde eingerichtet. Er beteiligte sich an der einjährigen Modelllaufzeit, um die Steuerung und den fachlichen Austausch zu gewährleisten. Mitglieder waren zwei Vertreter der Lebenshilfe und eine sozialpädagogische Fachkraft, die für das Modellprojekt zusätzlich beschäftigt wurde, ein Mitarbeiter der Stadt Esslingen aus der Stabstelle Bürgerengagement und Senioren, eine Vertretung des Kommunalverbandes und der Sozialplaner des Landkreises.

In einer ersten Phase nahm die Projektmitarbeiterin Kontakt zu den Senioren mit Behinderung in der Lebenshilfe auf, es fanden sich zwölf interessierte Bewohner beziehungsweise Bewohnerinnen. Ausschlusskriterien waren ein hoher Pflegebedarf oder eine fortgeschrittene Demenz. Parallel erfolgte eine Analyse der Angebotsstruktur des Sozialraums im Stadtteil Hohenkreuz und spezifischer Angebote in der gesamten Stadt Esslingen. Diese umfasste Sport- und Kreativangebote der Vereine und Kirchengemeinden, der Volkshochschule und Familienbildungsstätte, aber auch die Bereiche der Alten- und Pflegeheime.

In der evangelischen Kirchengemeinde St. Bernhard besuchte eine feste Grup-

pe von Menschen mit Behinderung einen seit Jahren monatlich stattfindenden Mittagstisch. Ein Senior mit Behinderung hat seine Beteiligung an einem Gedächtnistraining nach zwei Terminen wieder aufgegeben. In der Lebenshilfe fand eine wöchentlich stattfindende Gymnastikgruppe für Menschen mit und ohne Behinderung statt. Ein weiteres Angebot bestand in einem kreativen Frauenkreis (14-tägig), an dem schließlich neben Bewohnerinnen der Einrichtung zwei Seniorinnen ohne Behinderung teilnahmen.

Auswertung und Übertragbarkeit (Baustein 1.2)

Grundsätzlich verweisen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung darauf, dass die Nutzung von Regelangeboten für Senioren auch für ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung in Frage kommt. Geeignete Angebote sind vor allem in kreativen, hauswirtschaftlichen und bewegungsorientierten Bereichen zu sehen. Akzeptanz und Abbau von Berührungängsten und die Interaktion zwischen Menschen mit und ohne Behinderung sind die wesentlichen Elemente, die bei der Nutzung von Regelangeboten zu berücksichtigen sind. Aktivitäten, die für Menschen mit und ohne Behinderung also gemeinsam neu sind, tragen mehr zur wechselseitigen Kommunikation bei. Eine Kombination aus professioneller Moderation und ehrenamtlichem Engagement hat sich als tragfähig erwiesen.

Die Umsetzung der Projektziele gestaltete sich innerhalb der Verantwortung der Lebenshilfe Esslingen unterschiedlich schwierig. Sowohl beim Mittagstisch in der Kirchengemeinde als auch bei individuellen Zugängen in Angebote zeigten sich eher Berührungängste. Der Aufbau von Kontakten war zeitintensiv, die Men-

schen mit Behinderungen benötigten individuelle Assistenzleistungen, die Zugänge in Regelangebote waren durch verschiedene Hürden erschwert. Zu nennen sind hier die Erreichbarkeit, unterschiedliche Erwartungen oder Vorstellung innerhalb der Teilnehmer und zwischen Teilnehmenden und Leitungspersonen.

Vor allem bei den in der Einrichtung der Lebenshilfe realisierten Angeboten, der Gymnastikgruppe aber auch partiell beim Frauenkreis, ist es gelungen, Senioren mit und ohne Behinderungen für gemeinsame Aktivitäten zu gewinnen und kontinuierliche Gruppenangebote umzusetzen. Die Erfahrung zeigte, dass eine Öffnung der Wohneinrichtung ein erster Schritt zu mehr Teilhabe von Senioren mit Behinderungen sein kann.

Tagesstrukturierende Angebote für erwachsene Menschen mit Behinderungen (Leistungstyp I.4.6), in der Regel Senioren, werden in der Behindertenhilfe vorwiegend in speziellen Tagesgruppen in stationären Wohneinrichtungen erbracht. Art und Umfang des Angebotes umfassen Freizeitgestaltung, Bildung, Alltagsbewältigung, hauswirtschaftliche Versorgung, Pflege, Gesundheit und den Kontakt zu Angehörigen. Die Angebote können auch in Seniorentagesstätten oder durch andere Formen erbracht werden. Um Regelangebote nutzen zu können, bedarf es einer Veränderung der Arbeit in den Tagesgruppen und anderer Finanzierungsmo-

dalitäten. Gleichzeitig muss die Tagesbetreuung sichergestellt sein. Grundlegend wichtig ist, keine Sondereinrichtungen zu schaffen, sondern die Sozialraumstrukturen und bestehende Angebote zu nutzen.

Leistungsrechtlich sind folgende Ableitungen denkbar:

- Niederschwellige Betreuungsangebote gemäß § 45ff SGB XI prüfen und nutzen.
- Ausbau und fachliche Begleitung ehrenamtlicher Strukturen.
- Prüfung der Finanzierung passgenauer tagesstrukturierender Angebote über ein persönliches Budget anstelle eines einrichtungsbezogenen Entgeltes.
- Weiterentwicklung des Leistungstyps I.4.6 beispielsweise durch Festlegung bestimmter Module zur flexiblen Teilnahme an Gruppen oder einzelnen Regelangeboten.

Michael Köber
Behindertenhilfe- und Psychiatrieplanung
Postanschrift:
Landratsamt Esslingen
73726 Esslingen a.N.
Dienstgebäude:
Pulverwiesen 11
73726 Esslingen
Telefon 0711 3902-2634
Telefax 0711 3902-1034
koeber.michael@LRA-ES.de



Baustein 1.2 – Erfahrungsbericht der Stadt Ulm

Karin Mohr

1. Projektauftrag

Mit der Teilnahme der Stadt Ulm an den Erprobungsprojekten „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ wurden folgende Ziele verfolgt:

- Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Freizeitgestaltung
- Schaffung eines wohnortnahen Angebots, das Menschen mit Behinderungen selbstständig wahrnehmen können
- Förderung des Kontakts von Menschen mit und ohne Behinderung
- Aktivierung der im Stadtteil vorhandenen Ressourcen zur Integration von Menschen mit Behinderungen im Stadtteil

2. Erfahrungsbericht aus Sicht der Stadt Ulm

2.1 Zielerreichung

An allen Standorten konnte die Anzahl der Personen, die vereinbart waren, in entsprechende Freizeitaktivitäten, unter anderem Malkurs, Sport, Kegeln, Entspannung/Autogenes Training, Basteln und Handarbeit in Vereine und oder in den Generationentreff vermittelt werden und werden auch nach Projektende weiter besucht.

2.2 Bewertung des Projektverlaufs

- Die häufig notwendige intensive Begleitung und Betreuung durch Fach-

kräfte ist finanziell aufwändig und entspricht nicht den Grundgedanken von Inklusion

- Individuell passende Angebote sind im Einzelfall schwierig zu finden
- Angebote, die deckungsgleich die Interessen von Menschen mit und ohne Behinderung erfüllen, eignen sich hervorragend
- Unsicherheiten im Umgang von Menschen mit und ohne Behinderung erfordern eine umfassende Aufklärung durch begleitende Fachkräfte zum Abbau der Berührungängste

2.3 Zukunftsgestaltung

Die Stadt Ulm hat im Anschluss an das Projekt zum 01.01.2011 versuchsweise für weitere drei Jahre in allen fünf Sozialräumen der Stadt jeweils eine 50-Prozent-Stelle für ein fallbezogenes Ressourcenmanagement geschaffen.

Durch den zusätzlichen Einsatz von Ressourcenmanagement soll die Fallsteuerung im Hinblick auf die passgenaue Ausgestaltung von Hilfen unterstützt werden. Das Ressourcenmanagement ist in den Sozialräumen verortet und verfügt über einen detaillierten Einblick über die vorhandenen Möglichkeiten und Ressourcen.

Karin Mohr
Stadt Ulm

Fachbereich Bildung und Soziales

Abschlussbericht des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) zu Baustein 1.1 und 1.2

Prof. Dr. Thomas Meyer, Prof. Dr. Paul-Stefan Ross, Constanze Störk-Biber, Andrea Müller (unter Mitarbeit von Katrin Kissling)

1. Ausgangssituation: Beschäftigte von Werkstätten für Menschen mit Behinderung werden älter

Die unter der Chiffre „Demografischer Wandel“ thematisierten gesellschaftlichen Herausforderungen werden bereits seit Jahren öffentlich diskutiert und sind bekannt: Die Gesellschaft wird immer älter, und daraus ergeben sich erhebliche Konsequenzen für gegenwärtige und zukünftige Generationen. Stichworte wie Rentenproblematik, Fachkräftemangel, alternde Belegschaften und steigende Gesundheitskosten – um nur einige zu nennen – prägen die Diskussion. Weitaus weniger öffentliche Aufmerksamkeit erfährt jedoch die Tatsache, dass im Zuge des demographischen Wandels auch der Anteil älterer Menschen mit Behinderung ansteigen wird, denn analog der steigenden Lebenserwartung in der Bevölkerung erhöht sich auch die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung. Entsprechend ist davon auszugehen, dass ein Großteil behinderter Menschen das gesetzliche Rentenalter erreichen wird (vgl. Mair, Rotermöller 2007, 213f.; Gitschmann 2003, 2).

Als gesichert gilt, dass die Anzahl an älteren Menschen mit Behinderung in den nächsten Jahren dynamisch zunehmen wird. Als Grundlage dafür können bundesweite Schätzungen zur Entwicklung der in Zukunft in den Ruhestand gehenden Werkstattbeschäftigten herangezogen werden. Wurden beispielsweise zwischen 2002 und 2008 etwa 8 000 Werkstattbeschäftigte in der Bundesre-

publik Deutschland verrentet, werden es zwischen 2009 und 2015 etwa 15 000 Werkstattbeschäftigte und damit fast doppelt so viele sein (vgl. cons_sens 2003, 38; BAGüS 2005, 5ff.). In zehn bis 20 Jahren ist davon auszugehen, dass vermutlich sogar 7 000 Werkstattbeschäftigte pro Jahr in den Ruhestand gehen werden (vgl. Mair u.a. 2008, 8). Folgt man den Prognosen, dass die Lebenserwartung behinderter Menschen auch in den nächsten Jahren weiter steigt, „werden in ungefähr 30 Jahren über 70 000 Menschen mit langjährigen Behinderungen im Ruhestand sein“ (ebd., 8). Ungeachtet dieser Prognosen sind allerdings sowohl der Forschungsstand als auch die Bedarfsplanung bislang noch als gering einzuschätzen:

„Es gibt – von vereinzelt Ansätzen abgesehen – weder empirische Kenntnisse über die unterschiedlichen Formen des Alterns von Menschen mit Behinderungen noch konzeptionelle Vorstellungen im Hinblick auf die Gestaltung dieser Dritten Lebensphase. Diese Konzeptionslosigkeit findet seinen Ausdruck unter anderem darin, dass die meisten Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) – länger als der Durchschnitt der übrigen Bevölkerung – bis ins Rentenalter und nicht selten noch darüber hinaus dort arbeiten beziehungsweise verbleiben (wollen). Auch sie haben kaum irgendwelche konkreten Vorstellungen über die künftige Gestaltung ihres Ruhestandes“ (Mair 2006, 1).



Der Grund für diesen Mangel an fundierten Untersuchungen zu den Herausforderungen der Verrentung älterer Menschen mit Behinderung und fehlenden Konzepten zur Gestaltung des Ruhestands ist sicher darin zu sehen, dass es sich um ein historisch neuartiges Phänomen handelt und Erfahrungen bislang noch ausstehen. Schließlich gab es zahlenmäßig noch nie so viele Werkstattbeschäftigte, die das Rentenalter erreichten. Es ist allerdings zu erwarten, „dass in den kommenden Jahren die Zahl der Werkstattbeschäftigten, die aus der Werkstatt ausscheiden, eine zunehmende Bedeutung bei der Bedarfsplanung einnimmt“ (con_sens 2003, 38).

Aus diesem Grunde müssen Konzepte erst einmal erprobt und Erfahrungen gesammelt werden. Im Rahmen des Programms „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ wurden hierzu zwei Bausteine implementiert und wissenschaftlich begleitet. Gegenstand der beiden Bausteine und der wissenschaftlichen Begleitforschung sind ein Seminarangebot zur Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand (Baustein 1.1) sowie die Erschließung und Eignung von Regelangeboten des Sozialraums für Senior/innen mit geistiger Behinderung (Baustein 1.2).

2. Erprobung eines modellhaften Seminarangebots zur Vorbereitung auf den Ruhestand (Baustein 1.1)

Die wesentlichen Herausforderungen für Werkstattbeschäftigte im Übergang in den Ruhestand werden in folgenden Bereichen gesehen (vgl. Mair, Röters-Möller 2007, 215ff.):

- Verrentete Werkstattbeschäftigte sind aufgrund des Wegfalls der gewohnten Tagesstruktur darauf angewiesen, einen Ersatz zu finden. Da es aber Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer Biografie tendenziell schwerer fällt, ei-

gene Interessen auszubilden, stellt dies eine hohe Anforderung dar.

- Aufgrund des Ausscheidens aus der WfbM verlieren verrentete Werkstattbeschäftigte nicht nur eine tagesstrukturierende Betätigungsmöglichkeit, sondern auch geistige Anregungen und vielfältige soziale Kontaktmöglichkeiten.
- Zuletzt bedeutet der Austritt aus dem Erwerbsleben für Menschen mit Behinderung gleichermaßen einen Verlust an Status und Selbstwert. Auch wenn der „Lohn“ in einer Werkstatt für behinderte Menschen eher gering ist, hat er dennoch symbolischen Wert und bedeutet Anerkennung, Identität und Status.

Eine Folge dieser Herausforderungen ist, dass sowohl der Zeitpunkt als auch die Anforderungen, die mit der Verrentung in Verbindung stehen, häufig verdrängt werden (vgl. ebd., 217). Wie bei nichtbehinderten Menschen auch, können daher Seminare zur Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand eine Möglichkeit sein, die vor der Rente stehenden Erwerbstätigen für den Ruhestand zu sensibilisieren und dabei helfen, (neue) Interessen zu entwickeln.

2.1 Fragestellungen, Zielsetzung und Forschungsdesign

Im Mittelpunkt der Konzeption der wissenschaftlichen Begleitforschung stehen die Umsetzung sowie die Wirkungen eines Seminarangebots für ältere Werkstattbeschäftigte zur Vorbereitung auf den Ruhestand, welches in Kooperation mit den Stuttgarter Werkstätten der Lebenshilfe GmbH (Werkstatt am Löwentor), den Neckartalwerkstätten des Caritas Verbands, den W.E.K. Werkstätten Esslingen-Kirchheim gGmbH und dem Behindertenzentrum Stuttgart e. V. durchgeführt wurde. Veranstalter des Seminarangebots ist der Treffpunkt Senior in Stuttgart.

Was die Umsetzung betrifft, so sind insbesondere die Rahmenbedingungen von Interesse, die zu einem Gelingen des Seminarangebots beitragen. Im Hinblick auf die Wirkungen sollte insbesondere herausgefunden werden, inwiefern das Seminar zu einer Sensibilisierung und Auseinandersetzung mit dem Ruhestand bei den Teilnehmer und Teilnehmerinnen beitragen konnte. Aus diesem Grunde kommt der Befragung der Adressaten und Adressatinnen des Seminarangebots eine wesentliche Rolle zu (vgl. dazu auch Kapitel 2.2). Die genannten Globalziele beinhalten eine Reihe an Untersuchungsfragen:

- **Umsetzung:** Wie gestaltet sich der Zugang zum Angebot? Welche Motivation führt zur Teilnahme? Wer begleitet die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu dem Angebot? Wie sieht die Akzeptanz des Seminarangebots aus? Welche Angebote und Spiele eignen sich besonders für die relevante Zielgruppe? Welche Erwartungen, Wünsche und Ziele müssen berücksichtigt werden?
- **Wirkungen:** Kann das Seminarangebot dazu beitragen, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen für das Thema Ruhestand sensibilisiert werden? Inwiefern trägt das Seminarangebot zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit dem Ruhestand bei? Inwiefern können Interessen und Wünsche für die Zeit im Ruhestand geweckt werden? Wie bewerten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen das Angebot?

Letztendlich soll die Beantwortung dieser Fragen ermöglichen, eine Übertragbarkeit des Seminarangebots auf zukünftige Angebote einschätzen zu können. Insbesondere im Hinblick auf die Durchführung des Seminars gilt es herauszufinden, welche Elemente des Seminars als notwendig und unverzichtbar angesehen werden.

Im Zentrum des Forschungsdesigns stehen die persönlichen Befragungen der

Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen sowie Experteninterviews mit den Seminarleiter und Seminarleiterinnen (vgl. Tabelle 1, Seite 18).

Befragung der Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen

Vor der Befragung nahm eine Vertreterin der wissenschaftlichen Begleitung als teilnehmende Beobachterin an dem Auftaktwochenende und an den ersten drei Seminarterminen teil, um die Teilnehmer und Teilnehmerinnen kennen zu lernen, geeignete Interviewpartner und Interviewpartnerinnen auswählen zu können und die Interviews vorzubereiten. Anschließend wurden insgesamt fünf Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen persönlich interviewt (vier Teilnehmer und Teilnehmerinnen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung, eine Teilnehmerin im Anschluss an das Seminar). Die befragten Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 51 und 63 Jahre alt und befinden sich in unterschiedlichen Phasen vor dem Übertritt in die Rente (zwischen acht Monaten und 14 Jahren). Um die Nachhaltigkeit des Seminars zu überprüfen, wurden alle fünf befragten Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen ein Jahr nach dem Abschluss des Seminars erneut interviewt.

Experteninterviews

Als Experten wurden zwei Seminarleiter und Seminarleiterinnen sowie vier Vertreter und Vertreterinnen von Werkstätten, in denen die Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen tätig sind, telefonisch befragt. Die Vertreter und Vertreterinnen der Werkstätten fungierten gleichermaßen als konzeptionell Mitwirkende und Betreuende während des Seminars. Ziel dieser Experteninterviews war es, Hinweise auf notwendige Rahmenbedingungen der Durchführung sowie auf Erfolgskriterien zu erhalten.



Art der Befragung	Zeitraum
Teilnehmende Beobachtung und Kontaktaufnahme an der Auftaktveranstaltung sowie an drei Seminarterminen. Persönliche Interviews mit den Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu den Motiven, Erwartungen und Wirkungen des Seminars.	Frühjahr 2009
Telefonische Befragung der Seminarleiter und Seminarleiterinnen und der Vertreter und Vertreterinnen der Werkstätten zu den Rahmenbedingungen und Erfolgskriterien des Seminars.	Frühjahr 2009
Follow-Up-Befragung der Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen zur Überprüfung der Nachhaltigkeit (Persönliche Interviews).	Mai 2010

Tabelle 1: Übersicht über die Befragungen in Baustein 1.1

2.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der persönlichen Interviews mit den Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen und der Expertengespräche zusammenfassend dargestellt.

Ausgangssituation, Motivation, Erwartungen, Akzeptanz

Die Hauptprobleme im Übergang zum Ruhestand bestehen nach Ansicht der befragten Personen vorrangig in dem Verlust einer gewohnten Tagesstruktur, die sich aufgrund eines geregelten Arbeitsalltags in der Werkstatt entwickelt hat. Des Weiteren wird von Einsamkeits- und Isolationsängsten berichtet. Ein wesentliches Problem besteht ferner in der Verdrängung und den fehlenden Vorstellungen über die Zeit im Ruhestand (z. B. im Hinblick auf Freizeit und Interessen) sowie in einem Informationsdefizit über Angebote der Freizeitgestaltung im Ruhestand. Aus diesem Grunde müssen Interessen und Vorlieben erst einmal erschlossen und gefördert werden. Dazu kommt, dass es bisher an (ambulanten) Angeboten für ältere Menschen mit Behinderung mangelt.

Insbesondere nach Ansicht der befragten Experten fehlt es sowohl an speziellen Angeboten als auch an Begleitungsangebo-

ten im Übergang in die Rente. Gefordert werden der Ausbau heiminterner Tagesbetreuung sowie zusätzliche Angebote im Freizeitsektor. Unterstützung wird zum einen in der Prozessbegleitung für den Übergang gewünscht, zum anderen im Erkennen und Fördern individueller Bedürfnisse und Interessen.

Was die Motive zur Teilnahme an dem Seminar betrifft, so wird neben der Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen und eine Abwechslung vom Arbeitsalltag in der Werkstatt zu haben, vorrangig erwartet, etwas Neues zu lernen und neue Erfahrungen sammeln zu können, wie auch die folgende Interviewpassage zeigt:

„was dazulernen, Sachen verstehen lernen“.

Bewertung des Seminars

Alle befragten Personen äußerten sich in der Summe positiv über das Seminar. Die Akzeptanz des Kurses ist hoch, vor allem im Hinblick auf soziale Kontakte und Möglichkeiten, neue Erfahrungen zu sammeln. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen fühlten sich in ihren Sorgen ernst genommen und bewerteten die neuen Erfahrungen durchweg positiv. Trotz dieser im Trend sehr positiven Rückmeldung wurden vereinzelt aber auch negative beziehungsweise störende Aspekte genannt

(beispielsweise die anstrengende Vorstellungsrunde oder die mangelnde Vorbereitung auf manche Übungen, die nicht verstanden worden sind).

Was die wesentlichen Zielsetzungen des Seminars betreffen – eine stärkere Sensibilisierung für die anstehenden Herausforderungen der Verrentung und eine Einstellungsänderung im Hinblick auf den bevorstehenden Ruhestand (z. B. die Rente als Chance zu begreifen) –, so kann das Seminar zumindest im Hinblick auf die Sensibilisierung als Erfolg gewertet werden. Eine durchweg gestiegene Sensibilisierung zeigt sich beispielsweise in einer verstärkten Auseinandersetzung mit der Frage nach einem „Ersatz“ für die Erwerbsarbeit und den befragten Teilnehmer und Teilnehmerinnen scheint es durchaus bewusst zu sein, dass die Verrentung neue Herausforderungen im Hinblick auf Freizeitgestaltung und soziale Kontakte mit sich bringt. Die Möglichkeit des Austauschs im Rahmen des Seminars hat diese Auseinandersetzung nachweislich begünstigt.

Kaum verändert hat sich hingegen die Einstellung gegenüber dem Ruhestand. Auf die Frage, inwiefern auch nach dem Seminar noch Ängste vor dem Ruhestand bestehen würden, antwortete eine 64-jährige Seminar Teilnehmerin beispielsweise:

„Ich weiß nicht. Verändert hat sich nichts. Hab Bedenken alleine zu sein, diese haben sich durch's Seminar nicht verändert.“

Weitere Themenschwerpunkte, die in dem Seminar eine wichtige Rolle spielten, sind der Erwerb sozialer Kompetenz, die Entwicklung eines gesundheitsbewussten Verhaltens (Bewegung und Ernährung) sowie das Entdecken von Interessen und potenziellen Freizeitaktivitäten. Insbesondere im Hinblick auf letzteren

Aspekt wird in den Befragungen immer wieder deutlich, dass persönliche Interessen oder Freizeitaktivitäten bei Menschen mit Behinderung erst einmal erschlossen und gefördert werden müssen. Das Seminarangebot konnte hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Die folgenden drei Interviewpassagen vermitteln ein Bild darüber:

„Hab da [beim Seminar] das erste Mal Tischtennis gespielt“

„Schwimmen will ich (...), aber dass muss ich erst wieder lernen, hab's verlernt.“

„Wenn man mir sagen würde, da kann man hingehen, dann würde ich das machen. Ich kenn hier keine Stelle. Schaff das nicht alleine.“

Daneben fehlen oftmals die Kenntnisse darüber, wo solche Freizeitaktivitäten realisiert werden können, wie zwei weitere Interviewpassagen zeigen:

„Kegeln. Aber da ist das Problem wo kann man kegeln? (...) Kommt drauf an wie das klappt mit dem Kegeln, ob wir was finden“

„Vielleicht gibt's ein Betreuer, der ein bisschen hilft und das mit uns macht. Die was wissen, wo wir hingehen können.“

In den Follow-Up-Interviews wird deutlich, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen begonnen haben, sich intensiver mit Fragen der Freizeitgestaltung im Ruhestand zu beschäftigen. Auffallend ist dabei, dass Freizeitaktivitäten favorisiert werden, die mit einer verbesserten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einhergehen und sich tendenziell auch von „klassischen“ Freizeitangeboten der Behindertenhilfe abheben. Genannt werden beispielsweise „Kegeln gehen“, „in eine Begegnungsstätte gehen“, „Fahrradfahren“



„Schwimmen gehen“, „in einen Kegelerverein eintreten“, „Tagesausflüge machen“ oder „mit einem Hund vom Tierheim spazieren gehen“. Die Vielfalt an Interessen für Angebote im Ruhestand wird insbesondere in der folgenden Interviewpassage einer 58-jährigen Werkstattbeschäftigten deutlich:

„Ich täte gern Tischtennis spielen, stricken, Mensch-ärgere-dich-nicht spielen, gehe gern spazieren, Besuche machen, (...). Ich tät gern in Krankenhäusern Leute besuchen, die sonst wenig Ansprache haben. Ich tät gern Instrumente spielen. Hab eine Feeharfe und einen Psalter, das kann ich spielen und möchte ich weiterspielen. Ich hab jede Woche zwei Mal Unterricht in einer Gruppe/Orchester. Ich möchte gerne ins Städtle gehen, Boccia spielen und kegeln. (...). Ich hab vor'm Seminar gemeint, dass ich in ein Loch komme, nicht weiß was ich mit der Zeit anfangen soll. Aber jetzt denke ich, dass ich nicht in ein Loch falle.“

Im Hinblick auf den Zeitpunkt, wann das Seminar stattfinden sollte, gibt es unterschiedliche Meinungen. Einerseits wird ein möglichst früher Zeitpunkt favorisiert, damit die Werkstattbeschäftigten ausreichend Zeit haben, sich auf den Ruhestand vorzubereiten. Andererseits zeigen die Follow-Up-Interviews aber auch, dass ein zu frühes Einsetzen des Seminars dazu beiträgt, dass Inhalte wieder vergessen werden (nach Ansicht einer befragten Person sollte das Seminar etwa ein halbes Jahr vor dem Eintritt in den Ruhestand stattfinden):

„Wo wir darüber gesprochen haben, sind mir Gedanken gekommen, wie wir's machen können. Meiste ist während der Arbeitszeit wieder verschwunden. Gebracht hat's schon was, aber war bissle zu bald.“

Insgesamt zeigt sich, dass das Seminar zu einer Auseinandersetzung mit Ängsten,

Wünschen und Zielen in Bezug auf den nahe stehenden Ruhestand beiträgt. Des Weiteren wird es ermöglicht, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen Freizeitinteressen und Freizeitaktivitäten spielerisch erproben und entdecken und Hinweise bekommen, wo sie sich in Zukunft informieren können.

2.3 Zusammenfassung und Perspektiven

Schlussfolgerungen für die Konzeption und Durchführung des Seminars

Die Akzeptanz des Seminars ist hoch. Voraussetzung hierfür ist allerdings die Möglichkeit zu neuen Erfahrungen und zum Austausch. Ein wesentliches Element des Seminars ist dabei das Entdecken und Fördern individueller Interessen und Vorlieben. Aus diesem Grunde wird empfohlen, entsprechende Spiele und Aktivitäten anzubieten, die darauf abzielen, Bedürfnisse, Vorlieben aber auch Ressourcen zu entdecken. Dazu müssen Interessen aber auch Fähigkeiten individuell erschlossen und gefördert werden. Entsprechend besteht eine wichtige Lernerfahrung darin, dass Menschen mit Behinderung sich aktiv über Freizeitaktivitäten informieren und um verschiedene Möglichkeiten bemühen.

Weil insbesondere Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer Biographie selten die Möglichkeit haben, solche individuellen Interessen zu entwickeln und zu entfalten, stellt dies eine wesentliche Herausforderung für die inhaltliche und didaktische Gestaltung dar. Didaktisch ist dabei darauf zu achten, die Beteiligung und Partizipation der Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen einzufordern und zu stärken.

Übertragbarkeit des Konzeptes

Folgende als notwendig erachtete Rahmenbedingungen für die Übertragbarkeit des Seminarangebots auf andere Ange-

bote können zusammenfassend genannt werden:

- Beginn des Seminars: Das Seminar sollte zwischen einem und einem halben Jahr vor Eintritt in den Ruhestand stattfinden.
- Anzahl Teilnehmer, Teilnehmerinnen und Betreuungsschlüssel: Was die Teilnehmerzahl betrifft, so wird eine Höchstbegrenzung von maximal 15 Personen empfohlen. Der Betreuungsschlüssel sollte maximal 1 : 4 betragen.
- Begleitung und Betreuung: Die Begleitung und Betreuung während des Seminarangebots sollte durch eine Vertrauensperson erfolgen, weil dadurch die Motivation zur Teilnahme erhöht wird. Die Begleitung erfolgte bislang jedoch kaum über die Angehörigen. Aus diesem Grunde ist zu überlegen, welche Möglichkeiten der Begleitung es neben den Angehörigen gibt (z.B. Ehrenamtliche).
- Auftaktveranstaltung: Das Auftaktwochenende hat eine entscheidende und wichtige Funktion zur Vertrauensbildung. Vorrangiges Ziel dieser Veranstaltung ist es, eine vertrauensvolle Basis zur weiteren Durchführung des Seminars zu schaffen. Gleichzeitig dient diese Veranstaltung dem Kennenlernen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen.
- Didaktik: Die im Seminar durchgeführten Aktivitäten und Veranstaltungen sollten schwerpunktmäßig aus praktischen und kreativen Übungen bestehen. Komplexere Angebote und Spiele, die einer zu langen Erklärung bedürfen, sind eher zu vermeiden.
- Inhalte: Was zukünftige Freizeitinteressen und Vorlieben betreffen, werden von den Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen Aktivitäten favorisiert, die einerseits mit einer verbesserten Teilhabe in Verbindung stehen, andererseits außerhalb der übli-

chen Strukturen der Behindertenhilfe stattfinden. Im Sinne eines inklusiven Ansatzes ist dies ausdrücklich zu unterstützen.

- Informationen: Eine wesentliche Bedeutung kommt auch der Vermittlung von Informationen über potenzielle Freizeitaktivitäten zu. Wie die Befragungen zeigen, wissen die Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen oftmals nicht, wo und wie sie eine gewünschte Freizeitaktivität realisieren können. Neben dem Entdecken und Fördern von individuellen Interessen müssen den Seminarteilnehmer und Seminarteilnehmerinnen immer auch die entsprechenden Informationen bereitgestellt werden, wohin sie sich jeweils wenden können (Vermittlung, Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen usw.).

3. Erschließung und Eignung von Regelangeboten des Sozialraums für Senioren und Seniorinnen mit geistiger Behinderung (Baustein 1.2)

Wie in der Einleitung bereits beschrieben, ist mit einer wachsenden Gruppe älterer Menschen mit Behinderung zu rechnen, für deren Bedürfnisse und Bedarfe Angebote erst noch zu entwickeln sind, da Angebote von Werkstätten für behinderte Menschen für sie nicht mehr in Frage kommen. Die Folgen einer Verrentung betreffen nicht nur den Wegfall der gewohnten Tagesstruktur, sondern auch einen Verlust an geistigen Anregungen und vor allem Kontaktmöglichkeiten. Da Erfahrungen im Umgang mit selbstbestimmter Alltags- und Freizeitgestaltung bei Menschen mit Behinderung oftmals fehlen, ist dieser Verlust nur schwer zu kompensieren.



Die Problematik stellt sich unter Umständen noch verschärfter dar, wenn man die familiären Netzwerke älterer Menschen mit (geistiger) Behinderung in die Betrachtung mit einbezieht:

„Diese [Menschen mit Behinderung] erreichen ein Alter, in dem es zudem unmöglich wird, dass die Eltern weiter für sie sorgen können. Da die überwiegende Mehrzahl derer, die zeitlebens behindert sind, keine Kinder hat, können sie auch mit deren Unterstützung im Alter nicht rechnen. Insofern trifft sie vermutlich das Problem alternder Gesellschaften, nämlich dass (...) immer weniger Jüngere immer mehr Ältere ‚schultern‘ müssen, verschärft, da sie in der Regel weder Familie noch Vermögen, also wenig Alternativen haben. Die beste Lösung für sie (...) ist, dass sie sich soweit und solange wie möglich durch eine selbständige Lebensführung und tragfähige soziale Vernetzungen (...) unabhängig von fremder Hilfe machen“ (Mair, Roters-Möller 2007, 214).

Letztendlich sind aber nicht nur die familiären Netzwerke eingeschränkt. Menschen mit Behinderung, die Zeit ihres Lebens in Einrichtungen der Behindertenhilfe verbracht haben (aber nicht nur diese), verfügen meist über relativ kleine soziale Netzwerke. Ihre sozialen Kontakte beschränken sich in der Regel auf Familienangehörige, andere Menschen mit Behinderung, Fachkräfte aus der Behindertenhilfe oder Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen aus der WfbM.

Die genannten Gründe zeigen, wie wichtig der Einbezug der Lebensphase Alter in die zukünftige Planung und Gestaltung von Angeboten für Menschen mit Behinderung sein wird, wenn „zum ersten Mal in der Geschichte der Behindertenhilfe eine größer werdende Gruppe ihrer Klienten das Rentenalter erreicht“ (Mair 2006, 1). Allerdings gibt es bislang kaum Erfahrungen im Umgang mit älteren Menschen

mit Behinderung, insbesondere wenn es um Unterstützung und Begleitung außerhalb der üblichen Institutionen der Behindertenhilfe geht. Zwar hat sich in den letzten Jahren eine Forschungslandschaft entwickelt, die sich schwerpunktmäßig mit Fragen des Alterns von Menschen mit Behinderungen beschäftigt (vgl. hierzu exemplarisch Bleeksma 1998; Buchka 2003; Gitschmann 2003; Havemann u.a. 2000; Havemann, Stöppler 2004; Hollander, Mair 2006; Landesverband Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte 2004; Mair, Roters-Möller 2007; Mair u.a. 2008; Urban 2003), weitestgehend ungeklärt ist jedoch die Frage, wie entsprechende Angebote aussehen sollen und wer diese erbringen könnte. Im Kontext eines allgemeinen Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe ist es sicher der falsche Weg, neue (Sonder-) Institutionen oder weitere spezielle und unter Umständen separierende Angebote zu entwickeln. Stattdessen ist zu überlegen, wie ältere Menschen mit geistiger Behinderung Regelangebote des Sozialraums nutzen beziehungsweise wie Regelangebote des Sozialraums für Menschen mit geistiger Behinderung erschlossen werden können. Dies würde gleichsam zu einer Verbesserung der Teilhabechancen beitragen.

Eine zentrale Rolle könnten daher bestehende Regelangebote für Senioren und Seniorinnen in einem Sozialraum spielen, beispielsweise Begegnungsstätten, kirchliche Angebote in Gemeindezentren oder Angebote von Bildungsinstitutionen. Diese Vermutung stützt sich auf drei Überlegungen:

- Die meisten sozialraumorientierten Angebote für Senioren und Seniorinnen werden regelmäßig angeboten und haben üblicherweise eine tagesstrukturierende Funktion, was dem Bedürfnis älterer Menschen mit geistiger Behin-

derung entsprechen würde, „denn sie sind es gewohnt, nach Plan, den primär andere für sie machten, versorgt (...) zu werden“ (Mair, Roters-Möller 2007, 217).

- Drittens ergeben sich in Regelangeboten für ältere Menschen vielfältige soziale Kontakt- und Interaktionschancen, auch und vor allem zu nichtbehinderten Menschen.
- Viertens werden von solchen Regelangeboten oftmals verschiedene Dienstleistungen angeboten, die auch für Menschen mit geistiger Behinderung bedeutsam sein können (z. B. Mittagstisch, Fahrdienste, ambulante Betreuungs-, Versorgungs- und Pflegedienste, Haushaltshilfen, Hausnotruf sowie Essen auf Rädern).

3.1 Fragestellungen, Zielsetzung und Forschungsdesign

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung sollten die Möglichkeiten der Nutzung von Regelangeboten für Senioren und Seniorinnen durch Menschen mit geistiger Behinderung genauer betrachtet werden. Dabei geht es sowohl um Gestaltung und Inhalt geeigneter tagesstrukturierender Angebote für ältere Menschen mit geistiger Behinderung, als auch um die Frage, wie die Integration dieser neuen Besuchergruppe in eine oftmals bereits seit Jahren bestehende Besucherstruktur gelingen kann. Die wesentlichen Leitfragen sind:

- Inwiefern eignen sich verschiedene Regelangebote für Senioren und Seniorinnen als tagesstrukturierendes Angebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung?
- Inwiefern können bestehende Angebote von älteren Menschen mit geistiger Behinderung genutzt werden und inwiefern müssen diese weiterentwickelt werden?

- Wie kann innerhalb der Besucherschaft eine Akzeptanz für die neuen Besucher und Besucherinnen geschaffen werden?
- Wie lässt sich der Kontakt zwischen Besucher und Besucherinnen mit und ohne Behinderung herstellen und ausbauen?
- Welche Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein, damit die Teilnahme von älteren Menschen mit geistiger Behinderung für beide Seiten zu einem Gewinn wird.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden verschiedene Regelangebote in drei unterschiedlichen Sozialräumen evaluiert.

- Stuttgart (Baustein 1.2a): Erschließung von Begegnungsstätten als Regelangebot des Sozialraums für ältere Menschen mit geistiger Behinderung (Kooperationspartner: Behindertenzentrum, Lebenshilfe Stuttgart, Neckartalwerkstätten, AWO-Begegnungsstätte Stuttgart Fasanenhof)
- Esslingen (Bausteine 1.2b und 1.2c): Erschließung von Regelangeboten des Sozialraums für Senioren und Seniorinnen mit geistiger Behinderung; Öffnung der Angebote des LT I.4.6 für Senioren und Seniorinnen aus dem Sozialraum (Kooperationspartner: Kirchengemeinde St. Bernhard und Lebenshilfe Esslingen)
- Ulm (Baustein 1.2d): Erschließung von Regelangeboten des Sozialraums für Senioren und Seniorinnen mit geistiger Behinderung (das Projekt wird in verschiedenen Sozialzentren in drei Stadtteilen durchgeführt: Ulm West, Wiblingen und Ochsenhäuser Hof; Kooperationspartner sind: AG West, Sozialzentrum Wiblingen, Tannenhof, Klub Körperbehinderter, Generationentreff Ochsenhäuser Hof, Lebenshilfe Ulm)



Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die evaluierten Angebote:

Projekt	Einrichtung und Art der Angebote
Stuttgart: <i>Baustein 1.2a</i>	<p>AWO-Begegnungsstätte Stuttgart Fasanenhof</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spielenachmittag (wöchentlich): Das Angebot wurde als explizites Angebot für Menschen mit und ohne Behinderung ausgeschrieben. Zusammensetzung: Gemischt, Kleingruppe. • Offenes Café (wöchentlich): Das Angebot wurde nicht explizit als Angebot für Menschen mit und ohne Behinderung ausgeschrieben. Zusammensetzung: Überwiegend Menschen ohne Behinderung, Großgruppe.
Esslingen: <i>Baustein 1.2b</i> <i>Baustein 1.2c</i>	<p>Evangelische Kirchengemeinde St. Bernhard</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeindeessen (monatlich): Gemeinsamer Mittagstisch im Gemeindehaus der evangelischen Kirche St. Bernhard. Zusammensetzung: Menschen mit Behinderung sind in der Minderheit, Großgruppe. Eine feste Gruppe von Menschen mit Behinderung besucht seit Jahren den Mittagstisch. <p>Lebenshilfe Esslingen Öffnung von Angeboten für Menschen mit Behinderung für nichtbehinderte Senioren und Seniorinnen aus dem Sozialraum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gymnastikgruppe (wöchentlich): Das Gymnastikangebot wird in den Räumlichkeiten der Lebenshilfe Esslingen angeboten. Zusammensetzung: Gemischt, Kleingruppe. • Frauenkreis/Bastelgruppe (14-tägig): Ziel des Angebots sind kreative Tätigkeiten, Märchenerzählen und Handarbeiten. Zusammensetzung: Ausschließlich Menschen mit Behinderung, Kleingruppe.
Ulm: <i>Baustein 1.2d</i>	<p>Angebote an verschiedenen Standorten (Ulm West, Wiblingen, Ochsenhäuser Hof):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kreativ AG/Handarbeitsgruppe (2x im Monat): Gemeinsames Stricken und Arbeiten mit Stoff. Zusammensetzung: Mehr Menschen ohne Behinderung, Kleingruppe • Malkurs (wöchentlich): Gemeinsame künstlerische Tätigkeiten (Malerei, Druck, Bildhauerei). Zusammensetzung: Gemischt, Kleingruppe • Tanzangebot (wöchentlich): Tanzveranstaltung in der Kirchengemeinde. Zusammensetzung: Gemischt, Kleingruppe • Kegeln (wöchentlich). Gemeinsames Kegeln in einem Sportcenter. Zusammensetzung: Mehr Menschen ohne Behinderung, Kleingruppe

Tabelle 1: Übersicht über die evaluierten Angebote für ältere Menschen mit geistiger Behinderung

Das Evaluationskonzept besteht aus einer Verschränkung mehrerer Instrumente und basiert auf der Befragung unterschiedlicher Zielgruppen. Dieser Methodenmix sollte es ermöglichen, verschiedene Perspektiven zur Bewertung der Angebote einnehmen zu können. Folgende Erhebungsmethoden wurden eingesetzt:

- Persönliche Interviews mit den behinderten Besucher und Besucherinnen zur Bewertung des Angebots und zu den sozialen Kontakten und Interaktionen (je Baustein drei bis fünf Interviews)
- Persönliche Interviews mit Besucher und Besucherinnen ohne Behinderung zur Bewertung des Angebots und zur Akzeptanz der neuen Besucher und Besucherinnen (je Baustein zwei bis drei Interviews)
- Teilnehmende Beobachtungen während der Angebote (je Angebot ein bis zwei Beobachtungen)
- Expert/innen-Interviews mit den jeweiligen Betreuungspersonen der behinderten Besucher und Besucherinnen sowie mit den Einrichtungs- und Angebotsleiter/innen (je Baustein drei Interviews)
- Follow-up-Interviews mit den behinderten Besucher und Besucherinnen nach circa einem Jahr (je Baustein drei bis fünf Interviews)
- Follow-up-Interviews mit Besucher und Besucherinnen ohne Behinderung nach circa einem Jahr (je Baustein zwei bis drei Interviews)
- Ein Personenbogen mit statistisch relevanten Angaben zu den behinderten Besucher und Besucherinnen

3.2 Ergebnisse

Insgesamt verweisen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung darauf, dass eine Nutzung von Regelangeboten für Senioren und Seniorinnen auch

für ältere Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich in Frage kommt. Die in solchen Regeleinrichtungen vorgehaltenen Angebote bieten den Besucher und Besucherinnen mit Behinderung die Chance, soziale Kontakte zu knüpfen sowie neue Erfahrungen zu sammeln und Anregungen zu bekommen. Für Besucher und Besucherinnen ohne Behinderung ermöglichen die Angebote eine Horizonterweiterung bezüglich des Themas Behinderung sowie die Möglichkeit zu sozialem Engagement.

Was die Frage nach den geeigneten Rahmenbedingungen von Regelangeboten für ältere Menschen mit geistiger Behinderung betrifft, können folgende Ergebnisse zusammengefasst werden:

Angebote sollten sich an den Bedürfnissen und Möglichkeiten älterer Menschen mit geistiger Behinderung ausrichten

Die Angebote sollten regelmäßig stattfinden und dem Aspekt der Tagesstrukturierung entsprechen. Auch inhaltlich sollten bestimmte Vorgaben gemacht und Strukturen gesetzt werden; eine allzu offene und unverbindliche Angebotsgestaltung könnte ältere Menschen mit geistiger Behinderung überfordern. Insbesondere bei Menschen mit geistigen Behinderungen ist biografisch bedingt das Spektrum an Interessen und Aktivitäten aufgrund „begrenzter Bildungs- und Entfaltungsmöglichkeiten, behinderter Mobilität und verwehrter Mitsprachemöglichkeiten“ (Maier, Roters-Möller 2007, 217) in der Regel eingeschränkter als bei nichtbehinderten Menschen. Entsprechende Interessen müssen daher erst einmal „geweckt“ werden.

Geeignete Angebote sind nach Einschätzung der Experten insbesondere Spielesachmittage, Filmvorführungen, Singen/



Musizieren, Handarbeiten, künstlerische Tätigkeiten, Kochen/Backen und Ausflüge (z. B. Wandern). Grenzen für Besucher/innen mit geistiger Behinderung sehen die Experten und Expertinnen darin, dass Angebote nicht überfordern dürften; sinnvoll sind daher Angebote, die keine lang anhaltende Konzentration erfordern. Ferner sollen die Besucher und Besucherinnen stets in die Angebotsplanung und Angebotsgestaltung eingebunden werden.

Angebote sollten eine wechselseitige Kommunikation ermöglichen, indem Gemeinsamkeiten betont und ein gemeinsames Ziel im Vordergrund steht

Ein wesentlicher Aspekt der Evaluation von Angeboten in Regeleinrichtungen stellt der Abbau von Berührungsängsten sowie die Interaktionen zwischen behinderten und nichtbehinderten Besucher und Besucherinnen dar. Diese Thematik ist vor allem deswegen bedeutsam, weil nur aufgrund von Erfahrungen im Umgang mit behinderten Besucher und Besucherinnen eine Integration von älteren Menschen mit geistiger Behinderung in Regeleinrichtungen zu erwarten ist. Akzeptanz und Abbau von Berührungsängsten sind eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass in Zukunft (Regel-) Angebote von Menschen mit geistiger Behinderung genutzt werden können.

Die Ergebnisse der Befragungen und Beobachtungen verdeutlichen, dass die für diese Erfahrungen nötige Kontaktaufnahme und Kommunikation zwischen Menschen mit und ohne Behinderung nicht von selbst geschieht. So zeigen die Evaluationsergebnisse, dass durch die Anwesenheit von behinderten Besucher und Besucherinnen das Thema Behinderung zwar diskutiert und reflektiert wird, ein Abbau von Berührungsängsten und eine wechselseitige Kommunikation jedoch noch nicht bei allen Angeboten realisiert werden konnte. In den meisten

Fällen wird deutlich: Die befragten Menschen mit geistiger Behinderung wünschen sich mehr Austausch mit Besucher und Besucherinnen ohne Behinderung.

So lässt sich eine nach wie vor bestehende Trennung zwischen den Gruppen insbesondere bei den Angeboten beobachten, bei denen lediglich eine Kontaktsituation hergestellt wurde, während bei anderen Angeboten, in denen die Kontaktsituation durch flankierende Maßnahmen begleitet und unterstützt wurde, eher eine wechselseitige Kommunikation stattfand. Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen:

In der AWO-Begegnungsstätte konnte insbesondere am Spielesachmittag eine Verbesserung der Kontaktsituation erreicht werden, während beim „Offenen Café“ nach wie vor eine räumliche Trennung besteht. Gerade beim Nachmittagsangebot „Offenes Café“ sollte bewusst eine „ungezwungene“, das heißt ungesteuerte Kontaktsituation initiiert werden, während der Spielesachmittag explizit als Angebot für Menschen mit und ohne Behinderung ausgewiesen wurde und das Thema „gemeinsame Spiele“ (also ein gemeinsames Ziel) im Vordergrund steht.

Aus den Interviews in Esslingen und Beobachtungen während des Gemeindeessens geht ebenso hervor, dass sich immer noch keine Berührungspunkte zwischen Besucher Besucherinnen mit und ohne Behinderung ergeben haben, obwohl die Menschen mit Behinderung das Gemeindeessen schon mehrere Jahre besuchen. Nach wie vor sind Gespräche zwischen behinderten und nichtbehinderten Besucher und Besucherinnen selten, wie auch die beiden Interviewpassagen zeigen:

„Haben so untereinander erzählt, haben mit mir nicht geredet, wenn das lauter fremd Leut' sind, was willst du da schwätzen“.

„Die anderen dort beim Gemeindeessen kenne ich nicht so, weiß nicht wer dass alles ist. Weiß halt, dass es Ältere sind, wohnen hier rum, weiß nicht wo die her gehen“.

Die Besuche beim Gemeindeessen haben für keine der interviewten Personen dazu geführt, nichtbehinderte Teilnehmer und Teilnehmerinnen näher kennen zu lernen. Dies bestätigt sich auch in der teilnehmenden Beobachtung: Die Menschen mit Behinderung bleiben im Raum unter sich. Längere Gespräche zwischen Menschen mit und ohne Behinderung wurden nicht beobachtet, lediglich kurze Dialoge während des Essens und beim Verabschieden sind dokumentiert worden.

Aus diesem Grunde müssen im Rahmen der Angebote Möglichkeiten zur wechselseitigen Kommunikation geschaffen werden. Die Evaluation zeigt hierbei, dass sich besonders Spiele, gemeinsames Musizieren oder kreative Tätigkeiten eignen, weil im Rahmen dieser Angebote ein Austausch nicht nur zwanglos stattfinden kann, sondern manchmal sogar notwendig wird, etwa der Austausch über eine gemeinsame Spielstrategie, über die Abstimmung beim Musizieren oder aufgrund von gegenseitiger Hilfe beim Stricken:

„Das Zusammensein. Das man gegenseitig beim Stricken hilft, wenn man was falsch gemacht hat. Die Kameradschaft“

Auf der anderen Seite beschränkten sich die Gespräche bei Angeboten, die nur wenig Raum zur wechselseitigen Kommunikation bieten, auf das Wesentliche. Dies konnte beispielsweise bei der Gymnastikgruppe in Esslingen beobachtet werden, wie auch die Aussage eines Menschen mit Behinderung deutlich zeigt:

„(...) die anderen seh ich nur, reden nicht viel, weil wir Gymnastik haben“.

Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass für diese Aktivitäten eine erhöhte Konzentration und Körperbeherrschung erforderlich ist. Es ist ferner zu vermuten, dass leistungsorientierte Angebote wie zum Beispiel sportliche Betätigungsformen (z. B. Gymnastik und Kegeln) die Kommunikationsbereitschaft und Kontaktaufnahme tendenziell hemmen, weil Gespräche „nebensächlich“ bleiben („*der Sport steht im Mittelpunkt*“). Dies zeigen die Betrachtungen der verschiedenen Angebote in Stuttgart, Esslingen und Ulm. Längere Gespräche über das Angebot hinaus fanden kaum statt (die Gespräche beschränkten sich beispielsweise aufs Kegeln), während sich über den Spielenachmittag in Stuttgart vielfältige Berührungspunkte zwischen Menschen mit und ohne Behinderung ergaben. Gleiches gilt für den Malkurs in Ulm; hier ermöglichte das gemeinsame Malen einen besonders intensiven wechselseitigen Austausch.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Betonen von Gemeinsamkeiten. So weisen insbesondere die befragten Experten darauf hin, dass Berührungspunkte aufgrund unterschiedlicher biografischer Erfahrungen häufig fehlen. Was die Interaktionen zwischen behinderten und nichtbehinderten Besucher und Besucherinnen betrifft, ist daher die Schnittmenge an verbindenden Themen und gemeinsamen Interessen relativ klein. Da oftmals keine „Berührungspunkte“ existieren, obliegt es zu einem großen Teil der Angebots- beziehungsweise Einrichtungsleitung, eine solche Schnittmenge herzustellen und Kontakte zu initiieren beziehungsweise zu moderieren.

Entsprechend ermöglichten vor allem Angebote mit gemeinsamen Aktivitäten und einem mehr oder weniger übergeordneten Ziel verbesserte Kontakt- und Interaktionschancen. Ein markantes Beispiel ist wiederum der Spielenachmittag in der



AWO-Begegnungsstätte Stuttgart-Fasanhof. Hierbei konnte im Gegensatz zum „Offenen Café“ eine kontinuierlich über das Spiel aufrechterhaltene Kommunikation zwischen den verschiedenen Personengruppen beobachtet werden. Zudem hat sich aufgrund der gemeinsamen Vorliebe am Schachspielen eine freundschaftliche Beziehung zwischen einem nichtbehinderten und behinderten Besucher und Besucherin entwickelt, welche mittlerweile über das wöchentliche Treffen hinausgeht. Ein weiteres Beispiel hierfür ist der Malkurs in Ulm, bei dem ein verstärkter wechselseitiger Austausch über die „beste“ Maltechnik zwischen den verschiedenen Besucher und Besucherinnen beobachtet werden konnte – unabhängig davon, um welche Besuchergruppe es sich handelt.

Das ist ein Projekt von Nichtbehinderte und Behinderte. Interessant. Jeder macht was er kann und wie er's kann, das ist interessant“ (...). Und die einen beschäftigen sich mehr mit der Perspektive und die anderen können das net so, halt, das wird leider so sein, dass verschiedene Stufen vom Können her und die anderen haben es mehr mit der Farbe. Ganz verschiedene Stufen. Und jeder bringt sich in die Gruppe ein. (...). Und man hat auch schon Bilder zusammen gemalt, also zwei Personen und nicht alleine.“

Ein wesentlicher Aspekt ist ferner die Größe der Gruppe. Nach Ansicht verschiedener Experten und Expertinnen würden zu große Gruppen von Menschen mit (geistiger) Behinderung die Integrationsleistung überfordern. Als Voraussetzungen für gelingende Integration wird daher empfohlen, dass zunächst nur kleine Gruppen von Menschen mit Behinderung in Begleitung an dem Angebot teilnehmen. Betrachtet man die verschiedenen Angebote, in denen sich verstärkt Interaktionen zwischen Besucher und Besucherinnen mit und ohne Behinderung ergeben haben, fällt auf, dass es sich meist um eine relativ kleine Gruppe mit einer ausgewogenen Mischung an behinderten und nichtbehinderten Besucher und Besucherinnen handelt.

Als besonders wichtig für die Kontaktaufnahme und Kommunikationsbereitschaft wird auch die Kontinuität in der Angebots- und Besucherstruktur empfunden. In Stuttgart sind hierdurch beispielsweise verlässliche Spielrunden entstanden. Einem Schachspieler mit Behinderung wurde sogar angeboten, an einem Schachturnier teilzunehmen.

Zuletzt kommt dem „Wir-Gefühl“ ein wesentlicher Stellenwert zu. Dieses muss durch geeignete Angebote oftmals erst geschaffen oder erschlossen werden.

28

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Hinblick auf die Art des Angebots ist auch die Neuartigkeit der Aufgabe. Aktivitäten, die für beide Besuchergruppen neu und ungewohnt sind, scheinen in besonderer Art und Weise zu einer wechselseitigen Kommunikation beizutragen. In dem Moment, in dem keine Besuchergruppe einen „Wissensvorsprung“ vor der anderen hat und die zu verrichtende Aufgabe für beide Gruppen Neuland darstellt, kann sich ein Erfahrungsaustausch und ein gegenseitiges Lernen einstellen, dass auch die Kommunikation erleichtert. Auf der anderen Seite scheinen Aktivitäten, bei denen ein Erfahrungsvorsprung bei einer Gruppe besteht, einen wechselseitigen Austausch eher zu hemmen. Auch dies zeigt sich deutlich bei dem Malkurs in Ulm, weil es sich hierbei um eine Tätigkeit handelt, die für alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen neu war:

„Neue Anregungen gibt's immer wieder (...). Dass man verschiedene Leute kennenlernt. Und dass die ihre eigenen Anregungen auch mitbringen. Jeder hat seinen eigenen Stil.“

Möglichkeiten, dieses „Wir-Gefühl“ zu unterstützen, bieten weiterhin „außeralltägliche“ Aktivitäten und Highlights.

3.3 Zusammenfassung und weitere Perspektiven

Alles in allem lässt sich aus den empirischen Ergebnissen schlussfolgern, dass sich die Kommunikation und Interaktion zwischen Besucher und Besucherinnen mit und ohne Behinderung sowohl was die Quantität als auch Qualität der sozialen Kontakte in den verschiedenen Projekten betrifft, bislang noch in Grenzen halten. Aus diesem Grunde sind weitere Bemühungen zu unternehmen, die Möglichkeit zu wechselseitigen Interaktionen zu erhöhen und zu einem Abbau von Berührungsängsten, Vorurteilen und Diskriminierung beizutragen. Dabei gilt zu bedenken: Der bloße Kontakt reicht nicht aus, um Menschen mit Behinderung in Regelangebote für Senioren und Seniorinnen zu integrieren. Angebote, die Gemeinsamkeiten thematisieren und Möglichkeiten der wechselseitigen Kommunikation zulassen, sind wettbewerbsorientierten Angeboten stets vorzuziehen. Wichtig ist zudem, auf die Schnittmenge zwischen den Interessen von Menschen mit und ohne Behinderung zu achten. Neben dem eigentlichen Angebot können ergänzend Aktivitäten initiiert werden, die „verbinden“ beziehungsweise ein Gemeinschaftsgefühl herstellen (z. B. gemeinsam das Mittagessen kochen oder einen Kuchen backen, gemeinsame Ausflüge).

Die dargestellten Ergebnisse verweisen daher auf einige wesentliche Aspekte, wie die Kontaktsituationen durch gezielte Planung erleichtert und flankiert werden können. Dabei sind folgende strategischen Überlegungen handlungsleitend (die hierfür relevanten Strategien entsprechen

den üblichen soziologischen und sozialpsychologischen Erkenntnissen zur Integration behinderter Menschen, vgl. etwa Cloerkes 2007, 136ff., Otten, Matschke 2008; Stürmer 2008; Jonas u.a. 2007, 520ff.):

Möglichkeiten des Kontakts herstellen (Kontakthypothese)

Die Kontakthypothese besagt, dass der regelmäßige Kontakt zwischen verschiedenen Gruppen zu einer Verringerung von Berührungsängsten, Vorurteilen und diskriminierenden Verhaltensweisen beiträgt. Allerdings reicht der „bloße“ Kontakt oftmals nicht aus und kann sogar zu einer Verschärfung des Problems führen. Entsprechend müssen weitere Bedingungen berücksichtigt werden. Genannt werden können

- ein regelmäßiger und dauerhafter Kontakt;
- eine angenehme Atmosphäre;
- ein möglichst gleicher Status beider Gruppen in der Kontaktsituation;
- übergeordnete Ziele (z. B. eine gemeinsame Aufgabe oder ein Projekt);
- ausreichend Möglichkeiten zur Kommunikation;
- die Vermeidung von Wettbewerbssituationen.

Gemeinsamkeiten schaffen durch Aktivitäten und Ziele (De- und Kreuzkategorisierung)

Ein wichtiger Aspekt in der Vorurteilsforschung ist das Thema „Gemeinsamkeiten“, welches häufig im Kontext der Strategien Dekategorisierung und Kreuzkategorisierung diskutiert wird.

Diese Strategien zielen darauf ab, das Bewusstsein für die eigene Gruppenzugehörigkeit zu reduzieren und die Mitglieder anderer Gruppen differenzierter wahrzunehmen. Über gemeinsame Aktivitäten



und Veranstaltungen wird beispielsweise versucht, Gemeinsamkeiten zu entdecken und die Mitglieder der jeweils anderen Gruppe als Person und nicht als „Gruppenmitglied“ wahrzunehmen. Erleichtert wird dieser Prozess wenn

- es ein gemeinsames Ziel gibt
- wenn gemeinsame Erfahrungen gemacht werden können (z. B. durch Ausflüge)
- wenn die Erfahrungen für alle Beteiligten neu sind und kein Erfahrungsvorsprung bei einer Gruppe besteht

Begleitung und Unterstützung durch professionelle Fachkräfte

Den Leitungspersonen kommt eine wichtige Funktion als Moderator und Vermittler zu. Daneben sollten gemeinsame Aktivitäten und Ziele bewusst initiiert werden, weil sie sich eben nicht immer von selbst ergeben.

So wurde auch in der Evaluation der verschiedenen Angebote stets ersichtlich, dass die Leitungspersonen als Schlüsselpersonen und Initiatoren, Initiatorinnen der Kontaktaufnahme zwischen den Menschen mit Behinderung und den weiteren Besucher und Besucherinnen fungieren. Die Leitungsperson sollte während des gesamten Angebots auch als Ansprechpartner/Ansprechpartnerin zur Verfügung stehen. Bei der Vermittlung zwischen Menschen mit und ohne Behinderung sind daher pädagogische Kenntnisse und das Wissen über Gruppenprozesse unabdingbar.

Der Einbezug Ehrenamtlicher muss professionell begleitet werden

Des Weiteren soll über einen Einbezug Ehrenamtlicher nachgedacht werden, vor allem weil die Besucher und Besucherinnen mit Behinderung nach Auskunft der Einrichtungsleiter und Einrichtungsleiterin-

nen als weitestgehend „angehörigenlos“ beschrieben werden. Folgende Voraussetzungen werden genannt:

- Nach Ansicht der Experten und Expertinnen ist eine professionelle Anleitung Ehrenamtlicher und gegebenenfalls Supervision durch eine hauptamtliche Kraft zwingend notwendig.
- Weiterhin ist es wichtig, dass eine ehrenamtliche Kraft Erfahrungen beziehungsweise Kenntnisse im Umgang mit Menschen mit Behinderung hat, da der Lebenslauf behinderter Menschen bereits von Kindheit an ganz anders aussieht. Ein Verständnis/Zugang zu Menschen mit Behinderung ist unabdingbar (z. B. Reduktion von Angst).
- Zuletzt muss eine ehrenamtliche Kraft die Fähigkeiten von Menschen mit Behinderung einschätzen können, um einer drohenden Überforderung vorzubeugen.

Die Bedeutung von Öffentlichkeitsarbeit und Information

Eine wichtige Frage bezieht sich auch darauf, ob und wie Besucher und Besucherinnen ohne Behinderung darauf vorbereitet werden sollten, dass eine Gruppe von Menschen mit Behinderung an dem Regangebot teilnehmen wird. Hierbei sind zwei Strategien denkbar:

- Auf der einen Seite könnte das Vermeiden einer gezielten Informationspolitik davor schützen, dass Besucher und Besucherinnen abgeschreckt werden und gegebenenfalls dem Angebot fern bleiben.
- Auf der anderen Seite stiftet das explizite Ausschreiben eines Angebots für Menschen mit und ohne Behinderung von vornherein ein „Wir-Gefühl“, weil sich die Besucher und Besucherinnen, die an einem solchen Angebot teilnehmen, gleichzeitig auf eine gemischte

Gruppe vorbereiten und festlegen können.

- Begleitung durch Fachkräfte, Angehörige oder Ehrenamtliche

Die Beobachtungen deuten jedoch darauf hin, dass sich vor allem bei den explizit ausgeschriebenen Angeboten für Menschen mit und ohne Behinderung vielfältige Interaktionen ergaben. Im Vorfeld sind daher schriftliche Informationen und/oder Informationsveranstaltungen durchaus als sinnvoll einzuschätzen. Es ist zu vermuten, dass eine gezielte Informationspolitik zu einer verbesserten Integration der behinderten Besucher und Besucherinnen beiträgt, wenn auch dadurch die Gefahr besteht, dass nichtbehinderte Besucher und Besucherinnen dem Angebot fern bleiben.

Abschließend lässt sich zusammenfassen: Regelangebote für ältere Menschen können unter bestimmten Bedingungen eine sinnvolle und konstruktive Erweiterung des Angebots für Menschen mit Behinderung sein. Diese These kann durch die empirischen Ergebnisse bestätigt werden. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Integration älterer Menschen mit Behinderung sollten jedoch folgenden Aspekte Beachtung finden:

- Gezielte Ausweisung als integratives Angebot
- Kleine Gruppen
- Eine ausgewogene Mischung bei der Besucherstruktur
- Regelmäßigkeit und Kontinuität des Angebots, keine zu langen Abstände
- Spiele, Musizieren, Kochen/Backen und künstlerische Angebote
- Neuartigkeit der Aufgabe, keinen Wissensvorsprung
- Gemeinsame Interessen entdecken und fördern
- Gemeinsame Aktivitäten und Highlights

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2005): Eingliederungshilfe – Zahlen, Daten, Fakten – Hintergründe – Folgerungen. Referat von Fritz Baur, Vorsitzender der BAGüS, anlässlich der Veranstaltung „Case Management in der Eingliederungshilfe“, Kiel. Online unter: www.lwl.org/spur-download/bag/baur_20062005.pdf.

Bleeksma, M. (1998): Mit geistiger Behinderung alt werden. Beltz Verlag, Weinheim.

Buchka, M. (2003): Ältere Menschen mit geistiger Behinderung – Bildung, Begleitung, Sozialtherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel.

Cloerkes, Günther (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Edition S, Universitätsverlag Winter, Heidelberg.

Con_sens GmbH Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung (2003): Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen (im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung). Hamburg. Online unter: www.consens-info.de/upload/files/CMSEditor/Bericht_WfBEndfassung.pdf.

Haveman, M.; Michalek, S.; Hölscher, P.; Schulze, M. (2000): Selbstbestimmt älter werden: Ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung zur Vorbereitung auf Alter und Ruhestand. In: Geistige Behinderung, 1/00, S. 56 bis 62.

Havemann, M., Stöppler, R. (2004): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Kohlhammer, Stuttgart.



Hollander, J.; Mair, H.: Den Ruhestand gestalten. Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 2006.

Gitschmann, P.: Ältere Behinderte zwischen Behinderten- und Altenhilfe. In: Informationsdienst Altersfragen, Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), 30. Jg., Heft 5/2003, S. 2 bis 5.

Jonas, K.; Stroebe, W.; Hewstone, M. (Hrsg.) (2007): Sozialpsychologie. Eine Einführung. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Landesverband Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte (Hrsg.) (2004): Neuland entdecken – Wenn Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand gehen. Individuelle Übergänge gestalten. Erfahrungen und Praxisanleitungen aus dem Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“. Erdnuss Druck GmbH, Sendenhorst.

Mair, H. (2006): Den Ruhestand gestalten lernen. Begleitung von behinderten Menschen im Alter. Projektantrag 11.04.2006. Online unter: egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand/projekt/bindata/Den_Ruhestand_gestalten_lernen_Projektantrag.pdf

Mair, H.; Roters-Möller, S. (2007): Den Ruhestand gestalten lernen – Menschen mit Behinderung in einer alternden Gesellschaft. In: Cloerkes, G.; Kastl, J.M. (Hrsg.): Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderung im Netz der Institutionen. (Materialien zur Soziologie der Behinderten, Band 3). Universitätsverlag Winter, Heidelberg, S. 211 bis 240.

Mair, H. u.a. (2008): Den Ruhestand gestalten lernen. Erhebung von Praxiserfahrungen und Entwicklung von Perspektiven für ältere Menschen mit Behinderung. Abschlussbericht Juli 2008. Veröffentlicht auf den Internetseiten der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Online unter: egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand/aktuelles/bindata/Abschlussbericht_Endversion_anclickbar.pdf

Otten, S.; Matschke, C. (2008): Dekategorisierung, Rekategorisierung und das Modell wechselseitiger Differenzierung. In: Petersen, L.E.; Six, B. (Hrsg.): Stereotyp, Vorurteil und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen. Beltz Verlag PVU, Weinheim/Basel, S. 292 bis 300.

Stürmer, S. (2008): Die Kontakthypothese. In: Petersen, L.E.; Six, B. (Hrsg.): Stereotyp, Vorurteil und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen. Beltz Verlag PVU, Weinheim/Basel, S. 283 bis 291.

Urban, Wolfgang (2003): Selbstbestimmt leben mit Behinderung – auch im Alter. Erfahrungsbericht aus einem ambulanten Dienst für Menschen mit Behinderung. In: Informationsdienst Altersfragen, Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), 30. Jg., Heft 5/03, S. 6 bis 8.

Prof. Dr. Thomas Meyer
 Prof. Dr. Paul-Stefan Ross
 Constanze Störk-Biber
 Andrea Müller
 (unter Mitarbeit von Katrin Kissling)
 Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS)

Projekte aus dem Themenbereich Stärkung der Selbständigkeit im eigenen Wohnraum

Baustein	Durchführender Kreis	Kooperationspartner	Zielgruppe	Ziele	Wissenschaftliche Begleitung
2.3 a, b Begleitetes Wohntraining zu Hause	Enzkreis Landkreis Waldshut		Ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung, die noch bei ihren Eltern leben	Erweiterung der Wohnoptionen nach Wegfall der familiären Betreuung, Erhöhung der Selbständigkeit, Soziale Integration, Vermeidung von Kostensteigerung	Ev. Hochschule Ludwigsburg Prof. Jo Jerg
2.3 c Begleitetes Wohntraining zu Hause	Landkreis Reutlingen	BruderhausDiakonie Reutlingen Staatliches Schulamt Reutlingen Karl-Georg-Haldenwang-Schule Münsingen Peter-Rosegger-Schule Reutlingen	Jüngere Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Werkstufe und nach Schulentlassung, die bei ihren Eltern leben	Erweiterung der Wohnoptionen, Erhöhung der Selbständigkeit, Soziale Integration, Vermeidung von stationärer Betreuung	Ev. Hochschule Ludwigsburg Prof. Jo Jerg





Baustein 2.3 – Erfahrungsbericht des Enzkreises

Britta Kinzler und Stephan Eck

Vorgeschichte

Nachdem die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe zum 01.01.2005 vollständig auf die Stadt- und Landkreise übertragen wurde, haben Enzkreis und Stadt Pforzheim diese neue Verantwortung als Chance genutzt, durch den direkten Kontakt zu allen Beteiligten vor Ort passgenaue Hilfen zu entwickeln.

Bei der genaueren Betrachtung der Leistungsempfänger fiel unter Anderem auf, dass viele Menschen mit Behinderungen ihren Lebensmittelpunkt in der eigenen Familie haben. Insbesondere bei der Mehrheit der Werkstattbeschäftigten sind es die Familien, die mit sehr viel Engagement die Versorgung und Betreuung leisten.

Die Altersstruktur der Werkstattmitarbeiter lässt weiter darauf schließen, dass deren Eltern nach und nach in ein Alter kommen, in dem diese die Versorgung der behinderten Kinder nicht mehr umfassend leisten können.

Zudem hat ein „Zuviel“ an Versorgung in der Vergangenheit in vielen Fällen dazu geführt, dass das behinderte „Kind“ nicht im möglichen Maß gefördert und auf eine selbstständige Lebensführung vorbereitet wurde.

In der Folge ist die Unselbstständigkeit so groß, dass nach dem Wegfallen der familiären Betreuung, nur der Wechsel in eine vollstationäre Wohnform bleibt.

Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, haben die Verantwortlichen der

Kreisverwaltung zusammen mit einer Studentin der Fachrichtung Pflegemanagement an der Fachhochschule Würzburg das Konzept „Begleitetes Wohntraining zu Hause“ entwickelt.

Die Ausschreibung des KVJS „Neue Bausteine in der Behindertenhilfe“ bot die idealen Rahmenbedingungen, dieses Konzept zu realisieren.

Dem Antrag des Enzkreises wurde entsprochen, so dass zum 01.03.2009 der Heilpädagoge Stephan Eck beim Landratsamt Enzkreis für diese Aufgabe eingestellt wurde. Die Ansiedlung der Stelle beim Fachdienst Eingliederungshilfe und die Verknüpfung des Wohntrainings mit dem Fallmanagement erwiesen sich als ideal.

1. Auswahl der Teilnehmer

2005 trat die Verwaltungsreform in Kraft und machte so die Landkreise zu unmittelbaren Kostenträgern vor Ort. Die Philosophie des Enzkreises ist es, jeden Hilfeempfänger persönlich kennenzulernen und mit ihm und seinen Angehörigen gemeinsam die Hilfen zu planen. In sogenannten Kennenlerngesprächen wurde sowohl über die individuelle Versorgungsstruktur des Betroffenen gesprochen, als auch von Seiten des Landratsamtes über alternative Maßnahmen informiert. Bei diesen Gesprächen stießen die Mitarbeiter auch auf Familienkonstruktionen, die für das Projekt „Wohntraining zu Hause“ geeignet waren – besonders Familien, bei denen die versorgenden Eltern beziehungsweise das versorgende Elternteil schon ein entsprechendes Alter erreicht

hatte. Kriterien für die Auswahl der Teilnehmer waren ihr Entwicklungspotential und der Wunsch, eigene Vorstellungen über zukünftige Wohnmöglichkeiten umzusetzen.

2. Kontaktaufnahme mit den Familien

Herr Eck erhielt vom Fachdienste Eingliederungshilfe eine Liste von potentiellen Teilnehmern. Diese Liste wurde anhand der genannten Kriterien im Nachgang der Kennenlerngespräche erstellt. Anhand dieser Liste nahm Herr Eck telefonisch Kontakt zu den Klienten beziehungsweise deren Eltern auf, um mit diesen einen Termin für ein persönliches Gespräch zu vereinbaren. Anknüpfungspunkt war das Kennenlerngespräch und die dabei geäußerten Wünsche zum Thema Wohnen.

Etwa 30 Familien wurde angerufen, mit 22 wurde ein Termin zur Vorstellung des Projektes vereinbart. Die verbleibenden acht Familien hatten kein Interesse oder hatten bereits die Zukunft ihres behinderten Kindes geplant.

Nach einem ersten Informationsgespräch waren von den 22 interessierten Familien acht bereit am Projekt teilzunehmen. Die anderen sahen aktuell noch keinen Bedarf.

Ein paar Familien wollten sich zu einem späteren Zeitpunkt melden, was jedoch bis heute nicht geschehen ist.

Mit Familien, die weder auf Anrufe noch Schreiben von Herrn Eck reagiert hatten, wurden Termine in der Werkstatt vereinbart, an denen auch der Soziale Dienst der Lebenshilfe teilnahm. So konnten vier weitere Teilnehmer über den Kontakt mit der Lebenshilfe für das Projekt gewonnen werden. Eine Mutter meldete sich von

sich aus, nachdem sie in der Beratungsstelle für Hilfen im Alter von dem Projekt erfahren hatte. Es erwies sich als nützlich, alle Träger und Beratungsstellen im Vorfeld zu informieren.

3. Kontaktaufnahme mit den Trägern im Versorgungsbereich

Die Träger der Behindertenhilfe im Versorgungsbereich Enzkreis/Stadt Pforzheim wurden erstmalig im Jahr 2006 über das Konzept informiert und um Stellungnahme gebeten. Leider reagierte nur ein Träger.

Als absehbar war, dass das Konzept im Rahmen der Neuen Bausteine umgesetzt werden konnte, wurden alle Träger mit einem Anschreiben informiert. Zudem stellten Frau Kinzler und Herr Eck das Projekt der Diakonie und der Lebenshilfe Pforzheim vor. Weitere Träger suchte Herr Eck alleine auf.

4. Durchführung des Wohntraining

Nachdem Herr Eck das Projekt interessierten Familien vorgestellt hatte, ging es an die Umsetzung. Zuerst erhob Herr Eck anhand der Dokumentationsunterlagen, die von der Hochschule Ludwigsburg erstellt worden waren, Stammdaten der Projektteilnehmer.

Für jeden Teilnehmer wurde ein Profil erstellt und mit den Teilnehmern und deren Familien abgestimmt, in dem die Kompetenzen der Teilnehmer, die möglichen Maßnahmen und die jeweiligen Unterstützer genau beschrieben wurden. Beispielsweise wurden die Eltern angehalten, ihrem erwachsenen Sohn das Vesper für die WfbM nicht mehr zu richten und ihn dies selbst erledigen zu lassen.



Außerdem wurden konkrete Tätigkeiten mit Hilfe von Herrn Eck eingeübt. Herr Eck begleitete und unterstützte die einzelnen Teilnehmer beim Einkaufen, beim Busfahren oder auch beim Wäschewaschen. Die Maßnahmen waren immer auf die zuvor besprochenen Ziele abgestimmt und entsprachen so ganz dem individuellen Lebensentwurf eines jeden Einzelnen.

In der Regel fanden die Treffen zwischen dem Klienten und Herr Eck einmal in der Woche statt. Ein Termin dauerte zwischen ein bis zwei Stunden und wurde oftmals ohne die Eltern durchgeführt. Herr Eck begleitete die Teilnehmer einzeln in ihren jeweiligen Sozialräumen, so wurde das Einkaufen vor Ort im Supermarkt trainiert. Dabei war Herr Eck nur unterstützend und beratend tätig, um eine möglichst hohe Selbständigkeit und Eigenverantwortung bei dem jeweiligen Klienten zu fördern. Die Eltern beziehungsweise Familienangehörigen wurden beraten und motiviert, ihren Kindern mehr zuzutrauen und sich selbst mehr zurückzunehmen.

Weitere Bausteine bei der Durchführung des Projektes waren zwei Kochkurse. Diese Kochkurse organisierte Herr Eck in Kooperation mit der VHS Pforzheim-Enzkreis. Herr Eck und eine Köchin leiteten an jeweils sechs Terminen die Teilnehmer an, sich einfache Gerichte selbst zuzubereiten. Durch diese Kochkurse lernten sich die Teilnehmer besser kennen – es entstand ein Miteinander und ein Gruppengefühl.

Alle Teilnehmer hatten weitgehend dasselbe Ziel – mehr Eigenständigkeit und Unabhängigkeit zu erlangen.

Eine weitere Möglichkeit sich auszutauschen, boten die sogenannten Gruppendiskussionen, die während der Projektlaufzeit zweimal durchgeführt wurden.

Herr Sickinger von der wissenschaftlichen Begleitung lud die Teilnehmer ein, über ihre Erfahrungen bezüglich des Wohntrainings zu sprechen. Einen geselligen Austausch gab es beim Sommerfest des Wohntrainings, an einer Grillhütte in Königsbach-Stein. Zu diesem Grillfest waren auch Eltern und Angehörige eingeladen.

Während der Projektlaufzeit erschienen drei Zeitungsartikel in der örtlichen Presse, die den Verlauf des Projektes anhand eines einzelnen Klienten aufzeigten. Die Artikel wurden von Herrn Eck geschrieben und über die Pressestelle des Landratsamtes an die regionale Presse weitergeleitet. Zudem fand ein regelmäßiger Austausch mit dem Sozialdienst der WfbM statt, um die Maßnahmen des Projektes auf die Ziele und Maßnahmen in der WfbM abzustimmen und diese über erreichte Entwicklungen zu informieren.

Weiter gab es die Möglichkeit von der Gustav-Heinemann Schule für Kinder mit Behinderung (Enzkreis ist Schulträger), Räumlichkeiten für Trainingszwecke zu nutzen. So fand ein Kochkurs in der Lehrküche der Schule statt. Zudem wurde in den Ferien die Trainingswohnung der Schule genutzt.

Teilnehmer, die schon eine Zeit lang in ihrer gewohnten Umgebung trainiert hatten, hatten die Möglichkeit in diese Wohnung für eine begrenzte Zeit einzuziehen, um das Erlernte zu erproben und eine Vorstellung von einer ambulant betreuten Wohnform zu bekommen. Sie verbrachten in den Ferien ein bis zwei Wochen alleine in dieser Trainingswohnung und wurden von Herrn Eck ambulant begleitet. Dadurch konnte am „Ernstfall“ ausprobiert werden, wie das Leben alleine klappt, beziehungsweise wie sich der Einzelne, in dieser Wohnung weitgehend auf sich gestellt, verhält.

Vier Teilnehmer wechselten während der Projektlaufzeit aus dem Elternhaus in eine eigene Wohnung. Drei davon werden ambulant betreut, einer benötigt keinerlei professionelle Unterstützung. Nach dem Auszug in die eigene Wohnung und einer Eingewöhnungszeit übergab Herr Eck die Betreuung an professionelle Dienste vor Ort.

Zum Abschluss des Projektes luden Frau Kinzler und Herr Eck alle Teilnehmer zu einem Essen in ein Pforzheimer Restaurant ein.

Herr Eck ist als Fallmanager des Enzkreises auch nach Abschluss des Projektes Ansprechpartner für die Teilnehmer.

5. Günstige und ungünstige Faktoren

Als besonders günstig erwies es sich, wenn Geschwister ohne Behinderung mit in die Überlegungen und Planungen einbezogen werden konnten. Zum einen „fürchteten“ sie, später eventuell die Betreuung übernehmen zu müssen und zum anderen sahen sie sich nicht im Stande ihre Geschwister im gleichen Maße zu betreuen, wie dies derzeit ihre Eltern tun. Somit waren die Geschwister sehr daran interessiert, dass das Wohntraining genutzt und mehr Selbstständigkeit entwickelt wurde.

Eine gute Zusammenarbeit mit den Trägern vor Ort ist sehr wichtig, war jedoch konkret nicht immer gegeben. Oftmals musste Herr Eck die Träger überzeugen, dass das Projekt nicht gegen die Interessen der Einrichtung arbeitet, sondern mit ihr für eine Verbesserung der Lebensperspektiven der Menschen mit Behinderung führen kann.

Gute Arbeitsbedingungen, wie etwa ausreichend Zeit für Gespräche mit den Fami-

lien und den Teilnehmern, ein Dienstwagen für die Termine vor Ort und der starke Rückhalt im Landratsamt erwiesen sich als unabdingbare Voraussetzungen, die Ziele des Projektes zügig umzusetzen.

Es erwies sich mehr als passend, dass Herr Eck sowohl für das Wohntraining als auch für das Fallmanagement zuständig war und ist. So lassen sich diese Tätigkeiten sehr gut verknüpfen und bieten Entwicklungsspielraum für eine gelingende Hilfeplanung.

Ungünstige Faktoren gab es überwiegend dort, wo sich Familien nicht mit der Zukunft ihrer „Kinder“ auseinandergesetzt haben beziehungsweise diesen Schritt aus „Angst“ bisher vermieden haben.

Familien, die (noch) nicht bereit waren, sich mit der Lebensplanung ihres behinderten Kindes zu befassen, konnten nicht für das Wohntraining gewonnen werden.

Zu diesen Fällen wird Herr Eck zu einem späteren Zeitpunkt erneut Kontakt aufnehmen und diese bei Bedarf beraten und unterstützen.

6. Resümee und weitere Perspektiven

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Projekt „Wohntraining zu Hause“ neue Wege eröffnet. Durch die aufsuchende Arbeit wird die Eingliederungshilfe präventiv tätig. Bisher wurde in diesen Fällen erst reagiert, wenn zum Beispiel ein Antrag auf stationäre Unterbringung gestellt wurde.

Der präventive Ansatz ermöglicht eine personenzentrierte und damit passgenaue Hilfeplanung. Der Fallmanager ist nicht nur Berater, sondern auch Gestalter der Hilfen und, was genauso wichtig ist – neutraler und verlässlicher Ansprechpartner. Der direkte Zugang zum Leis-



tungsempfänger und im umkehrten Fall der direkte Zugang des Hilfeempfängers zum Fallmanager, ermöglicht neue Perspektiven. Es entsteht eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe, bei der alle Belange in den Blick genommen werden. Somit gibt es die Möglichkeit, umfassend die Ressourcen des Klienten, aber auch die seines Umfeldes zu beleuchten und für die Zielerreichung sinnvoll einzusetzen. So entsteht oftmals ein individueller Hilfefix, ein Netz aus Unterstützungsangeboten die so nur aktiviert und vernetzt werden können, wenn der Fallmanager vor Ort die Hilfe aktiv planen kann. Ausgehend vom Bedarf des Klienten und den vorhandenen Ressourcen entstehen Maßnahmen zur Zielerreichung.

Erst eine sozialraumorientierte Hilfeplanung, die die Netzwerkarbeit vor Ort weiter vorantreibt, lässt eine Hilfeplanung aus einem Guss entstehen. Der Weg geht weg von der angebotsorientierten Hilfeplanung, die nur zum Ziel hatte, leere Plätze zu füllen, hin zu der klientenorientierten Hilfeplanung, die individuelle Hilfen aktiviert um den zuvor erhobenen Bedarf adäquat zu decken.

Um die Fallmanager vor Ort, also in den Kreismunicipalitäten bekannt zu machen, ist eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit in Form von Pressemitteilungen, Flyern, Visitenkarten und persönlichen Gesprä-

chen wichtig. Familien mit behinderten Kindern oder Angehörigen muss der direkte Zugang und Kontakt zu „ihrem Fallmanager“ auf einfachstem Wege möglich sein.

Im Enzkreis ist Herr Eck weiterhin für das Fallmanagement zuständig und wird bei Bedarf eine „aktive“ Hilfeplanung analog des Wohntrainings durchführen. Dabei wird wie bisher das Augenmerk auf die älteren Menschen mit Behinderungen gelegt, da bei diesen vermehrt Veränderungen im familiären Rahmen zu erwarten sind.

Darüber hinaus wird das Wohntraining, das bereits seit Jahren von den G- und K-Schulen mit Schülerinnen und Schülern mit Behinderung während der Schulzeit in einer Trainingswohnung durchgeführt wird, auch danach angeboten, um sozusagen ständig „am Ball zu bleiben“.

Herr Eck wird weiterhin ressourcenorientiert arbeiten, um so passgenaue Hilfen für jeden einzelnen Hilfeempfänger zu entwickeln.

Britta Kinzler
Sozialplanung Alten- u. Behindertenhilfe
Projektleitung
Stephan Eck
begleitetes Wohntraining zu Hause
Projektmitarbeiter

Baustein 2.3 – Erfahrungsbericht des Landkreises Waldshut

Nadine Bressau und Sabine Kortmann

I. Erwartungen an das Projekt

In der täglichen Arbeit in der Abteilung Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung wurde die Erfahrung gemacht, dass es im Landkreis Waldshut Menschen mit geistiger Behinderung gibt, die bis weit ins Erwachsenenalter hinein von ihren Eltern umfassend versorgt werden. Diese Unterstützung endet in dem Moment, wenn Krankheit oder Tod der Eltern die Fortsetzung der Betreuung unmöglich machen. Meist ist dann ein schnelles Handeln notwendig, damit die Versorgung des Klienten weiterhin gesichert ist.

Häufig kommt es dann zu einer Aufnahme in eine vollstationäre Einrichtung. Im Rahmen des Fallmanagements wird in den Gesamtplanungsgesprächen in der Folge oft sichtbar, dass die Betroffenen potenziell über viele Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, diese jedoch erst (wieder) aktiviert und trainiert werden müssen, bevor eine selbstständige Wohnform in Frage kommen kann. In manchen Fällen muss die Feststellung getroffen werden, dass eine Förderung vor Jahren erfolgversprechend verlaufen wäre, eine Verselbstständigung nun im fortgeschrittenen Alter und durch die über Jahrzehnte verfestigten Verhaltensmuster nicht mehr in diesem Umfang möglich ist.

Erwartung an das Projekt war, diese Personengruppe zu erreichen und Hilfebeziehungsweise Maßnahmeformen zu entwickeln, die rechtzeitig die vorhandenen Potenziale fördern, um eine größere Selbstständigkeit und Selbstbestimmung

zur erreichen, die den Betroffenen die Möglichkeit gibt, auf ein breiteres Spektrum an möglichen Wohnformen zurückgreifen zu können und auch nach dem Verlassen der Herkunftsfamilie entsprechend ihrer Fähigkeiten zu wohnen und am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben.

II. Verlauf im Projekt

Zu Beginn der Projektphase wurden die Akten der vom Alter her in Frage kommenden Personen gesichtet und relevante Daten zusammengetragen. Hier hat sich aber sehr schnell gezeigt, dass eine Entscheidung nach Aktenlage nicht funktioniert.

Daraufhin wurde die Werkstattleitung der Caritas gebeten, geeignete Kandidaten zu nennen. In einem gemeinsamen Gespräch wurden uns 20 Kandidaten beschrieben, bei denen die Voraussetzungen passen würden. Etwa die Hälfte der betroffenen Familien wurde telefonisch kontaktiert, über das Projekt informiert und zu einem unverbindlichen Erstgespräch eingeladen. Je nach familiärer Situation und Einstellung zum Thema Selbstständigkeit sind wir auf unterschiedliches Interesse gestoßen. Gerade sehr alte Eltern haben oft schon Schritte bezüglich der Versorgung ihrer Kinder eingeleitet und möchten auf diese Sicherheit nicht verzichten.

Zum unverbindlichen Erstgespräch wurden dann die grundsätzlich interessierten Familien eingeladen, um das Projekt und dessen Inhalte vorzustellen. In diesem Ge-



sprach wurde gemeinsam entschieden, ob eine Teilnahme am Projekt sinnvoll und gewünscht ist.

Daraufhin folgte das eigentliche Eingangsgespräch mit Situationsanalyse und Planung. Anhand der „Ergebnisse“ wurden in Absprache mit den Eltern die Schwerpunkte sowie die Herangehensweise des Wohntrainings besprochen.

Aus der Erfahrung heraus ergeben sich dann im Verlauf der Trainingsphase neue Schwerpunkte und Potenziale, auf die individuell und spontan eingegangen werden muss.

Bisher haben 14 Teilnehmer das Training durchlaufen, wobei mindestens drei zum aktuellen Zeitpunkt in der Lage wären, aus der häuslichen Betreuung in eine (betreute) eigenständige Wohnform zu wechseln.

III. Ergebnisse/Erfahrungen/ Bewertung

Im Laufe der zweijährigen Projektphase konnten verschiedene Erfahrungen gesammelt werden. In der Rückschau wird festgestellt, dass für den Trainingserfolg bestimmte Bedingungen/Strukturen auf drei wesentlichen Ebenen: Teilnehmer, Elternhaus und Zeitressourcen vorliegen müssen beziehungsweise diese als Grundvoraussetzung des Trainings hergestellt werden müssen.

Wichtigste Ebene ist der Teilnehmer selbst.

Dieser muss, neben der Motivation zur Teilnahme und aktiven Mitarbeit am Projekt, ein Grundverständnis für Zusammenhänge seiner Umwelt und einen gewissen Grad an Lernfähigkeit mitbringen.

Eine gleichermaßen wichtige Rolle liegt auf der Ebene des Elternhauses.

Das Elternhaus bestimmt maßgeblich, wie eingespielt und gegebenenfalls wie festgefahren das Familiensystem ist, aber genauso, wie viel Selbstständigkeit dem Mensch mit Behinderung in der Vergangenheit bereits zugestanden wurde. Ein sehr starres Familiensystem kann zur Folge haben, dass Potenziale der Teilnehmer nicht abgerufen werden.

Hier gilt es, unter Umständen bestehende Familiensysteme zu flexibilisieren und neue Organisationsstrukturen anzuregen beziehungsweise zu initiieren. Dadurch können die Potenziale der Teilnehmer in Form von neuen Fähigkeiten und/oder Interessen uns so weiter sichtbar und vor allem nutzbar gemacht werden.

Dritter wichtiger Erfolgsfaktor ist die Resource Zeit.

Der Aufbau von neuen stabilen Verhaltensweisen und der sichere situationsangemessene Einsatz von neuen Fähigkeiten erfordert, neben harter Arbeit des Teilnehmers an sich selbst, ein hohes Maß an Zeit.

Am Anfang des Trainings steht der Beziehungsaufbau. Der meist rasche Beziehungsaufbau (vermutlich durch Behinderung und Persönlichkeit der Teilnehmer begünstigt), erfährt über die Zeit eine Intensivierung und qualitative Steigerung, die dazu führen kann, dass die ursprünglich angenommene Fähigkeitsbasis des Teilnehmers neu bewertet werden muss.

Nicht nur deshalb wird es im Verlauf des Trainings immer wieder erforderlich, die Potenziale des Teilnehmers neu zu betrachten, um aufmerksam für neu erscheinende Fähigkeiten zu bleiben.

Im Laufe des Förderprozesses ergeben sich dadurch und durch die wachsenden Fähigkeiten der Betroffenen immer wieder neue Förderfelder, genauso wie durch den Umstand, dass ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben eine breite Grundlage an Fähigkeiten unterschiedlichster Bereiche erfordert.

Diese Vielzahl von Bereichen, die jeweils in Trainingseinheiten zu bearbeiten sind, macht es erforderlich, den Projektverlauf nicht in ein zeitlich enges Korsett zu zwängen, sondern genügend Zeit zur Verfügung zu stellen, um die nachhaltige Entwicklungen auf dem Weg ins selbstständige Leben zu ermöglichen.

Aus dem Blickwinkel der Angebotslandschaft der Eingliederungshilfe ist die Entwicklung von bisher nicht da gewesenen Unterstützungsformen sehr positiv zu bewerten.

Neben der Unterstützung der einzelnen Teilnehmer zu mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, entwickelte sich da-

rüber hinaus durch das Projekt eine neue Form der Öffnung beziehungsweise Erweiterung unserer Angebotslandschaft, indem „Die Brücke“, ein offener Treff für Menschen mit und ohne Behinderung, ins Leben gerufen wurde. „Die Brücke“ befindet sich noch im Aufbau und richtet sich zur Zeit an aktive und ehemalige Teilnehmer des Projekts. Langfristig soll „Die Brücke“ aber offen für interessierte Menschen mit und ohne Behinderung sein, um so ein Netzwerk von Menschen und Fähigkeiten zu schaffen, welches die Angebote unseres Wohntrainings, der Werkstätten und des Elternhauses ergänzen soll. Deutlich wird bereits heute, dass sie den Bedürfnissen und Wünschen unseres Landkreises entspricht und eine Lücke im Versorgungssystem schließen wird. Die geplanten regelmäßigen Treffen sollen, entsprechend dem Inklusionsgedanken, abwechselnd in den Orten der Teilnehmer stattfinden.

Nadine Bressau
Sabine Kortmann
Landratsamt Waldshut



Baustein 2.3 – Erfahrungsbericht des Landkreises Reutlingen

Antje Greif, Daniel Anhorn und Uwe Köppen

Immer häufiger stellen wir fest, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung lange Zeit ohne die konkrete Übernahme eigener Verantwortung und ohne Verselbstständigung im Elternhaus leben. Erst wenn die Eltern selbst nicht mehr in der Lage sind, ihre erwachsenen Kinder zu versorgen werden umfangreiche Hilfen beantragt. Leider ist es dann oftmals zu spät, um auf alltagspraktische Dinge zurückgreifen zu können, die zum Beispiel vormals in der Schule erlernt wurden. Diesem Problem wollen wir uns künftig anders stellen.

Da kamen zwei Anstöße zur gleichen Zeit gerade richtig, um das Projekt „Fürs Leben lernen“ in Angriff zu nehmen: eine Bitte um Unterstützung bei der Durchführung des schulischen Wohntrainings an der Karl-Georg-Haldenwangschule durch die Schule und die BruderhausDiakonie und die Möglichkeit, im Rahmen des Förderprojektes „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ des KVJS, tatsächlich neue Wege zu erproben.

1. Darstellung des Projekts

Das Projekt „Fürs Leben lernen – Ambulantes Wohntraining im Elternhaus“ ist ein Projekt das einen Übergang vom Lebensabschnitt „Schüler“ zum Lebensabschnitt „Erwachsener“ schaffen soll. Demnach sollen die Schüler durch eigene Erfahrungen und eigenaktives Handeln ein Mehr an Eigenverantwortung, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und persönlicher Lebensqualität erlangen. Im Fokus steht dabei die Erlangung der Fähigkeit zum ei-

genständigen Wohnen im und außerhalb des Elternhauses in möglichst selbstständiger und selbstbestimmter Form. Das Elternhaus soll dabei aktiv eingebunden werden.

Als Zielgruppe wurden junge Menschen mit wesentlichen Behinderungen im Sinne des §53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, die Schüler der Berufschulstufe (frühere Werkstufe) sind, formuliert. In Einzelfällen wurden auch junge Erwachsene einbezogen, die die Berufschulstufe bereits durchlaufen haben und einen besonderen Bedarf in der Unterstützung zur Verselbstständigung im Elternhaus und zur Tagesstrukturierung haben. Eine Altersgrenze beim Eingang in das Projekt von maximal 30 Jahren wurde festgelegt.

Ausgangslage

Die Mehrzahl der jungen Menschen mit Behinderungen hat ihren Lebensmittelpunkt in der eigenen Familie. Die Versorgung und Betreuung außerhalb der Schulzeiten wird in den meisten Fällen mit sehr viel Engagement von den Eltern oder anderen Familienmitgliedern geleistet. Oft steht die bestmögliche Versorgung der Kinder mit Behinderung im Mittelpunkt der Familien. Die Hinführung zum selbstständigen Leben und das Fördern der notwendigen Ablöseprozesse kommen dabei oft zu kurz. Die Erfahrungen im Erwachsenenbereich zeigen, dass die Unselbstständigkeit in vielen Fällen so groß ist, dass nach dem Wegfallen der familiären Betreuung nur der Wechsel in eine vollstationäre Wohnform bleibt. Künftig soll eine Betreuung im ambulan-

ten Rahmen primäres Ziel der Verselbstständigung sein. Ziele sind:

- Aktive Übernahme von „Erwachsenenaufgaben“ durch die jungen Menschen mit Behinderung im eigenen Elternhaus
- Erweiterung der Wohnmöglichkeiten bei der Verselbstständigung aus dem Elternhaus
- Erreichen der individuell größtmöglichen Selbstständigkeit
- Soziale Integration
- Weiterentwicklung der Fähigkeiten unabhängig vom Elternhaus aktiv zu sein
- Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, Steigerung des Selbstwertgefühls
- Versorgenden Familien die Angst vor der Zukunft des behinderten Kinds zu nehmen
- Vermeidung von Kostensteigerung in der Eingliederungshilfe

Das Projekt „Fürs Leben lernen“ stellt eine Ergänzung zum Trainingswohnen der Schulen dar. Die Lerninhalte des Ambulanten und des schulischen Wohntrainings werden aufeinander abgestimmt beziehungsweise bauen aufeinander auf.

2. Zugänge und Anfangsphase des Projekts

Das Projekt wurde in zwei regionale Teilbereiche aufgeteilt, den Bereich Stadt Reutlingen und den Bereich Ermstal.

Projektteilnehmer im Gebiet Reutlingen sollten Schülerinnen und Schüler der Berufsschulstufe der Peter-Rosegger-Schule im Alter zwischen 16 und 18 Jahren sein. Interessenten für das Projekt sollten über die Schule gefunden werden. Dies wurde zunächst erschwert, da die Schule anfangs dem Projekt gegenüber Bedenken hatte, weshalb sich der Projektbeginn

dort etwas verzögerte. Diese Anfangsschwierigkeiten bedeuteten, dass die Teilnehmer nach und nach dazu stießen, das heißt sie konnten nicht gemeinsam beginnen und haben alle eine zeitlich unterschiedliche Projektteilnahme von sieben bis 18 Monaten.

Insgesamt beteiligten sich am Reutlinger Teilprojekt acht Jugendliche und junge Erwachsene

Im Teilbereich „Ermstal“ nahmen während der Projektdauer fünf Personen mit geistigen Behinderungen und deren Angehörige teil. Die Altersspanne lag zwischen 18 und 22 Jahren. Zu Beginn des Projektes gingen alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen hier in die Berufsschulstufe der Karl-Georg-Haldenwang-Schule in Münsingen, später erfolgte bei zwei Teilnehmern der Wechsel in den Berufsbildungsbereich (BBB).

Der Zugang zum Projekt im Ermstal erfolgte in enger Abstimmung mit den Lehrern und Lehrerinnen der G-Schule und durch einen Elterninformationsabend, zu dem die interessierten Eltern und ihre Kinder eingeladen wurden. Die Teilnahme war insgesamt freiwillig, wobei sich die Familien für die Projektdauer von zwei Jahren freiwillig verpflichteten.

Es wurde deutlich, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Schulen und Projektbeteiligten wichtig ist, um Bedenken und gegenseitigen Vorbehalten entgegenzuwirken.

Die Anzahl der Einzelkontakte variierten von elf bis 36 und waren zwischen ein und vier Stunden lang. Die Kontakte ließen sich untergliedern in: Elterngespräche, Beratungen, Planungen, Hospitationen, Einzelkontakte und Gruppenkontakte. Sie waren individu-



ell auf die Zielplanungen ausgerichtet. Es gab Auszeiten und Unterbrechungen durch Ferien, Praktika, Erkrankungen und Übungsphasen, die eine Zeitlang vom Jugendlichen allein ausgeführt wurden, bevor der nächste Schritt gemacht werden konnte.

Nach der Eingewöhnungsphase für die Familien und die jungen Menschen fanden Gespräche in allen Familien statt. Hier war es wichtig, die bereits vorhandenen Strukturen in den Familien kennenzulernen und vorrangige Ziele zu definieren. Es zeigte sich schnell, dass vor allem die Motivation der jugendlichen Teilnehmer ausschlaggebend war. Durch kleine und große Erfolge und gemeinsame Erlebnisse wuchsen das Vertrauen und die Beziehungen vom teilnehmenden Schüler zur Fachkraft.

3. Handlungsphase

Mit allen Jugendlichen und ihren Eltern wurden am Anfang eine Situationsanalyse und danach eine bis drei individuelle Zielplanungen vereinbart, die aufeinander aufgebaut waren. Für alle Projektteilnehmer und Projektteilnehmerinnen war Mobilität, Selbstständigkeit im Alltag, eigene Freizeitgestaltung und Freundeskreis das wichtigste Projektziel.

Der Einzugsbereich der Peter-Rosegger-Schule (PRS) umfasst Reutlingen Stadt, die Vororte und die umliegenden Gemeinden. Die Schüler und Schülerinnen der PRS leben an sehr unterschiedlichen Orten: stadtnah, in Randgebieten, in dörflichen Vororten oder Gemeinden.

Die Teilnehmer aus dem Ermstal, welche vornehmlich die Karl-Georg-Haldenwang-Schule (KGH) in Münsingen besuchten, waren stets mit der Hürde der schlechten Verkehrsanbindung und ländlichen Struk-

tur konfrontiert. Schnell entwickelte sich daher bei allen die Zielorientierung: Verbesserung der Mobilität im sozialen Nahraum bis hin zum freien Bewegen in und ums Ermstal.

Vier Reutlinger Jugendliche und vier Ermstaler lernten den Umgang mit Bus und Bahn. Sie fahren jetzt allein zur Schule, zum Sport, zu Kursen, zu Freunden. Einer erweiterte seinen Fahrradradius und ein weiterer bewegte sich allein auf bekannten Strecken im Ort. Das war Voraussetzung für einen **weiteren Schritt**: eigene Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten unabhängig von den Fahrdiensten der Eltern.

Da im Reutlinger Teilprojekt im Gegensatz zum Ermstalprojekt (Räume der Offenen Hilfen in Dettingen) kein eigener Raum für Treffen, Freizeitgestaltung oder Kochtraining zur Verfügung stand, musste auf öffentliche und private Räume ausgewichen werden. Es zeigte sich, dass die Jugendlichen räumlich gut orientiert waren, das heißt dass sie wahrscheinlich schon seit längerem, überflüssigerweise Assistenz bekamen in Form von Fahrdiensten und Begleitungen. Die Zunahme an Mobilität brachte Veränderungen in die Familien. Um die Sicherheit weiterhin zu gewährleisten, bekamen vier Jugendliche ein Handy. Elterngespräche wurden notwendig, da die neue Selbstständigkeit mit sich brachte, dass die Jugendlichen plötzlich später nach Hause kamen als geplant und die Eltern nicht wussten, wo sie waren. Da wurde ein Abstecher zum Dönerstand (Taschengeld sei Dank!), ein verpasster Bus, ein nicht geplanter Bummel durch ein Geschäft, unter anderem zum Problem. Da alle Jugendlichen nicht behinderte Geschwister hatten, bei denen solche Unwägbarkeiten eher keine Probleme und Ängste bei den Eltern hervorrufen, machte die Reaktionen der Eltern

deutlich, wie unterschiedlich der Umgang innerhalb der Familien mit behinderten und nicht behindert Familienmitgliedern ist. Auch die **Schule** war sehr darauf bedacht, ihren Teil dazu beizutragen, dass die Schüler sicher zur Schule und nach Hause kommen. Wenn Schüler für selbstständig genug eingeschätzt werden und die Eltern einwilligen, bot die Schule auch ein Fahrtraining an.

Das Leben in der Familie bedeutet für die Jugendlichen Schutz, Geborgenheit, Fürsorge und Versorgung zum einen, oft aber auch Überbehütung und Vollversorgung. Die Übergänge zum Erwachsenwerden, Verselbstständigung, Selbstbestimmung, Selbstbewusstsein und Selbstverantwortung werden oft in guter Absicht behindert oder erst gar nicht in Erwägung gezogen.

Ein weiteres Ziel war es, in enger Zusammenarbeit mit den Eltern, Geschwistern, anderen Angehörigen (Oma) und dem Jugendlichen selbst, Wünschen ein Stück näher zu kommen, Vorstellungen gemeinsam zu entwickeln, die den Jugendlichen ein selbstständigeres Leben innerhalb und außerhalb der Familie ermöglichen.

In den Gesprächen vor allem mit den Müttern wurden gemeinsam Pläne entwickelt, wie die neue Selbstständigkeit mit Selbstverantwortung in Einklang gebracht werden konnte: Häusliche Arbeiten und weitere bisherige Verantwortlichkeiten der Mütter, wie zum Beispiel das eigene Zimmer selbst zu putzen, das Bett allein zu beziehen, die Schwimmflasche alleine und eigenverantwortlich zu packen, und so weiter, wurden an die Jugendlichen delegiert.

Das soziale Umfeld der Familie wurde analysiert und, wo möglich, mit einbezogen, bestehende Kontakte wurden weiter

ausgebaut. Wichtig war, das Erlernete in den Alltag der Familie zu integrieren und dem Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, zu üben, auszuprobieren und auch zu scheitern. Der Alltag einer Familie war oft durchstrukturiert, sprich „eingefahren“, so dass Veränderungen nur schwer möglich waren. Beispiel: Hat ein Jugendlicher gelernt, in der näheren Umgebung einzukaufen (Metzger/Bäcker), sollte dies möglichst oft wiederholt und geübt werden. Dies ist aber nicht möglich, wenn nach wie vor ein Großeinkauf mit dem Auto zum Supermarkt praktischer ist!

Weitere Schritte und Aktivitäten waren:

- Unterrichtsbesuche der Fachkräfte
- Begleitung zu bereits bestehenden Freizeitaktivitäten
- Begleitung, Kennenlernen des Wohnumfelds
- Aufbau von Kontakten zu den anderen Projektteilnehmern
- Besuche in verschiedenen Wohnformen mit Gelegenheit zum Austausch
- Kennenlernen von Banken (z. B. Geldautomat), Krankenkasse (Krankmeldungen), Ärzte, Versorgungsamt und so weiter
- Eigene Freizeitplanung unabhängig vom Angebot für Menschen mit Behinderung
- Gruppenaktivitäten

Am Ende des Projekts wurde mit jedem Teilnehmer und seiner Familie ein Abschlussgespräch geführt.

4. Fazit

Nach anfänglichen leichten Misstrauen wurden die Eltern durch die Reaktionen und Fortschritte ihrer Kinder überzeugt. Im Gegensatz zu nicht behinderten Jugendlichen begehren Jugendliche mit Behinderung in der Pubertät nicht in



dem Maße auf, um ihre Selbstständigkeit durchzusetzen. Die Vollversorgung und Betreuung bleibt erhalten, obwohl sie es längst allein könnten.

Viele Eltern erziehen ihre Kinder auf eine Zukunft hin, die es nicht mehr gibt: die „Vollversorgung in einem Heim“. Mit dem Projekt wurde auf moderne Wohnformen aufmerksam gemacht und die größtmögliche Selbstständigkeit als Grundlage für eine künftige Wohn- und Betreuungsform bereits im Elternhaus angestrebt und umgesetzt.

5. Ausblick

Die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse werden im Landkreis Reutlingen an der

Schnittstelle zwischen Schule, Berufsfindung und weiterer pädagogischer Begleitung aktuell diskutiert. Personalstellen für die Weiterführung des Projektes können derzeit nicht geschaffen werden. Im Einzelfall sind aber Leistungen möglich, die den Inhalten der Begleitung der Schüler und Schülerinnen, sowie deren Eltern entsprechen beziehungsweise an den dort offenkundig gewordenen Bedarfen ansetzen können.

Antje Greif
Daniel Anhorn
BruderhausDiakonie
Uwe Köppen
Landratsamt Reutlingen

Abschlussbericht der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg zu Baustein 2.3

Professor Jo Jerg, Harald Sickinger

Ein Mensch mit Assistenzbedarf – nennen wir ihn Bernd Maier – wohnt dort, wo er immer gewohnt hat: Zu Hause bei der Familie. Nun ist die zu Hause lebende Familie allerdings im Laufe der Jahre kleiner geworden. Bernd Maiers Vater ist vor einigen Jahren gestorben und seine Schwester ist schon lange ausgezogen. Sie wohnt jetzt ungefähr 100 km entfernt. Zu Hause lebt der 48-jährige Herr Maier nun zusammen mit seiner 79-jährigen kranken Mutter. Auf Anraten der Schwester nimmt er am Projekt „Wohntraining zu Hause“ des Landreises teil. Herr Maier soll selbstständiger werden und er will das auch selbst, damit er nicht später einmal – wenn die Mutter nicht mehr lebt – in einer Wohnform leben muss, „die für mich nicht passt“, so sagt er es selbst.¹

Ausgangssituationen wie diese standen am Anfang der Arbeit im Modellbaustein „Begleitetes Wohntraining zu Hause“. In drei baden-württembergischen Landkreisen wurden neue Wege in der Eingliederungshilfe für erwachsene oder erwachsen werdende Menschen mit Assistenzbedarf erprobt, die im Elternhaus wohnten und ihre Potenziale für ein selbstbestimmteres und selbstständigeres Leben bis dahin nicht hatten ausschöpfen können. Im folgenden Bericht werden Erkenntnisse aus der Projektarbeit im Enzkreis, im Kreis Waldshut und im Kreis Reutlingen aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung zusammengefasst.

Nach kurzen Darstellungen von Ausgangsproblematik, Handlungsziel sowie Handlungsansatz des „begleiteten Wohntrainings zu Hause“ und einem Abriss über Aufgaben und Design der wissenschaftlichen Begleitung wird ein Überblick über die jeweiligen Verläufe der drei Einzelprojekte gegeben. In der Zusammenschau von Erfahrungen aus allen drei Projekten werden im Anschluss daran Entwicklungen und Barrieren aufgezeigt, die bei den Erprobungen erkennbar wurden. Im letzten Kapitel schließlich sind projekterprobte Ansätze und Wege zusammengestellt, die zur Überwindung von Barrieren für Menschen wie Herrn Maier aus dem oben genannten Beispiel beitragen können. Unter anderem an diesem Beispiel werden die Empfehlungen illustriert.

1. Problemstellung

Zahlreiche erwachsene Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen leben zu Hause in ihren Herkunftsfamilien.² Neben vielen Chancen ergeben sich aus diesen Wohnkonstellationen spezifische Herausforderungen beziehungsweise Schwierigkeiten im Hinblick auf selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse – der Ablösungsprozess vom Elternhaus steht für Familien mit Menschen mit Assistenzbedarf unter besonderen Vorzeichen (vgl. Schultz 2010: 154). Viele Eltern unterstützen ihre assistenzbedürftigen Kinder

1 Dieses Beispiel ist angelehnt an eine Ausgangssituation in einem der Projekte, wurde aber aus Anonymisierungsgründen verfremdet. Das Zitat entstammt einer Gruppendiskussion der wissenschaftlichen Begleitung mit Teilnehmenden (Gd 2 /09).

2 Schätzungen in der Fachdiskussion gehen laut Schultz davon aus, dass 60 Prozent aller erwachsenen Menschen mit sogenannten Behinderungen im Elternhaus wohnen (vgl.: Schultz 2009: 10).



mit großem Engagement und übernehmen in diesem Zusammenhang oft dauerhaft umfangreiche Versorgungsaufgaben – teilweise sehen sie sich hierzu auch durch entsprechende Rahmenbedingungen gezwungen. Versorgung und Schutz haben in bestimmten Lebenssituationen und Lebensphasen eine große Bedeutung für die Lebensqualität der Betroffenen. Übergänge ins Erwachsenenleben beziehungsweise selbstbestimmte Verselbstständigung im Allgemeinen können allerdings behindert werden, wenn Versorgung und Schutz vor anderen Unterstützungsformen für Menschen mit Assistenzbedarf dominieren. In der Fachliteratur wird vielfach davon ausgegangen, dass sich Eltern ihren assistenzbedürftigen Kindern gegenüber oft überbehütend verhalten (vgl. ebd.). Deren Entwicklungs- und Teilhabemöglichkeiten werden dann erheblich eingeschränkt, selbstbestimmte und selbstständigere Wege der Lebensführung werden erschwert. Diese Menschen im Erwachsenenalter haben dann teilweise zwar nicht mehr den sozialen Status von Kindern oder Jugendlichen, aber auch nicht die Rechte und Pflichten Erwachsener – gleichberechtigte Beteiligung an der Erwachsenenwelt bleibt ihnen oft verwehrt.

Dies kann auch zur Konsequenz haben, dass persönliche Entwicklungsprozesse, die mit dem Erwachsenwerden verbunden sind, gehemmt werden. Hierzu gehören beispielsweise die Zunahme von persönlicher Bewusstheit, die Zunahme von Individualität, die Möglichkeit des Sich-Entscheidens, die Zunahme von Selbstständigkeit sowie das Ausbalancieren von individuellen Wünschen beziehungsweise Bedürfnissen einerseits und äußerer Realität andererseits (vgl.: Wohlhüter 2005).

Wenn Menschen beim Erwachsenwerden und im Erwachsenenalter die Erfah-

rung machen, dass ihr Leben weiterhin von anderen Menschen, wie Angehörigen und professionellen Unterstützern/Unterstützerinnen, aber nicht von ihnen selbst entschieden beziehungsweise gestaltet wird, dann kann das dazu führen, dass sie passive Lebenshaltungen einnehmen. Sie schöpfen ihre Handlungsmöglichkeiten nicht aus, weil ihnen Zutrauen fehlt beziehungsweise weil sie annehmen, selbst wenig ausrichten zu können. Der amerikanische Psychologe Martin Seligman hat für diesen Zusammenhang den Begriff der erlernten Hilflosigkeit geprägt (vgl.: Seligman 1999). Selbstbestimmung und Selbstständigkeit werden behindert, wenn erwachsene Menschen mit Assistenzbedarf unter solchen Vorzeichen zu Hause wohnen. Betroffene und deren Familien können sich dann schwer weiterentwickeln und ebenso bleiben die jeweiligen Unterstützungsstrukturen vor allem auf die Eltern zentriert. Überwiegend sind die Mütter dabei in den tragenden Rollen (vgl. Stamm 2009: 37). In vielen Fällen scheint dabei die Inanspruchnahme von ambulanten Hilfen innerhalb der Familien aus Sicht der Eltern nur in Notfällen in Frage zu kommen – Unterstützung von außerhalb wird offenbar häufig als „Ultima Ratio“ angesehen (vgl. ebd.: 52).

Die Tragfähigkeit der stützenden familiären Netzwerke hängt unter den oben genannten Voraussetzungen in hohem Maße von der Leistungsfähigkeit der Eltern ab. Mit deren zunehmendem Alter wird deshalb in der Regel auch die Unterstützungsstruktur in diesen Familien immer fragiler – Krankheit oder Tod der Eltern können für deren erwachsene Kinder mit Assistenzbedarf zu unvorbereiteten Trennungen vom Elternhaus und zu großen Problemen für die Betroffenen führen (vgl. Klauß 2001: 6). Die abrupte Lösung der engen emotionalen Bindung zu den Eltern, fehlende Sicherheit und fehlende

Übung bei der selbstständigen Bewältigung des Wohnalltags können dann das Spektrum der für sie erreichbaren Wohn- und Lebensmöglichkeiten erheblich einschränken. Nicht selten bleibt nur die stationäre Vollversorgung.

2. Ziele und Methoden

2.1 Ziele und Handlungsansätze der Praxisprojekte

Als Ziel eines Lösungsansatzes für die oben skizzierte Problematik durch Maßnahmen im Bereich der Eingliederungshilfe wird angestrebt, dass Menschen mit Assistenzbedarf im familiären Kontext in größtmöglicher Selbstbestimmung und Selbstständigkeit leben. In diesem Zusammenhang erscheint es zunächst notwendig, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit begrifflich zu unterscheiden.

Selbstbestimmt leben meint nach Frehse: *„Kontrolle über das eigene Leben zu haben, basierend auf der Wahlmöglichkeit zwischen akzeptablen Alternativen, die die Abhängigkeit von der Entscheidung anderer bei der Bewältigung des Alltags minimieren“* (Frehse 1990: 37).

Zwei Arten von Selbstbestimmung lassen sich unterscheiden:

1. „Ich möchte etwas tun und tue es selbst“. Hier fallen Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zusammen.

2. „Ich möchte etwas tun und kann es selbst nicht ausführen“. Braucht man andere Menschen zur Befriedigung von Bedürfnissen, so müssen die Entscheidungen den Begleiter und Begleiterinnen erfolgreich mitgeteilt werden, um selbst bestimmen zu können. In diesem Fall erfordert Selbstbestimmung eindeutige Kommunikation und die Bereitschaft und Fähigkeit anderer, darauf einzugehen und

bei der Befriedigung von Bedürfnissen zu assistieren.

Selbstbestimmung ermöglicht den einzelnen Menschen, selbst Entscheidungen zu treffen, konkret zum Beispiel wann ich ins Bett will oder wie ich meine Freizeit verbringe. Selbstbestimmung setzt Respekt, Würde, Achtung vor dem anderen voraus. Selbstbestimmung endet dort, wo sie andere in ihrer Freiheit, Unversehrtheit zentral verletzt.

Selbstständigkeit bezieht sich auf die Möglichkeit, etwas selbst zu tun. Vielen Menschen mit Behinderungserfahrungen wird vieles abgenommen, nicht nur Entscheidungen, sondern auch Möglichkeiten des selbstständigen Erprobens, weil es zu lange dauern würde oder zum Beispiel als zu riskant eingeschätzt wird. Jedoch ist Selbstständigkeit abhängig von den Möglichkeiten, etwas selbstständig tun zu können. Menschen mit hohem Assistenzbedarf können weniger selbstständig tun als andere, was allerdings keineswegs ihr Selbstbestimmungsrecht einschränkt. Deshalb bedarf es einer klaren Unterscheidung der beiden Begriffe: Selbstbestimmung setzt keine Selbstständigkeit voraus. Aber mehr Selbstständigkeit ist eine bedeutende Option zur Verwirklichung von mehr Selbstbestimmung für viele Menschen mit Behinderungserfahrungen.

Ziel der Modellprojekte im Modellbaustein „Begleitetes Wohntraining zu Hause“ war es, dass erwachsenen beziehungsweise erwachsen werdenden Menschen mit Assistenzbedarf beim Wegfall der elterlichen Betreuung und Versorgung ein erweitertes Spektrum von Wohnmöglichkeiten offen steht. Hierzu sollten selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse für die Betroffenen und ihre Familien beitragen.



Der konzeptionelle Grundansatz zur Erreichung dieses Ziels in den Projekten bestand in einer spezifischen präventiven³ Form der aufsuchenden Arbeit pädagogischer Fachkräfte mit den Betroffenen und deren Angehörigen an selbstbestimmten Verselbstständigungsprozessen. Hierbei sollten auch erweiterte Teilhabe- und Wohnmöglichkeiten entwickelt und Übergänge vorbereitet sowie gegebenenfalls durch passgenaue Hilfen beziehungsweise deren Vermittlung unterstützt werden. Dieser Handlungsansatz wurde im Enzkreis, im Landkreis Reutlingen und im Landkreis Waldshut in Form von sogenannten „begleiteten Wohntrainings zu Hause“ erprobt. Gemeint ist hierbei aber nicht das Erlernen isolierter Fertigkeiten – bei einem solch engen Verständnis des Begriffs Training, schreibt Dworschak, *„treten allzu leicht die Vielzahl und Komplexität der Lerninhalte des Wohnens sowohl im lebenspraktischen als auch im sozial-emotionalen Bereich in den Hintergrund.“* (Dworschak 2007).

Über praktische Trainingsmaßnahmen hinaus beinhaltete der Handlungsansatz der Projekte auch Beratungen und vielfältige andere Aktivitäten zur selbstbestimmten Verselbstständigung. Das Reutlinger Teilprojekt hatte sich nicht zuletzt deshalb den weiteren Titel „Fürs Leben lernen“ gegeben.

Die Aufgabenstellungen der Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen lassen sich in vier zentrale und allen Projekten gemeinsame Aufgabendimensionen der Fachkräfte gliedern:

1. Aufsuchendes Kennenlernen der Klienten/Klientinnen und ihrer Familien.
2. Situationsanalysen im Hinblick auf Potenziale für selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse.

3. Zielentwicklung und Planung der Projektaktivitäten gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen.

4. Durchführung beziehungsweise Koordination von Aktivitäten mit den Wohntrainingsteilnehmern und Wohntrainingsteilnehmerinnen und ihrem Umfeld zur Unterstützung von selbstbestimmten Verselbstständigungsprozessen.

2.2 Ziele und Methoden der wissenschaftlichen Begleitung

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es, die Umsetzung und Weiterentwicklung der bestehenden Konzepte zum „begleiteten Wohntraining zu Hause“ beziehungsweise des Projektes „Fürs Leben lernen“ beratend zu begleiten, zu dokumentieren und zu evaluieren. Zentrales Ziel war dabei der Erkenntnisgewinn im Hinblick auf gelingende Ansätze bei der Unterstützung selbstbestimmter Verselbstständigungsprozesse, die sowohl für zukünftige Handlungskonzepte in den drei Modell-Landkreisen als auch für andere Landkreise relevant sind.

Die zentrale erkenntnisleitende Frage der wissenschaftlichen Begleitung lautete: Welche gelingenden Ansätze und Wege werden im Rahmen des oben genannten Handlungsrahmens der Praxisprojekte erkennbar, die zu selbstbestimmten Verselbstständigungsprozessen für zu Hause wohnende erwachsene Menschen mit Assistenzbedarf beitragen? Der forschende Blick suchte dabei nach Möglichkeiten und Handlungsspielräumen für die Unterstützung von selbstbestimmten Verselbstständigungsprozessen sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf den Ebenen des familiären und des außerfamiliären Umfeldes.

3 Neu bei diesem Ansatz war, dass der Kostenträger nicht wartete bis ein Eingliederungshilfeantrag gestellt wurde, sondern vorausschauend tätig wurde.

Hierfür wertete die wissenschaftliche Begleitung Informationen und Einschätzungen aus, die in einem methodentriangulierten und mehrperspektivischen Vorgehen aus den unterschiedlichen Blickwinkeln von den Projektmitarbeitern und Projektmitarbeiterinnen, den Projektteilnehmern und Projektteilnehmerinnen und von deren Angehörigen erhoben wurden. Zentrale Datenquellen waren dabei:

- Schriftliche Dokumentation der Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen in Form von Dokumentationsformularen. Diese Formulare waren von der wissenschaftlichen Begleitung in Absprache mit der Praxis entwickelt worden. Hierbei wurden sowohl quantitative als auch qualitative Daten erhoben.⁴
- Regelmäßige Projektbegleitgespräche mit den pädagogischen Fachkräften der Wohntrainings und den jeweiligen Steuerungsverantwortlichen der Landkreise.⁵
- Gruppendiskussionen mit den teilnehmenden Menschen mit Assistenzbedarf.⁶

- Telefonische Interviews mit Angehörigen nach Abschluss des Projektes.⁷

Auf diesen Datengrundlagen basieren sowohl die folgenden Darstellungen von Projektverläufen in den Einzelprojekten als auch die darauf folgenden Projektergebnisse.

3. Projektverläufe im Überblick

Der Grundansatz des „begleiteten Wohntrainings zu Hause“ wurde in den drei baden-württembergischen Landkreisen mit unterschiedlichen Altersschwerpunkten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, sich unterscheidenden Kontexten und variierenden Startzeitpunkten der Projekte umgesetzt. Die Laufzeit der vom KVJS Baden-Württemberg geförderten Projekte betrug jeweils zwei Jahre. Die wissenschaftliche Begleitung startete im April 2009 und endete im Dezember 2010.

In diesem Zeitraum waren an den drei Projekten zusammengenommen 36 Menschen mit Assistenzbedarf beteiligt.⁸ Die Anzahl der einzelfallbezogenen Aktivitäten je Teilnehmer und Teilnehmerin im

- 4 Insgesamt wurden in den drei Projekten zusammen 1 008 einzelfallbezogene Aktivitäten mit 36 Teilnehmern/Teilnehmerinnen bzw. deren Familien dokumentiert. Darüber hinaus liegen für die Teilnehmenden schriftliche Erhebungen von Grunddaten, Situationsanalysen sowie Dokumentationen der Planungsprozesse vor.
- 5 Über einen Zeitraum von 21 Monaten hinweg fanden insgesamt 30 Treffen der wissenschaftlichen Begleitung mit den Verantwortlichen der Projekte statt. Davon waren 7 Treffen gemeinsame Austauschrunden aller Projektvertreter/innen aus den drei Landkreisen.
- 6 An den drei Projektstandorten wurden Gruppendiskussionen in der Projektmitte im November/Dezember 2009 und am Projektende im November/Dezember 2010 durchgeführt. Dabei fanden jeweils in zwei Kleingruppen Reflexionsgespräche mit 3 bis 5 Teilnehmern/Teilnehmerinnen gemeinsam statt. Insgesamt waren sowohl in der Projektmitte als auch am Projektende jeweils 24 Teilnehmer/innen den Einladungen zu den Gruppendiskussionen gefolgt.
- 7 Es konnten Angehörige von 29 Teilnehmern/Teilnehmerinnen telefonisch interviewt werden. Nicht befragt wurden Angehörige in Fällen, bei denen Zugangshürden nach Maßnahmenabbrüchen entstanden waren oder andere wesentliche Voraussetzungen wie z. B. ausreichende gemeinsame sprachliche Grundlagen beider Gesprächsseiten fehlten. 23 Angehörigen-Interviews wurden mit den jeweiligen Müttern geführt, 3 mit Vätern, in einem Fall wurde mit Mutter und Vater gemeinsam gesprochen. 2 Telefonate fanden mit den Schwestern der jeweiligen Teilnehmer/innen statt. Interviews mit den Eltern waren in diesen beiden Fällen nicht möglich gewesen.
- 8 Nicht berücksichtigt sind bei diesen Angaben drei weitere Teilnehmer/innen, die am Ende bzw. kurz nach dem Ende des Erhebungszeitraums in das Projekt aufgenommen wurden.



Erhebungszeitraum variierte dabei abhängig vom Einstiegszeitpunkt, Bedarfslage und Verlauf zwischen sieben und 59 Terminen.⁹ Bei rund 80 Prozent der dokumentierten Termine handelte es sich um Aktivitäten mit einer Dauer von ein bis unter vier Stunden. Diese einzelfallbezogenen Aktivitäten waren vor allem praktische Wohntrainings mit den jeweiligen Teilnehmern und Teilnehmerinnen, aber oft auch Beratungen – in der Regel für die Familien der Betroffenen. Je nach Bedarfslage spielten in der Arbeit mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen auch weitere Aspekte wie Mobilität beziehungsweise Bewegung im öffentlichen Raum oder Freizeitgestaltung eine wichtige Rolle. Verbunden waren die Termine immer wieder mit Vernetzungsaktivitäten – beispielweise mit kooperierenden Einrichtungen.¹⁰

Typischerweise erfolgten Projektaktivitäten in vielen Fällen mit einer Frequenz von ein bis vier Treffen monatlich. Zu Beginn der individuellen Prozesse wurde häufig mit höherem Zeitaufwand gearbeitet und dieser dann nach und nach auf ein Maß reduziert, das weiterhin Kontinuität in der Zusammenarbeit ermöglichte. Nicht in jedem Fall wurde aber auf dieselbe Weise gearbeitet. Die Arbeitsweise bei der Umsetzung der oben genann-

ten allgemeinen Handlungsziele wurde sowohl an die jeweils spezifischen Bedingungen des Einzelfalls als auch an die unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen und Zielsetzungen an den drei unterschiedlichen Projektstandorten angepasst.

Im Folgenden werden konzeptionelle Rahmenbedingungen und Projektverläufe in den Einzelprojekten im Überblick dargestellt, die Reihenfolge der Darstellungen ist am Alter der Zielgruppen orientiert.

3.1 Landkreis Reutlingen

Konzeptionell vorgesehene Zielgruppe waren Schülerinnen und Schüler mit einer sogenannten geistigen Behinderung in der Werkstufe und nach Schulentlassung, die bei ihren Eltern oder in Pflegefamilien leben. Geplant war ein Altersspektrum zwischen 16 und 30 Jahren.

Durchgeführt wurde das Projekt vom Landkreis in enger Kooperation mit der BruderhausDiakonie. Im erweiterten Begleitkreis des Projektes waren darüber hinaus das staatliche Schulamt, die Haldenwang-Schule Münsingen und die Rosegger-Schule Reutlingen vertreten. Zwei pädagogische Fachkräfte mit einem

9 Bei rund 90 % dieser einzelfallbezogenen Aktivitäten waren die Teilnehmer/innen selbst beteiligt. Bei den anderen Terminen handelte es sich um Aktivitäten für die jeweiligen Teilnehmer/innen ohne deren Anwesenheit.

Von exakten Prozentangaben wurde hier wie auch an anderen Stellen abgesehen, weil für einen Teil der Aktivitäten zum Zeitpunkt der Berichtserstellung keine quantifizierbaren Angaben vorlagen und im Zusammenhang mit der Zielsetzung der wissenschaftlichen Begleitung auch eher die Erhebung und Darstellung von gerundeten Werten bzw. Größenordnungen als Hintergrundfolie für qualitative Auswertungen relevant erscheint. Je nach Einzelfrage lagen bei 10 % bis 20 % der Aktivitäten keine Angaben zur jeweiligen Frage vor.

10 Der Anteil der praktischen Wohntrainings an den Aktivitäten lag in der Zusammenschau der drei Einzelprojekte und auf der Grundlage von 836 Dokumentationsformularen mit entsprechenden Angaben bei rund 60 %, variierte jedoch je nach Bedarfslage der Betroffenen und Arbeitsweise in den Landkreisen deutlich. Teilweise überwogen auch Beratungsaktivitäten vor der praktischen Arbeit mit den Teilnehmern/Teilnehmerinnen.

Unter einzelfallbezogenen Aktivitäten wurden auch Beteiligungen der jeweiligen Teilnehmer/innen an Gruppenterminen im Projekt verbucht. Nicht fallbezogen in diesem Sinne waren also nur allgemeine Koordinations- und Kooperationstätigkeiten, Recherchen etc., die sich nicht unmittelbar auf Teilnehmer/innen bezogen.

Stellenumfang von je 40 Prozent wurden für das Projekt bei der BruderhausDiakonie angestellt und waren jeweils für den Einzugsbereich einer der beiden Schulen zuständig. Das Projekt begann im Dezember 2008.

Der Start der Projektaktivitäten im Einzugsbereich der Reutlinger Schule verzögerte sich wegen eines Personalwechsels. Die Mitarbeiterin hat dann im April 2009 ihre Tätigkeit im Projekt aufgenommen. Zugänge zu den Teilnehmern und Teilnehmerinnen erfolgten vor allem über Informationsveranstaltungen an den Schulen, hierbei gab es anfangs im Reutlinger Teilprojekt Schwierigkeiten, die auf eine zurückhaltende Projektbeteiligung der dortigen Schule zurückgeführt wurden. Diese Probleme waren später nach einem Wechsel in der Schulleitung nicht mehr erkennbar.

Zentrales Auswahlkriterium für Teilnehmer und Teilnehmerinnen am Projekt war ein erkennbares Verselbstständigungsinteresse der Betroffenen beziehungsweise der jeweiligen Familien.

Insgesamt 13 Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene sind im Landkreis Reutlingen in das Projekt eingestiegen, davon fünf im Münsinger Teilprojekt und acht im Reutlinger Teilprojekt. Das Altersspektrum der Teilnehmer und Teilnehmerinnen reichte von 16 bis 23 Jahren. In zwei Fällen wurden die Maßnahmen nach wenigen Kontakten vorzeitig abgebrochen, weil aus Sicht der Verantwortlichen Multiproblemmkonstellationen im Familiensystem sowie in einem der beiden Fälle eine vorliegende psychische Erkrankung keine zielführenden Aktivitäten ermög-

lichten. Alle anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen nahmen am Projekt mindestens über ein halbes Jahr hinweg teil. Neun Jugendliche/junge Erwachsene waren ein Jahr oder länger dabei.

Die Unterstützungsbedarfe der Teilnehmer und Teilnehmerinnen variierten je nach Lebensbereich und Teilnehmer/Teilnehmerin. Im Hinblick auf die einzelnen Bereiche fällt auf, dass in Bereichen, die eher durch klassisches Wohntraining berührt werden – zum Beispiel im Bereich „alltägliche Lebensführung“ – die Unterstützungsbedarfe tendenziell eher als gering bis mittelmäßig eingeschätzt werden, während in Bereichen, die in der Jugendphase oft einer besonderen Dynamik unterliegen, eher mittelmäßiger bis hoher Unterstützungsbedarf gesehen wird. Dies betrifft beispielsweise die Bereiche „Gestaltung sozialer Beziehungen“ und „emotionale und psychische Entwicklung“.¹¹

Für die Aktivitäten mit den Projektteilnehmern und Projektteilnehmerinnen war die Übernahme von Erwachsenenrollen durch die Betroffenen und dabei unter Anderem die Beteiligung an der Haushaltsführung eine zentrale Zieldimension. Darüber hinaus wurden häufig Ziele genannt, die sich unter der Überschrift „Freundschaften eingehen/Beziehungen gestalten“ subsumieren lassen. Teilweise damit zusammenhängend spielte außerdem die Zieldimension der Mobilität in der Arbeit des Projektes „Fürs Leben lernen“ eine große Rolle.

Diesen Zielen entsprechend fanden Aktivitäten einerseits mit einzelnen Teilnehmern und Teilnehmerinnen und andererseits auch immer wieder in Gruppen

11 Eine Teilnehmerin war eine junge Frau mit einer körperlichen Behinderung. Anders als die anderen Teilnehmer/innen wurde sie auch nicht im Elternhaus, sondern beim Übergang in das selbstständige bzw. ambulant betreute Wohnen und am Anfang dieser neuen Lebensphase unterstützt. Ein Teilnehmer war ein junger Mann mit vergleichsweise hohem Assistenzbedarf und einer geistigen Behinderung.



statt – wenn sich Teilnehmer und Teilnehmerinnen beispielsweise gegenseitig besuchten und dabei unter Anderem die notwendigen Tätigkeiten auf dem Weg von Wohnung zu Wohnung trainierten. Auch erlebnisorientierte Aktivitäten – teilweise am Wochenende – hatten in der Arbeit mit den jungen Menschen mit Assistenzbedarf eine große Bedeutung. Für die Eltern aus beiden Teilprojekten wurde ein gemeinsamer Informations- und Austauschabend organisiert. Im Rahmen von Unterrichtsbesuchen und in einem Fall im Kontext des schulischen Wohntrainings kooperierten die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen mit der Schule.

Im Münsinger Teilprojekt überwogen insgesamt handlungsorientierte praktische Aktivitäten mit den jugendlichen Wohntrainingsteilnehmern und Wohntrainingsteilnehmerinnen, während im Reutlinger Teilprojekt häufig begleitend zu Praxisaktivitäten Beratungen von Eltern – in der Regel den Müttern – stattfanden.

3.2 Landkreis Waldshut

Geplante Zielgruppe waren vor allem Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung im Altersspektrum von 30 bis 40 Jahren, die bei ihren Eltern leben. Das Projekt wurde direkt beim Landratsamt angesiedelt, zwei Fachkräfte wurden hierfür mit Stellenumfängen von 50 Prozent und 30 Prozent angestellt. Projektstart war im Mai 2009. Im Sommer 2010 stieg eine neue Mitarbeiterin als Schwangerschaftsvertreterin in das Projekt ein.

Die Zugänge zu den Teilnehmern und Teilnehmerinnen erfolgten in der Regel über die Fachkräfte der WfBM eines großen Trägers. Diese Zusammenarbeit verlief ent-

gegen anfänglicher Sorge ausgesprochen kooperativ.

Zentrale Kriterien bei der Auswahl potenzieller Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren möglichst hohe Verselbstständigungspotenziale und die Motivation der Betroffenen beziehungsweise ihrer Angehörigen. Darüber hinaus sollten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen keine Anfall-Erkrankungen haben. Bis zum Ende des Dokumentationszeitraums der wissenschaftlichen Begleitung im Dezember 2010 waren mit elf Menschen mit Assistenzbedarf im Altersspektrum von 22 bis 49 Jahren¹² „begleitete Wohntrainings“ durchgeführt worden.¹³ Davon wurden drei Wohntrainings wieder beendet, nachdem sich nach Einschätzung der Projektmitarbeiterinnen im Familiensystem eine nicht ausreichende Motivation beziehungsweise Verbindlichkeit für eine gewinnbringende Zusammenarbeit zeigte. Eine Maßnahme endete dadurch vorzeitig, dass die Betroffene in eine stationäre Wohnform außerhalb des Landkreises umzog. Sieben Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren länger als ein Jahr am Wohntraining beteiligt.

Die Einschätzungen der Unterstützungsbedarfe beim Projekteinstieg variierten je nach Teilnehmer und Teilnehmerin, insgesamt entsprachen sie aber dem auf Grund der Auswahlkriterien zu erwartenden Bild: Mit Ausnahme einer Teilnehmerin wurde im Durchschnitt unterschiedlicher relevanter Lebensbereiche ein eher geringer Unterstützungsbedarf eingeschätzt. Unterstützungsbedarfe sahen die Fachkräfte im Projekt anfangs tendenziell am ehesten dort, wo auch klassisches Wohntraining ansetzt, beispielsweise im Bereich „alltägliche Lebensführung“.

12 8 weibliche und 3 männliche Teilnehmer/innen. Altersspektrum der Eltern: 50 bis 76 Jahre.

13 Nach bzw. am Ende des Erhebungszeitraums stiegen noch drei weitere Teilnehmerinnen in das Projekt ein. Diese Einzelmaßnahmen wurden bei der Auswertung nicht mehr berücksichtigt.

Dem entsprechend war auch die Zieldimension der selbstständigen Durchführung haushaltsbezogener Tätigkeiten im Rahmen der Planungen der Projektaktivitäten zunächst zentral. Weitere Ziele, die für bestimmte Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine wichtige Rolle spielten, lagen in den Bereichen „Umgang mit Geld“, „Lesen und Schreiben“, „Mobilität“, „Beziehungsgestaltung“ sowie „Artikulation von Gefühlen und Wünschen“. Mit fortschreitendem Projektverlauf kamen immer mehr auch Fragen der Gestaltung sozialer Netzwerke und der Einbindung ins Gemeinwesen in den Blick.

Dies spiegelte sich in den durchgeführten Aktivitäten wider: Insgesamt überwogen über den gesamten Projektverlauf hinweg praktische Wohntrainings mit Aktivitäten wie Backen, Kochen, Einkaufen und so weiter vor Beratungen mit Eltern und Koordinationstätigkeiten. Mit fortschreitendem Projektverlauf nahm aber die fallbezogene Netzwerkarbeit zu. Auch fanden gemeinsame Aktivitäten von Projektteilnehmern und Projektteilnehmerinnen – wie zum Beispiel sogenannte Tandemtrainings – statt. In einem Fall wurde für eine Teilnehmerin ein Praktikum beim Landratsamt ermöglicht – sie arbeitete dort auch noch am Ende des Erhebungszeitraums einmal in der Woche in der Verwaltung mit. Diese und eine weitere Teilnehmerin standen zu diesem Zeitpunkt gerade vor der Entscheidung über den Umzug aus dem Elternhaus in ein ambulant betreutes Wohnangebot.

3.3 Enzkreis

Zielgruppe waren vor allem Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung, die 40 Jahre und älter sind und bei ihren Eltern leben. Das Projekt wur-

de direkt beim Landkreis angesiedelt. Die dort in Vollzeit beschäftigte Fachkraft war im Projektzeitraum mit einem Stellenanteil von 70 Prozent für das „Wohntraining zu Hause“ zuständig und darüber hinaus mit einem Anteil von 30 Prozent im Fachdienst Eingliederungshilfe eingesetzt. Das Projekt startete im März 2009.

Zugänge zu potenziellen Teilnehmern und Teilnehmerinnen erfolgten unmittelbar über die Familien. Hierfür konnte auf Kontakte und Hintergrundwissen zurückgegriffen werden, die der Landkreis nach der Verwaltungsreform 2005 im Rahmen von Kennenlern-Gesprächen mit Empfängern und Empfängerinnen von Eingliederungshilfe aufgenommen hatte. Der wichtigste WfBM-Träger im Kreis hingegen vermittelte zunächst keine Kandidaten und Kandidatinnen und auch insgesamt wurde diese Kooperationsbeziehung als konfliktreich eingeschätzt. Als wichtige Impulsgeber/Impulsgeberinnen und Unterstützer/Unterstützerinnen in der Zugangsphase erwiesen sich vielfach die nicht mehr im Haushalt lebenden Geschwister der Betroffenen.

Zentrales Kriterium bei der Auswahl von Kandidaten und Kandidatinnen waren die Fähigkeiten und die Bereitschaft der Menschen mit Behinderung, künftig ambulant betreut leben zu können, sowie das Alter der Eltern – begonnen wurde mit der Kontaktaufnahme in den Haushalten mit den ältesten Eltern.

Bis Dezember 2010 hatten sich zwölf Teilnehmer und Teilnehmerinnen im Altersspektrum zwischen 27 und 57 Jahren am begleiteten Wohntraining beteiligt.¹⁴ Davon beendeten zwei Teilnehmer die Maßnahme nach einigen Monaten von sich aus. Die Beteiligten waren ab ihrem je-

14 3 weibliche und 9 männliche Teilnehmer/innen. Altersspektrum der Eltern: 54 bis 87 Jahre.



weiligen Projekteinstieg¹⁵ kontinuierlich mit der Fachkraft im Kontakt. Die konkreten Trainingsaktivitäten wurden oft nach einer ersten Übungs- und Bedarfserhebungsphase reduziert oder ruhten zwischenzeitlich ganz. Im Vordergrund stand dann vor allem ein individuelles bedarfsorientiertes Fallmanagement¹⁶, wozu oft auch intensive Beratungstätigkeit mit den Familien gehörte. Die Teilnahme am „begleiteten Wohntraining“ im engeren Sinn dauerte bei drei Teilnehmern länger als ein Jahr an.

Der praktische Unterstützungsbedarf der Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurde insgesamt als eher gering eingeschätzt. In den anfänglichen Situationsanalysen wurden am ehesten noch im Bereich der alltäglichen Lebensführung Unterstützungsbedarfe gesehen. Betont wurde aber, dass viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen über zahlreiche Kompetenzen verfügten, die im aktuellen Zusammenleben in der Familie häufig nicht abgerufen wurden.

In den Planungsprozessen mit den einzelnen Teilnehmern und Teilnehmerinnen überwogen Aktivitäten, die breit angelegt eine „allgemeine Verselbstständigung beziehungsweise Übernahme von Eigenverantwortung“ erzielen sollten. Neben der Aneignung praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten wurden beispielsweise auch die wirkungsvolle Artikulation eigener Interessen durch die Betroffenen, aber ebenso die Unterstützung für Angehörige als Wege zum Verselbstständigungsziel genannt.

Bei den durchgeführten Aktivitäten überwogen Beratungen vor praktischen Wohntrainings. Im Projektverlauf hat vor

allem eine an den Entwicklungsbedarfen der einzelnen Teilnehmer und Teilnehmerinnen orientierte Netzwerkarbeit sowie die Gruppenarbeit mit mehreren Teilnehmern und Teilnehmerinnen zunehmende Bedeutung bekommen. Es wurden für Teilnehmer und Teilnehmerinnen gemeinsame Kochkurse organisiert und auch ein gemeinsames Treffen für alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen und deren Eltern.

Häufig ging es bei der Netzwerkarbeit darum, Netze zur Unterstützung von Übergangsprozessen bei und nach einem möglichen Auszug aus dem elterlichen Haushalt zu knüpfen. Drei Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren bis zum Ende des Erhebungszeitraums während des Projektes zu Hause ausgezogen. Davon zogen zwei Beteiligte in eine ambulant betreute Wohnform und ein Mann mit Assistenzbedarf bewohnt jetzt weitgehend selbstständig eine Wohnung in der Nachbarschaft des Elternhauses mit regelmäßigem Kontakt zu den Eltern.

Der Enzkreis plant eine Verstetigung des Handlungsansatzes, der im „begleiteten Wohntraining“ erprobt und weiterentwickelt wurde. Nach Angaben der Verantwortlichen wird dem Projektmitarbeiter auch nach Ablauf des Projektzeitraums weiterhin ein bedarfsgerechter Stellenanteil für die entsprechenden Aufgaben zur Verfügung stehen.

4. Entwicklungen und Barrieren

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse der Projektarbeit im Hinblick auf die Entwicklungen der teilnehmenden Menschen mit Assistenzbedarf, ihrer Familien

15 Der erste Teilnehmer begann im Frühjahr 2009 und die letzte dokumentierte Teilnehmerin stieg im Sommer 2010 ein.

16 Diesbezüglich ergaben sich häufig Synergie-Effekte durch die gleichzeitige Beschäftigung des Projektmitarbeiters im Fallmanagement der Eingliederungshilfe.

und ihrer außerfamiliären Umfeldler beschrieben. Daran schließt sich eine differenzierende Betrachtung von einschränkenden beziehungsweise hemmenden Aspekten solcher Entwicklungen an.

Diese Ergebnisse basieren auf einer Zusammenschau der ausgewerteten Dokumentationen, Praxisgespräche, Angehörigen-Interviews und Teilnehmerbefragungen/Teilnehmerinnenbefragungen. Mit einem methodentriangulierten, multiperspektivischen Vorgehen wurde nach Entwicklungen und Barrieren bei der Erprobung des oben genannten Handlungsansatzes gesucht. Die so gewonnenen Erkenntnisse stellen auch eine zentrale Grundlage für Empfehlungen zum Transfer des Handlungsansatzes der „Begleiteten Wohntrainings zu Hause“ dar. Diese sind im letzten Teil des vorliegenden Berichtes zu finden.

4.1 Entwicklungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Der weit überwiegende Teil der Menschen mit Assistenzbedarf, die an den drei Modellprojekten teilnahmen, machte erkennbare Fortschritte im Sinne einer selbstbestimmten Verselbstständigung. Das bedeutet, dass diese Menschen am Projektende mehr Möglichkeiten zur Selbstgestaltung ihrer aktuellen und zukünftigen Wohnsituation hatten als zu Projektbeginn. Gewachsen sind die individuellen Handlungsspielräume dabei durch zunehmende Kenntnisse, weiterentwickelte Fähigkeiten, veränderte Haltungen und teilweise durch veränderte Rahmenbedingungen.

Zunehmende Kenntnisse der Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Der jeweilige individuelle Kenntnisstand wurde je nach Zielstellung der Einzelmaß-

nahmen in unterschiedlichen Bereichen angereichert. Von zentraler Bedeutung waren in vielen Fällen haushaltsbezogene Kenntnisse beispielsweise zum Einkaufen, Waschen, Putzen und Kochen. In den Gruppendiskussionen zur Reflexion der Projekterfahrungen gaben Teilnehmer und Teilnehmerinnen zum Beispiel detailliert über Kochrezepte Auskunft, die sie neu gelernt hatten.

Auch im Bereich Mobilität erwarben viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen neues Wissen, beispielsweise über Fahrpläne und die Bedienung von Fahrkartenautomaten.

Darüber hinaus lernten die Beteiligten vielfach Neues auch in Bereichen jenseits ihrer aktuellen Alltagsbewältigung. So berichteten beispielsweise jüngere Teilnehmende ihr Wissen über unterschiedliche Wohnformen, die sie im Projekt kennengelernt hatten.¹⁷

Diese und alle anderen neuen Kenntnisse waren von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen aber in der Regel nicht als theoretisches Wissen, sondern im praktischen Handeln erworben worden und der Wissenserwerb war mit dem Ausbau von Fähigkeiten einhergegangen.

Weiterentwickelte Fähigkeiten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Die Umsetzung von Kenntnissen erfordert Können. Eltern, Projektmitarbeiter, Projektmitarbeiterinnen und die Teilnehmer, Teilnehmerinnen selbst berichteten von deren weiterentwickelten Fähigkeiten in unterschiedlichen Lebensdimensionen. Durch praktisches Üben mit den Projektmitarbeitern und Projektmitarbeiterinnen waren die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen am Projektende in der Lage, viele kleinere und größere Bar-



rieren zu überwinden, die ihrer weiteren selbstbestimmten Verselbstständigung zuvor noch im Weg gestanden hatten, im Bereich Mobilität waren das beispielsweise Fahrkartenautomaten: „Diese automatische Bedienung“, sagte eine Teilnehmerin, habe ihr Schwierigkeiten bereitet. Auf die Frage, was geholfen habe, sagte sie über ihre Arbeit mit dem Projektmitarbeiter: „Er das ganz oft mit mir gemacht und jetzt krieg ich das alleine hin.“¹⁸

Eine wichtige Bedeutung hatte im Zusammenhang der selbstbestimmten Verselbstständigung einiger Teilnehmer und Teilnehmerinnen auch die Weiterentwicklung sozialer Fähigkeiten und oft entwickelten sich haushaltsbezogene Fähigkeiten durch kontinuierliches Üben weiter. Für zwei Teilnehmende trug ein jeweils einwöchiges Probewohnen in einer Trainingswohnung erkennbar zu Fortschritten bei und wurde auch von den Teilnehmern selbst ausgesprochen positiv bewertet.

Im Zusammenwirken wachsender Fähigkeiten in unterschiedlichen Bereichen erweiterten sich die Handlungsspielräume der zu Hause wohnenden Menschen mit Assistenzbedarf teilweise erheblich. Eine Mutter berichtete beispielsweise, ihre Tochter bewege sich jetzt am Projektende viel freier: „Sie geht jetzt selbst in die Bäckerei, zum Bäcker und so weiter. Sie fährt alleine mit dem Bus in die Schule und ist viel offener und selbstbewusster geworden.“¹⁹

Veränderte Haltungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen

„Ich muss noch besser kochen lernen“, sagte eine Projektteilnehmerin im Verlauf einer Gruppendiskussion nach der Hälfte

des Projektzeitraums. „Ich muss noch ganz kochen lernen“,²⁰ fügte eine andere junge Teilnehmerin hinzu. Am Projektbeginn war die junge Frau noch nicht der Auffassung gewesen, dass das Kochen für sie wichtig wäre. Im Hinblick auf ihre Einstellungen beziehungsweise Haltungen zur eigenen Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und den damit zusammenhängenden Fragen waren bei vielen Teilnehmern und Teilnehmerinnen deutliche Veränderungen erkennbar. Ein Mann – Mitte 30 – sagte, auf seine Zukunft angesprochen: „Meine Mutter wüsste vielleicht, was das Beste für meine Zukunft wäre, aber das darf sie ja nicht sagen, weil ich muss das ja selbst entscheiden.“²¹ Er war es bis zum Einstieg in das „Wohntraining zu Hause“ gewohnt gewesen, dass seine Mutter sein Leben für ihn gestaltete. Ein anderer junger Mann sagte zum Thema Zukunft und Selbstständigkeit am Projektende: „Ich tät selber die Sach in die Hand nehmen.“²² Anfangs hatten nur wenige Teilnehmer und Teilnehmerinnen ihre eigenen Interessen zur Planung ihrer Zukunft eingebracht. Mit zunehmender Projektdauer haben dann immer wieder auch solche Teilnehmer und Teilnehmerinnen ihre eigenen Wünsche artikuliert, die das bis dato kaum getan hatten.

Vielfach bestand ein erkennbarer Zusammenhang zwischen veränderten Haltungen und wachsendem Selbstvertrauen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen – ein Aspekt, der auch von Eltern immer wieder genannt wurde. Die Teilnehmenden trauten sich Dinge zu, die sie bis dahin nicht gewagt hatten, und setzten sie auch um. So erweiterten viele beispielsweise ihre Bewegungsräume durch das Zutrauen in ihre eigenen Mobilitätskom-

18 Gruppendiskussion 5/09

19 Angehörigen-Interview 13

20 Gruppendiskussion 5/09

21 Gruppendiskussion 2/09

22 Gruppendiskussion 5/10

petenzen. Viele Beteiligte erweiterten in unterschiedlichen Dimensionen des Lebens ihre Handlungsspielräume. Einige Frauen und Männer mit Assistenzbedarf berichteten beispielsweise, dass sie zu Hause selbstständig Gerichte nachkochten, die sie zuvor im Wohntraining gelernt hatten. Mit sichtbarem Stolz erzählten sie, dass Vater, Mutter, Geschwister und in einem Fall auch die Schwägerin mitgegessen hätten – „(...) und es hat ihnen sogar geschmeckt“²³, sagte ein Teilnehmer. Wachsendes Selbstvertrauen erschloss den Betroffenen neue Handlungsfelder und so konnten sie Leistungen erbringen, die dann wiederum das Selbstvertrauen weiter wachsen ließen – immer wieder sind durch das Projekt Aufwärtsspiralen der selbstbestimmten Verselbstständigung entstanden.

Neu gestaltete Rahmenbedingungen für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Einer der jetzt manchmal kochenden Teilnehmer berichtete im Interview über seine Fortschritte: „Ich hab schon mal Nudeln abgekocht und schon mal Fleisch gemacht.“²⁴ Dann fügte er hinzu, dass die Mutter auch vorbeigekommen sei und davon probiert habe. Sie hat nicht nur sein Essen probiert, sondern sie hat ihn auch in seiner eigenen Wohnung besucht. Der Teilnehmer wohnte seit kurzem nicht mehr im Elternhaus. Während des Projektes und durch das Projekt hatten sich für ihn die Rahmenbedingungen und damit die Spielräume für selbstbestimmte Verselbstständigung entscheidend verändert. Ausgehend von einem Impuls des Projektmitarbeiters war ein Prozess in Gang gekommen, an dessen Ende der Teilnehmer seine eigene Wohnung in unmittelbarer Nachbarschaft des elterlichen Hauses beziehen konnte. Er strukturiert jetzt selbst seinen Tag, kauft selbst ein

und kocht ab und zu alleine. In der Regel isst er in der Werkstatt warmes Essen und kocht dann zu Hause eher nicht mehr. Am Wochenende isst er meist bei den Eltern mit. Dann hilft er aber der Mutter beim Kochen. „Das war früher nicht so, dass er dabei geholfen hat“, sagte die Mutter.²⁵

Zwei weitere Teilnehmende haben im Projektzeitraum ihre eigene Wohnung bezogen und zwei Teilnehmer, Teilnehmerinnen standen am Projektende kurz vor einem möglichen Umzug.

Sich verändernde Rahmenbedingungen waren Ausdruck selbstbestimmter Verselbstständigungsprozesse im Projekt und andererseits gingen von den sich verändernden Bedingungen dann wiederum weitere wichtige Verselbstständigungsimpulse aus. Letzteres betrifft nicht nur Umzüge, sondern auch andere Veränderungen von Rahmenbedingungen, die nicht in jedem Fall vom Projekt beeinflusst worden waren. Dazu gehörten beispielsweise für manche Betroffene das Verlassen der Schule beziehungsweise der Beginn des Arbeitslebens oder auch manche familiäre Veränderungen – veränderte Rahmenbedingungen gaben Verselbstständigungsprozessen immer wieder Schub.

Dabei prägt das jeweilige Umfeld der Betroffenen den Kontext für selbstbestimmte Veränderungsprozesse, und in vielen Fällen konnten die Modellprojekte insbesondere im jeweiligen sozialen Bedingungsgefüge günstige Veränderungen bewirken.

4.2 Entwicklungen im Umfeld der Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Entwicklungen waren nicht nur auf der individuellen Ebene zu beobachten, viel-

23 Gruppendiskussion 1/09

24 Gruppendiskussion 1/10

25 Angehörigen-Interview 16



mehr bewirkten die Projekte in vielen Fällen Veränderungen sowohl im familiären Netzwerk als auch im außerfamiliären Umfeld der Betroffenen.

4.2.1 Familiäres Umfeld

Veränderte Blickwinkel der Eltern

„Ich sehe sie jetzt erwachsener“²⁶, sagte eine Mutter im Interview über die Veränderung ihrer Sicht auf die Tochter. Offenbar als Wechselwirkung zwischen ihrer Beobachtung konkreter Fortschritte der Tochter in Richtung auf mehr Selbstständigkeit und Impulsen aus Gesprächen mit der Projektmitarbeiterin hatte sich ihre Sichtweise verändert. Die Mitarbeiterin hatte sie bestärkt, ihr Kind als Erwachsene zu sehen. In vielen Fällen nahmen Eltern durch die Aktivitäten der Modellprojekte die Interessen und Kompetenzen ihrer erwachsenen oder erwachsen werdenden Kinder mit Assistenzbedarf anders beziehungsweise mehr wahr. Die Kinder wuchsen so aus der Elternperspektive teilweise über das bisherige Bild eines Kindes hinaus.

Mehr in den Blick von Eltern rückten durch solche Perspektivenerweiterungen und durch Anregungen von Projektmitarbeitern und Projektmitarbeiterinnen auch Zukunftsfragen. Die Modellprojekte trugen dazu bei, dass Familien sich vermehrt mit möglichen beziehungsweise notwendigen Veränderungen beschäftigten. Eine Mutter erzählte beispielsweise: „Das ist auch gut an dem Projekt, dass der Blick gelenkt wird. Es könnte zum Beispiel sein, dass mal mein Mann pflegebedürftig wird.“²⁷ Gesundheitliche Aspekte, wie in diesem Fall, oder andere einschneidende Veränderungen der familiären Situation können bisher funktionierende Unterstützungs-

arrangements für die zu Hause lebenden Menschen mit Behinderungen in Frage stellen und die Projekte trugen dazu bei, dass Eltern solche Fragen vermehrt reflektierten.

Veränderte Haltungen und Handlungsweisen der Eltern

Mit den Worten „wir können ihn jetzt ruhiger gehen lassen“²⁸, beschrieb ein Elternpaar seine neue Haltung dem Sohn gegenüber. Sie meinten damit einerseits das Gehenlassen im wörtlichen Sinne nach draußen, in den öffentlichen Raum. Damit verbunden und darüber hinaus ging es ihnen aber auch um das Gehenlassen im übertragenen Sinne – auf dem Weg in die Selbstständigkeit. Vielfach nahmen Eltern wie in diesem Fall eine offene beziehungsweise fördernde Haltung für mehr Selbstständigkeit ihrer Söhne und Töchter ein, wenn sie deren Fortschritte bei den Projektaktivitäten sahen, wenn sie deren Interessen und Stärken bemerkten und wenn sie selbst dabei von den Projektmitarbeitern und Projektmitarbeiterinnen in dieser Richtung bestärkt wurden. Durch veränderte Haltungen in den Interaktionen mit ihren erwachsenen Kindern veränderten sich Beziehungsmuster in einer Weise, die Ablösungsprozesse unterstützen können. Eine Interviewpartnerin schilderte zum Beispiel die folgende Beispielsituation bei einem Kirchenbesuch mit ihrem Sohn: „In der Kirche ist er eingeschlafen und ich habe es jetzt so gesehen: Er schläft und nicht ich. Ich muss mich da nicht dafür schämen. Früher habe ich mich immer geschämt.“²⁹ Die Mutter war von der Fachkraft im Wohntraining zu einer distanzierteren Haltung ihrem Sohn gegenüber ermutigt worden.

26 Angehörigen-Interview 13

27 Angehörigen-Interview 17

28 Angehörigen-Interview 11

29 Angehörigen-Interview 2

Veränderte Haltungen der Eltern führten teilweise auch zu neuen Handlungsmustern im Wohnalltag der Familien. Manche Eltern führten beispielsweise haushaltsbezogene Übungen aus den Wohntrainings auch noch nach Abschluss des Projektes weiter und die erwachsenen Kinder mit Assistenzbedarf wurden in einigen Fällen mehr in die Arbeitsabläufe zu Hause eingebunden. Hierfür mussten dann auch schon einmal lange gewohnte Abläufe und Zeitstrukturen neu geplant werden. Eine Interviewpartnerin erzählte zum Beispiel, dass der Großeinkauf der Familie nunmehr am Wochenende unter Beteiligung der Tochter stattfindet und auch im Haushalt noch manches bis zum Spätnachmittag liegen bleibt, damit die Tochter sich beteiligen könne. Früher hatte die Mutter in der Regel schon alles erledigt gehabt, wenn die Tochter von der Arbeit in der Werkstatt nach Hause kam.

Neue (Macht-)Konstellationen im familiären Umfeld

„Ich will mich jetzt selbstständig machen“³⁰, sagte eine Teilnehmerin in der Gruppendiskussion mit der wissenschaftlichen Begleitung am Projektende. Sie fügte hinzu: „Das war schon eine ganze Zeit lang mein Wunsch, aber ich wollte nicht gerade dazwischen schwätzen.“ Sie hatte sich früher nicht im Elternhaus einmischen wollen, aber jetzt wollte sie zu Hause „dazwischen schwätzen“. Offenbar hatte ihr wachsendes Selbstvertrauen sie in die Lage versetzt, für ihre Interessen einzutreten. Dabei spielte offensichtlich auch eine Rolle, dass sie sich von der Projektmitarbeiterin unterstützt fühlte und vielleicht spürte sie auch, dass sich bei den Eltern etwas verändert hatte – dass auch sie offener geworden waren. Die Position der Frau mit Assistenzbedarf im Beziehungsgefüge der

Familie hatte sich im Prozess zuvor verändert, sie war selbstständiger geworden, selbstbestimmter und nicht zuletzt durch das Wissen um Wohnmöglichkeiten auch mächtiger, denn sie wusste jetzt, dass es Alternativen für sie gibt. Von dieser Position aus konnte sie nun gerade heraus ihr Ziel formulieren. Mächtiger war sie nun, weil sich das Feld ihrer Handlungsmöglichkeiten vergrößert hatte.

Machtverschiebungen im familiären Umfeld zu Gunsten der Projektteilnehmer und Projektteilnehmerinnen waren vielfach zu erkennen. Nicht in jedem Fall führten solche Veränderungsprozesse gleich zu Auszugswünschen der Betroffenen oder gar tatsächlich zum Verlassen des Elternhauses. Teilweise waren es auch Hinweise wie der folgende, die darauf hindeuteten, dass Teilnehmende der Projekte mehr Mitsprache in der Familie beanspruchten und dabei auch erkennbare Wirkungen erzielten. Eine Mutter erzählte im Interview: „Neulich gab es zum Beispiel so eine Situation in der Küche. Da meinte U³¹: Mama, wenn Du aber mal im Altersheim bist, dann muss ich aber die Küche ein bisschen anders einrichten. So was hätte sie früher nicht gesagt.“³² Dann fügte die Interviewpartnerin noch hinzu, wie sie es findet, dass ihre Tochter nun offenbar mehr Mitsprache beansprucht bei der Gestaltung ihres Umfeldes: „Das ist toll!“

Mehr Gestaltungsspielräume für Ver selbstständigungsprozesse im Interesse der Betroffenen entstanden teilweise auch dadurch, dass durch die Projektaktivitäten beziehungsweise Zukunftsplanungen im Projekt manchmal auch erwachsenen Geschwistern der Betroffenen Mitsprachegelegenheiten gegeben wurde. So konnten im familiären Kraftfeld teil-

30 Gruppendiskussion 3/10

31 Initiale verändert

32 Angehörigen-Interview 13 (Anfangsbuchstabe des Namens verändert)



weise Veränderungskräfte vergrößert und Beharrungskräfte verringert werden.

4.2.2 Außerfamiliäres Umfeld

Über das familiäre Umfeld hinaus wirkten die Projekte auch auf soziale und institutionelle Unterstützungsnetzwerke insgesamt stärkend beziehungsweise erweiternd.

Soziales Umfeld

Praxismitarbeiter, Praxismitarbeiterinnen, Angehörige und die Teilnehmenden selbst betonten die positiven Effekte der Arbeit an und mit den sozialen Netzwerken. Eine Mutter sagte beispielsweise, es sei hilfreich gewesen, dass durch das Projekt die Beziehung ihrer 50-jährigen Tochter zu deren Freund gestärkt worden sei.³³ Diese Beziehung und damit verbundene Zukunftsvorstellungen motivieren die Projektteilnehmerin im Prozess der Verselbstständigung und nicht zuletzt deshalb war der Freund bei verschiedenen Projektaktivitäten mit einbezogen worden.

Die Modellprojekte trugen zur Weiterentwicklung bestehender sozialer Kontakte der Teilnehmenden bei und boten Gelegenheiten für neue soziale Verbindungen. Der Kochkurs im Wohntraining sei eine prima Möglichkeit, mal andere Leute kennenzulernen, meinte beispielsweise ein Teilnehmer und einige Eltern wiesen in den Interviews explizit darauf hin, dass gemeinsame Aktivitäten mit anderen Projektteilnehmern und Projektteilnehmerinnen ausgesprochen motivierend im Hinblick auf die Projektziele gewesen seien. Durch gemeinsame Trainings und teilweise auch Freizeitaktivitäten waren viele Anregungen entstanden. Eine Mutter berichtete, dass ihr Sohn – er ist Anfang 20 – nach einer solchen Aktivität mit anderen

jungen Teilnehmern und Teilnehmerinnen nach Hause gekommen sei und gesagt habe: „Mama, ich bin jetzt erwachsen. Wann bekomme ich eine Freundin?“³⁴ Die Mutter beurteilte die darin zum Ausdruck kommende Auseinandersetzung des Sohnes mit dem Thema Erwachsenwerden und die Erweiterung des sozialen Netzwerkes über die Familie hinaus ausgesprochen positiv. Sie betonte die Bedeutung weiterer Kontakte für ihren Sohn, der seine Freizeit bis dahin fast ausschließlich mit ihr selbst und seinen Geschwistern verbracht hatte.

In diesem und in anderen Fällen stellten Projektmitarbeiter und Proejtmitarbeiterinnen für die Betroffenen auch Zugänge zu Freizeitangeboten beispielsweise der Offenen Hilfen her. Dadurch wiederum ergaben sich neue Gelegenheiten zur Erweiterung des jeweiligen sozialen Netzwerkes.

Institutionelles Umfeld

Ausgehend von den Bedarfen der Teilnehmenden agierten die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen als verbindende Akteure und Akteurinnen zwischen den Lebenswelten der Betroffenen beziehungsweise ihrer Familien, den Einrichtungen der Hilfelandschaft und den staatlichen Steuerungsinstanzen.

Durch die Anbindung der Projekte bei den Landratsämtern wurden institutionelle Zugänge oft erleichtert und die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen konnten mit Hilfe des handlungsorientierten Arbeitsansatzes der Modellprojekte im Interesse der Betroffenen immer wieder Brücken zwischen Landkreisen und Trägern der Behindertenhilfe beziehungsweise Schulen bauen. Wenngleich hin-

33 Angehörigen-Interview 5

34 Angehörigen-Interview 18

sichtlich der institutionellen Vernetzung wie auf den anderen Handlungsebenen der Projekte durchaus Barrieren erkennbar wurden, zeigte sich in der Zusammenschau, dass die Aktivitäten im „Wohntraining zu Hause“ beziehungsweise im Projekt „Fürs Leben lernen“ vielfach als Katalysatoren für gelingende institutionelle Kooperationen wirkten. Ein Beispiel gelungener institutioneller Vernetzung war es auch, dass die Familie eines Mannes mit Assistenzbedarf von der Agentur für Arbeit auf das „begleitete Wohntraining“ aufmerksam gemacht wurde – die Agentur war durch die Netzwerkarbeit des Projektmitarbeiters informiert gewesen. Die Familie des Betroffenen zeigte sich durch die Verbesserungen ihrer Lebenssituation nach der Vermittlung ins Projekt überglücklich: *„Ich hätte nie gedacht, dass so was möglich ist“*³⁵, sagte die Mutter und meinte damit vor allem, dass ihr Sohn jetzt in der eigenen Wohnung wohnt, dass sie sich von ihm *„abnabeln“* konnte – wie sie es nennt – und dass er durch eine ambulante Betreuung gut aufgehoben sei, wie sie denkt.

4.3 Barrieren für selbstbestimmte Ver-selbstständigungsprozesse

Nicht in allen Fällen machten die Teilnehmenden in gleichem Maße Fortschritte im Prozess der selbstbestimmten Ver-selbstständigung und nicht in jedem Fall gelang es gleichermaßen, die Voraussetzungen für das Gelingen dieser Prozesse im jeweiligen familiären beziehungsweise sozialen und institutionellen Umfeld zu verbessern.

Zugangsbarrieren

Für gelingende Zugänge zu Teilnehmern und Teilnehmerinnen waren die Projekt-

mitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen einerseits auf das Interesse und die Bereitschaft der Betroffenen sowie ihrer Familien und andererseits auf die Unterstützung von Kooperationspartnern und Kooperationspartnerinnen wie Schulen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen angewiesen. In vielen Fällen war beides gegeben, teilweise wirkten hier aber auch hemmende Kräfte, und nicht immer wurden die Projekte von allen Einrichtungen unterstützt, die Zugänge zu potenziellen Teilnehmern und Teilnehmerinnen hätten herstellen können.

Hemmende Kräfte wurden zum Teil auch hinsichtlich der Beteiligungsbereitschaft von Familien erkennbar. *„Viele Eltern ziehen sich wie in ein Schneckenhaus zurück“*³⁶, meinte beispielweise der Vater eines jungen Projektteilnehmers und erklärte damit das aus seiner Sicht bei vielen Eltern von Jugendlichen mit Assistenzbedarf fehlende Interesse am Projekt. Er bedauerte, dass in der Startphase des Projektes nur wenige andere Eltern der Schule seines Sohnes die Bereitschaft zur Beteiligung gezeigt hatten. Letztlich entsprach dann die Zahl der jungen Menschen mit Assistenzbedarf, die sich an dem Teilprojekt beteiligten, in etwa den Planungen der Verantwortlichen. Dabei überwogen allerdings Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit aktiven und interessierten Eltern. In diesem und anderen Teilprojekten wurden eher zurückhaltende Eltern – das sind auch eher Eltern aus gesellschaftlich marginalisierten Milieus – vor allem dann für das Projekt gewonnen, wenn sie direkt angesprochen werden konnten. Dies geschah teilweise mit Hilfe von Bezugspersonen in den Schulen und Werkstätten oder auch durch bereits bestehende Zugänge der Eingliederungshilfe.

35 Angehörigen-Interview 23

36 Angehörigen-Interview 11



Barrieren auf der individuellen Ebene

Auf der individuellen Ebene wurden Fortschritte der beteiligten Menschen mit Assistenzbedarf offenbar in der Regel keineswegs durch fehlende Kenntnisse und Fähigkeiten gehemmt, sondern vielmehr vor allem durch Unsicherheit. Auch im Rahmen der Gruppendiskussionen mit der wissenschaftlichen Begleitung thematisierten mehrere Teilnehmer und Teilnehmerinnen Unsicherheiten und Ängste. Eine Teilnehmerin beispielsweise wurde vom Moderator gefragt: *„Wenn Sie die Projektmitarbeiterin wären und ich wäre Sie, die Frau K. (...) was würden Sie mir dann sagen?“* Die Frau mittleren Alters antwortete: *„Mehr Mut!“*³⁷ Wie Verunsicherungen im Laufe der jeweiligen Biografien (auch) entstanden sein könnten, das deuteten zwei andere Teilnehmerinnen an, die über ihre Ausgrenzungserfahrungen in der Vergangenheit sprachen. Oft hängen Verunsicherungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen offenbar auch mit Verunsicherungen im jeweiligen sozialen Umfeld zusammen.

Nicht zuletzt aus Unsicherheit verharren möglicherweise manche Teilnehmer und Teilnehmerinnen lange in gewohnten und Sicherheit gebenden Handlungsabläufen und Beziehungskonstellationen. Darüber hinaus empfanden es manche Teilnehmer und Teilnehmerinnen aber auch einfach als sehr anstrengend, selbstständigere Wege zu gehen und Neues zu lernen. Eine Teilnehmerin drückte es so aus: *„Kochen ist noch etwas ganz Frisches bei mir. Das ist sehr anstrengend.“*³⁸

Barrieren auf der familiären Ebene

Ablösungsprozesse zwischen Teilnehmern, Teilnehmerinnen und Eltern waren zwar vielfach zu beobachten, stießen aber auch an Barrieren. Der Aufbau einer förderlichen

Kooperationsgrundlage mit Eltern braucht teilweise viel Zeit und die Offenheit der Familien hat häufig – zumindest vorläufige – Grenzen. So war es in vielen Fällen nicht gewünscht, dass die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen die praktischen Wohntrainings im elterlichen Haushalt durchführten und dies begrenzte teilweise Entwicklungsmöglichkeiten. An Grenzen stießen Entwicklungen auch immer wieder dort, wo durch das Projekt gewohnte Arbeitsteilungen im Haushalt oder die Formen des familiären Zusammenlebens insgesamt in Frage gestellt waren. Hier zeigten insbesondere die schon sehr lange eingespielten familiären Systeme oft große Beharrungskräfte. In solchen Fällen blieben die Prozesse der Verselbstständigung an dieser Grenze teilweise (zunächst) stehen. Beziehungskonstellationen und Rollenverteilungen schienen vor allem dann mit den Mitteln der Modellprojekte kaum veränderbar, wenn eingeschlossene Gewohnheiten mit anderen hemmenden Faktoren verbunden waren. Ein wichtiger Faktor ist beispielsweise die soziale Lage der Familie.

In Familien, deren Lebenssituationen von unterschiedlichen sozialen Schwierigkeiten geprägt sind, zeigten sich teilweise bereits zu einem frühen Zeitpunkt enge Grenzen für die Projektarbeit. Vier Maßnahmen wurden aus diesem Grund bald nach Beginn wieder beendet. Ressourcenknappheit von Familien in Bezug auf ökonomische, soziale und kulturelle Ressourcen kann die Handlungsspielräume für selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse von zu Hause wohnenden Menschen mit Assistenzbedarf eng begrenzen.

Auch Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Fachkräften und den Familien können den Projektzielen entgegen-

37 Gruppendiskussion 2 / 10

38 Gruppendiskussion 2 / 10

wirken. Dies betrifft einerseits das Fehlen einer gemeinsamen Sprache – wenn von den Eltern kein oder wenig deutsch und von den Fachkräften nicht die Sprache der Familie gesprochen wird.³⁹ Im übertragenen Sinne können Verständigungsprobleme aber auch mit divergierenden Grundorientierungen in Bezug auf Werte, Lebensziele, moralische und ethische Vorstellungen zusammenhängen. Unterschiedliche Grundorientierungen werden nicht zuletzt auch von unterschiedlichen Generationslagen beeinflusst.

Generationstypische soziokulturelle Prägungen der heute über 70-jährigen Eltern tragen beispielsweise vermutlich dazu bei, dass manche Mütter und Väter Autorität ein größeres Gewicht beimessen als Eigenverantwortlichkeit. Dies wiederum kann hemmend auf selbstbestimmte Ver selbstständigungsprozesse zurückwirken.

Erschwert wurden die Prozesse in den Projekten offenbar teilweise auch durch traditionelle Vorstellungen von Geschlechterrollen. Wenn beispielsweise Männer nach den familiär vorherrschenden Vorstellungen eigentlich nicht für den Haushalt zuständig sind, dann senkt das möglicherweise auch die Motivation der Söhne aus diesen Familien, im Wohntraining Haushaltsarbeiten zu lernen.⁴⁰

Nicht zuletzt waren Verunsicherung beziehungsweise stark ausgeprägte Sicher-

heitsbedürfnisse als Barrieren nicht nur auf der Ebene der Teilnehmer und Teilnehmerinnen selbst, sondern oft auch bei Angehörigen erkennbar. Von Fachkräften wurde es als hemmend für die Projektarbeit erlebt, dass manche Eltern dem Aspekt der Sicherheit sehr großes Gewicht beimaßen. Dadurch war bei diesen Eltern die Bereitschaft sehr gering ausgeprägt, normale Lebensrisiken in Kauf zu nehmen, wie sie mit mehr Selbstständigkeit verbunden sein können. Einzelne Eltern von jüngeren Teilnehmern und Teilnehmerinnen wiederum nannten den gleichen Aspekt der starken Sicherheitsorientierung als eine hemmende Kraft, die von der Schule ausgehe.⁴¹

Barrieren auf der Ebene des außerfamiliären sozialen Umfeldes

Dadurch, dass Mitschüler und Mitschülerinnen beziehungsweise Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen der Teilnehmenden meist in entfernt gelegenen Orten wohnen, wird der Aufbau elternunabhängiger sozialer Netzwerke oft erheblich erschwert – ein Umstand, der auch von Eltern in den Interviews mehrfach beklagt wurde. Besonders ausgeprägt zeigte sich dieses Hemmnis für Teilnehmende in entfernten Wohnorten mit schlechter Verkehrsanbindung. Das soziale Netzwerk in der unmittelbaren Nachbarschaft in den jeweiligen Wohnorten reicht beim überwiegenden Teil der am Projekt beteiligten

39 Sprachschwierigkeiten in der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund begrenzten aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung den Handlungsspielraum der Praxisaktivitäten in zwei Fällen. In einem Fall wurde die Maßnahme vorzeitig beendet.

40 Dass in vielen beteiligten Familien eher traditionelle Rollenverteilungen vorliegen, kann nicht zuletzt auch deshalb vermutet werden, weil mit wenigen Ausnahmen vor allem die Mütter und weniger die Väter als diejenigen erkennbar wurden, denen die alltägliche Sorgearbeit mit dem Sohn oder der Tochter vor allem obliegt. Ähnliches scheint auch für die Haushaltsarbeit zu gelten.

41 Die Schule sei zu viel auf Sicherheit bedacht, meinte beispielsweise eine Mutter. Aus ihrer Sicht werden erwachsen werdende Kinder dort eher „klein gehalten“, wie sie sich ausdrückte (Angehörigen-Interview 9). Sie begründete das u.a. damit, dass nach ihrer Erfahrung auch volljährige Schülerinnen und Schüler ohne die Zustimmungen der Eltern Dinge nicht tun dürften, zu denen sie ihrer Meinung nach eigentlich in der Lage seien. Inwieweit solche persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen verallgemeinert werden können, lässt sich aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung nicht beurteilen.



Menschen mit Assistenzbedarf nicht über den Familienkreis hinaus.⁴²

Die Eltern von zwei jungen Wohntrainingsteilnehmenden formulierten für ihre Kinder ausdrücklich den Wunsch nach Kontakten auch mit nichtbehinderten Gleichaltrigen. Ein Vater erzählte in diesem Zusammenhang, dass sein Sohn früher im örtlichen Fußballverein mitgespielt habe – „dann, als er älter wurde“, so der Vater, „ist die Schere aufgegangen.“⁴³ Sein Sohn werde auf der Straße von den früheren Mitspielern noch immer freundlich begrüßt, aber ansonsten seien die Leistungsniveaus und die Interessen jetzt doch mittlerweile zu verschieden. Barrieren für angemessene (Weiter-)Entwicklungen sozialer Netzwerke zeigten sich als verschränkt mit gesamtgesellschaftlichen, aber auch mit spezifischen institutionellen Bedingungen.

Barrieren auf der Ebene des institutionellen Umfelds

Wie oben bereits angedeutet, behindern segregierte Schul- und Arbeitsorte für die teilnehmenden Menschen mit Assistenzbedarf deren Möglichkeiten selbstbestimmter Verselbstständigung teilweise erheblich. Innerhalb solch erschwelter Rahmenbedingungen konnten passende institutionelle Angebote – zum Beispiel im Freizeitbereich – dennoch erkennbar zum Fortkommen der Beteiligten im Sinne der Projektziele beitragen. Voraussetzung hierfür war die Kooperationsbereitschaft unterschiedlicher Einrichtungen. Nicht in jedem Fall war dies – wie ebenfalls bereits erwähnt – in gleichem Maße gegeben. Hemmende Kräfte von Träger- und Schulseite gingen offenbar teilweise

auf spezifische – zum Beispiel personenabhängige – Ursachen zurück. Zum Teil handelt es sich aber offensichtlich auch um strukturell bedingte Reibungskräfte an den Grenzen zwischen unterschiedlichen institutionellen Akteuren/Akteurinnen in teilweise auch unterschiedlichen Hilfesystemen.

Ablösungsprozesse vom Elternhaus sind für die zu Hause lebenden Menschen mit Assistenzbedarf nicht zuletzt auch davon abhängig, ob den Betroffenen angemessene alternative Wohn- und Lebensmöglichkeiten zugänglich sind. Hier unter den gegebenen Rahmenbedingungen jeweils passgenaue Lösungen zu finden, kann eine große Herausforderung sein, wie das Beispiel einer Projektteilnehmerin zeigt. Sie wollte eigentlich im Laufe des Projektes gerne zu Hause ausziehen und in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft ziehen. Nach Angaben ihrer Mutter entschied sie sich dann aber vor allem deshalb (vorläufig) gegen die räumliche Ablösung, weil sie durch den Wegzug aus dem Heimatort nicht mehr an der Freizeitgruppe hätte teilnehmen können, die für sie ein wichtiger Teil ihres sozialen Netzwerkes ist. Darüber hinaus hätte sie in der neuen Wohnung an Arbeitstagen sehr früh aufstehen müssen, weil sich die Anfahrtszeit zur Werkstatt erheblich verlängern würde.

Weite Arbeitswege in Verbindung mit langen Arbeitstagen in der Werkstatt können auch bei den zu Hause wohnenden Menschen mit Assistenzbedarf dazu führen, dass dort kaum mehr Zeit für Hausarbeit bleibt. Eine Mutter berichtete bedauernd, dass ihre Tochter vor allem deshalb kaum

42 Eine der Ausnahmen in dieser Hinsicht ist beispielsweise ein junger Mann mit Assistenzbedarf, dessen Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt in der Nähe seiner Wohnung liegt und der viele Menschen an seinem Wohnort kennt. Ein anderer Teilnehmer ist im örtlichen Fußballverein u.a. als Linienrichter aktiv und pflegt dadurch am Wohnort vergleichsweise viele Kontakte auch außerhalb der Familie.

43 Angehörigen-Interview 11

dazu komme, ihre beim Wohntraining erlernten Kenntnisse und Fähigkeiten daheim auch anzuwenden.⁴⁴

4.4 Zusammenschau: Wenn es das Projekt nicht gegeben hätte...

„Wenn es das das Projekt nicht gegeben hätte, dann hätten wir im alten Trott weitergemacht“⁴⁵, sagte eine Mutter in der Zusammenschau der Projektergebnisse für ihr erwachsenes Kind mit Assistenzbedarf und ihre Familie. Ein Teilnehmer meinte: *„Ich würde später einmal in einem Haus wohnen, das gar nicht für mich geeignet ist.“⁴⁶* Aus seiner Sicht trug das Projekt dazu bei, dass er später – wenn er nicht mehr wie heute mit seiner Mutter wohnen kann oder will – auf eine ihm angemessene Weise leben kann. Aus Sicht der Mutter eines anderen Teilnehmers – er war während des Projektes in eine Wohnung neben dem Elternhaus gezogen – wäre dessen Zukunft ohne das Projekt vollkommen anders verlaufen: *„Man hätte ihn in ein Wohnheim angemeldet oder so*

irgendwas. Ich wäre ja gar nicht auf die Idee gekommen, dass er in einer eigenen Wohnung wohnen könnte (...). So etwas schiebt man ja immer vor sich her.“⁴⁷

Für die weitaus meisten Projektbeteiligten haben die Aktivitäten der Projekte „Begleitetes Wohntraining zu Hause“ beziehungsweise „Fürs Leben lernen“ trotz vieler Barrieren für selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse zu deutlich erkennbaren Fortschritten geführt. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung trifft das für rund vier Fünftel der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu. In circa einem Fünftel der Fälle waren relevante Entwicklungen im Sinne der Projektziele kaum zu erkennen beziehungsweise schienen zu einem frühen Zeitpunkt stehen zu bleiben, was teilweise auch in der vorzeitigen Beendigung solcher Maßnahmen einen Ausdruck fand.⁴⁸

Für viele Teilnehmende und auch für deren Familien war das Projekt aber ausgesprochen gewinnbringend. Fast alle be-

44 Unzureichende Verkehrsverbindungen wurden insbesondere im ländlichen Raum als Hemmnis für selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse erkennbar.

45 Angehörigen-Interview 15

46 Gruppendiskussion 2/09

47 Angehörigen-Interview 16

48 Leitendes Kriterium war bei dieser Einschätzung, ob sich das Feld der Möglichkeiten zu selbstbestimmtem und selbstständigem Handeln für die Betroffenen durch das Projekt erkennbar und relevant erweitert hatte. Kaum erkennbar waren solche Erweiterungen, wenn sich offenbar weder Zukunftsperspektiven verändert hatten noch Spuren im Alltagshandeln oder den Haltungen der Beteiligten (Teilnehmer/innen und/oder Angehörige) sichtbar wurden. Zentral war in diesem Zusammenhang die Frage: Was wäre anders ohne Projekt? Diese Frage wurde versucht, in der Zusammenschau der unterschiedlichen Daten bzw. Perspektiven zu beantworten.

Die so getroffenen Einschätzungen sind allerdings nur als vorläufige Orientierung zu verstehen, zumal der Faktor Zeit in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle spielt. Das zeigt u. a. das Beispiel einer Teilnehmerin, die im Projekt zunächst zwar einige Fortschritte im Hinblick auf ihre Mobilität gemacht hatte, diese schienen allerdings nicht von großer Relevanz zu sein. Ansonsten blieb fast alles, wie es war. Das „begleitete Wohntraining“ wurde deshalb (vorläufig) beendet. Im Zusammenhang mit der Veränderung des Gesundheitszustands des im gleichen Haushalt lebenden Vaters der Teilnehmerin veränderten sich einige Zeit später die Bedingungen. Sie zog daraufhin in ihre eigene Wohnung. Die Erfahrungen aus dem vorhergehenden Wohntraining und vor allem der dabei entstandene bzw. gepflegte Kontakt zwischen der Betroffenen bzw. der Familie und dem Projektmitarbeiter förderten diesen Verselbstständigungsschritt. Das Projekt zeigte seine Wirkung sozusagen mit Verspätung. Nicht zuletzt auf Seiten der Angehörigen hatten sich offenbar Haltungen verändert und das wäre ohne den Umzug dem forschenden Blick möglicherweise verborgen geblieben. Nach dem Umzug sagte die Schwester der Teilnehmerin im Angehörigen-Interview: *Wenn es das Projekt nicht gegeben hätte, dann wäre alles geblieben wie bisher.“* (Angehörigen-Interview 21).



fragten Teilnehmer, Teilnehmerinnen und Angehörigen zeigten sich zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Projektverlauf und den Ergebnissen.⁴⁹ Auf eine große subjektive Bedeutung, die das Projekt für nicht wenige Beteiligte offenbar hatte, wiesen viele Äußerungen in den Befragungen der wissenschaftlichen Begleitung und in den Berichten der Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen hin. Wenn es das Projekt nicht gegeben hätte, „dann wäre ich jetzt in einem Loch“⁵⁰, sagte beispielsweise ein Teilnehmer mit Assistenzbedarf und die Mutter eines jungen Teilnehmers

meinte, dass da ohne das Projekt „jetzt nur ein weißes Feld“⁵¹ wäre. Sie fügte hinzu: „In der Schule gibt es ja auch Wohntraining, aber das ist ja etwas ganz anderes.“ Diese Mutter schätzte besonders die Nähe des Projektes zum Familienalltag.

Nicht für alle Teilnehmenden und Familien unterschieden sich die Projektaktivitäten so grundlegend von bestehenden Angeboten – zum Beispiel von Schulen oder Behindertenhilfeeinrichtungen. Teilweise wurde deutlich gemacht und geschätzt, dass auch die Schule beispielsweise durch

49 Von den jeweils 24 Teilnehmern/Teilnehmerinnen, die an den Gruppendiskussionen mit der wissenschaftlichen Begleitung in der Projektmitte und am Projektende teilnahmen, äußerten sich in einer Bewertung auf einer vierstufigen Skala in der Projektmitte 16 und am Ende 17 Befragte eher oder sehr zufrieden. Eine Teilnehmerin, die sich in der Projektmitte unzufrieden gezeigt hatte, weil ihr das Projekt zu anstrengend war, äußerte sich am Ende sehr zufrieden. Jeweils 7 Teilnehmer/innen der Gruppendiskussionen nahmen keine Bewertung vor – beispielsweise, weil sie erst kurz vor der Befragung ins Projekt eingestiegen waren oder weil diese Bewertungsmethode nicht ihren Kommunikationswegen entsprach.

Von den 29 befragten Angehörigen äußerten sich bis auf vier Ausnahmen alle deutlich zufrieden. Einige der Befragten fügten ausdrücklich hinzu, dass sie gerne mehr Zeit im Projekt gehabt hätten. Andere Verbesserungswünsche dieser deutlich zufriedenen Eltern bezogen sich auf Aspekte, von denen die Befragten selbst meinten, dass sie aber wohl von einem solchen Projekt nicht zu leisten seien. Dies betrifft beispielsweise den Wunsch nach Integration.

Eine Interviewpartnerin hätte sich gewünscht, dass die Aktivitäten noch mehr auf die aus ihrer Sicht spezifischen Behinderungen ihres Sohnes abgestimmt hätten werden sollen. Diese Mutter legte auch großen Wert darauf, dass die Aktivitäten auf den Betroffenen selbst und das Wohnen begrenzt und nicht auf Interaktionsmuster in der Familie und auf Aspekte jenseits des Wohnens ausgedehnt werden sollten. Aus Sicht der Befragten gingen manche Aktivitäten diesbezüglich zu weit. Insgesamt zeigt sie sich aber dennoch zufrieden (vgl. Interview 4).

In einem anderen Fall hätte sich die befragte Mutter gewünscht, dass die Übungen des Wohntrainings noch mehr in den Familienalltag integriert worden wären. Auch sie fand das Projekt aber insgesamt gut (vgl. Interview 5).

Eine Mutter – ihr erwachsenes Kind stand zum Befragungszeitpunkt noch relativ am Anfang der Aktivitäten – war nicht sicher, ob die Teilnehmerin durch das Projekt nicht überfordert werde. Trotzdem wollte sie aber dabei bleiben und fand es eine gute Sache (vgl. Interview 22).

Ein Vater zeigt sich unzufrieden mit dem Projekt, u. a. weil aus seiner Sicht zu wenig am tatsächlichen Bedarf angesetzt worden sei. Diese Zusammenarbeit war aber auch von Seiten der Projektverantwortlichen vorzeitig beendet worden (vgl. Interview 26).

Zu berücksichtigen ist bei den Einschätzungen der Zufriedenheit insgesamt, dass nicht alle Angehörigen und Teilnehmer/innen abgebrochener Maßnahmen bei den Befragungen erreicht wurden.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass manche Befragte – insbesondere manche Menschen mit Assistenzbedarf – bei ihren Zufriedenheitseinschätzungen offenkundig auch die jeweiligen eigenen Leistungen im Projekt mit bewerteten. Das verweist nicht zuletzt auch darauf, dass sich alles Projekthandeln als ein interaktives Geschehen zwischen den verschiedenen Beteiligten verstehen lässt und nicht nur als das Handeln der Fachkräfte. Mehr oder weniger Zufriedenheit ist auf diesem Hintergrund nicht gleichzusetzen mit mehr oder weniger gutem Projekthandeln der Projektmitarbeiter/innen. Dieses zu beurteilen war auch weder die Aufgabe der Befragten noch der wissenschaftlichen Begleitung. Auch sind Zufriedenheit und Projekterfolg keinesfalls gleichzusetzen. Allerdings ist die hohe Zufriedenheit ein Indikator für einen insgesamt gelungenen Anschluss des Projekthandelns an die Wünsche von Teilnehmern/Teilnehmerinnen und Eltern.

50 Gruppendiskussion 310.

51 Angehörigen-Interview 10

Wohn- und Mobilitätstrainings zur Verselbstständigung beitragen, dass auch Freizeitangebote der Offenen Hilfen in diesem Zusammenhang wichtige Impulse geben oder dass auch andere ambulante Unterstützungsmöglichkeiten zu mehr selbstbestimmter Selbstständigkeit beitragen. Auch in diesen Fällen aber wurde erkennbar, dass die lebensweltorientierte Arbeit gleichzeitig mit den Betroffenen und ihren Eltern sowie die enge Verbindung mit der Steuerungsebene der Eingliederungshilfe neu und gewinnbringend sind. *„Eine wichtige Unterstützung im Gesamtprozess in dieser sehr wichtigen Übergangsphase“*⁵², so fasste die Mutter einer gerade erwachsen werdenden Frau die Bedeutung für sich zusammen.

Den Projektmitarbeitern und Projektmitarbeiterinnen gelang es, Vertrauensbeziehungen zu Menschen mit Assistenzbedarf beziehungsweise Familien aufzubauen, die teilweise bis dahin weniger Vertrauen und auch weniger Kenntnisse über Unterstützungsmöglichkeiten hatten. Dies wird voraussichtlich die zukünftige Zusammenarbeit zwischen den Betroffenen, ihren Familien und den Trägern der Eingliederungshilfe erleichtern. Aus vertrauensvoller Zusammenarbeit ist in den Projekten nicht zuletzt oft auch viel Zuversicht für die Zukunft entstanden. Über die Zukunft ihres Sohnes sagte eine Interviewte am Projektende: *„Jetzt weiß ich, er wird es schaffen. Ich weiß, ihr kümmert euch.“*⁵³

Für alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren zu Beginn der Einzelmaßnahmen die individuellen und/oder systemischen Voraussetzungen nicht gegeben, um ihre Potenziale voll auszuschöpfen und nicht zuletzt auch relativ selbstständige Wohnformen für sich zu erschließen – je nach

Alter und Familiensituation in näherer oder fernerer Zukunft. Oft bliebe ohne eine Unterstützungsarbeit, wie sie in den drei Projekten geleistet wurde, eine Zukunft in selbstständigen beziehungsweise ambulant betreuten Settings voraussichtlich verschlossen. Am Ende des Projektes waren hingegen hierfür in der weit überwiegenden Zahl der Fälle zentrale Grundvoraussetzungen geschaffen worden – durch kontinuierliche Verselbstständigungsarbeit der Fachkräfte in den Modellprojekten mit den Betroffenen, ihren Familien und den außerfamiliären Netzwerken. Und einige Beteiligte hatten aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung gleichsam einen Quantensprung in Richtung Selbstständigkeit gemacht. Diese Teilnehmer und Teilnehmerinnen hatten am Projektende eine neue Rolle in ihrem jeweiligen Beziehungsgefüge eingenommen und bewegen sich und wohnen nun sozusagen auf einem neuen Level der Selbstständigkeit. Hierzu beigetragen haben auch – aber nicht ausschließlich – Auszüge aus dem jeweiligen Elternhaus.

Auf der institutionellen Ebene haben die Projekte im Modellbaustein „Begleitetes Wohntraining zu Hause“ zum Abbau von Reibungskräften zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe, den Leistungsträgern der Behindertenhilfe und auch den Schulen beigetragen. Multidimensionale Netzwerkbildungen im Interesse von Menschen mit Assistenzbedarf wurden ebenso befördert wie eine lebensweltorientierte Hilfeplanungs- und Steuerungspraxis der Landratsämter.

5. Transfer: Empfehlenswerte Ansätze und Wege

Durch die Erfahrungen in den drei Projekten im Modellbaustein „Begleitetes

52 Angehörigen-Interview 9

53 Angehörigen-Interview 1



Wohntraining zu Hause“ konnten wertvolle Erkenntnisse im Hinblick auf gelingende Ansätze und Wege in der Eingliederungshilfe für (noch) zu Hause wohnende erwachsene Menschen mit Assistenzbedarf gewonnen werden. In allen Landkreisen leben Menschen in Situationen und stehen vor Herausforderungen, die jenen vergleichbar sind, welche sich in der Projektarbeit gezeigt haben. Die Situation von Herrn Maier ist ein typisches Beispiel hierfür. Wie eingangs dieses Berichtes geschildert, wohnt der 48-jährige Herr Maier mit seiner 79-jährigen Mutter seit einigen Jahren alleine, seit die Geschwister aus dem Haus sind und der Vater gestorben ist. Die Situation ist nicht genau mit der realen Konstellation im Projekt identisch, sondern wurde aus Anonymisierungsgründen verändert. Die Konstellation ähnelt auch nicht nur einer bestimmten, sondern ist darüber hinaus verwandt mit vielen anderen Ausgangssituationen im „begleiteten Wohntraining zu Hause“. Unter anderem das „Musterbeispiel“ Bernd Maier dient im Folgenden dazu, empfehlenswerte Ansätze und Wege für die Unterstützung von selbstbestimmten Verselbstständigungsprozessen durch die Eingliederungshilfe zu skizzieren. Die Grundlage hierfür bilden die gelingenden Ansätze und Wege in der Arbeit von Projektmitarbeitern und Projektmitarbeiterinnen in den drei Modellprojekten mit Menschen wie Herrn Maier, aber auch mit Teilnehmern und Teilnehmerinnen in anderen Situationen – beispielsweise mit jüngeren Menschen mit Assistenzbedarf und deren Eltern.

Wie manche andere Familien, haben sich Bernd Maier und seine Mutter nach einigem Zögern für die Teilnahme am Projekt „Begleitetes Wohntraining zu Hause“ entschieden. Wie viele andere sind beide heute sehr froh darüber. Sie fühlen sich

jetzt gut vorbereitet für die Zukunft „wenn ich einmal nicht mehr bin“¹⁵⁴, wie es die Mutter ausdrückt. Von sich aus wäre die Familie aber nicht aufs Landratsamt zugekommen und von sich aus hätten sie sich wohl auch nicht um mehr Selbstständigkeit für Bernd bemüht und auch diesbezüglich ist die Familie kein Einzelfall.

5.1 Aufsuchende Zugänge herstellen

In allen Teilprojekten suchten die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen zunächst nach Familien mit potenziellem Bedarf und suchten dann die Familien auf. Die Fachkraft im Modellprojekt ging mit dem Angebot des „Begleiteten Wohntrainings zu Hause“ auf Familie Maier zu.

Der präventive aufsuchende Handlungsansatz, wie er in den Modellprojekten umgesetzt wurde, erwies sich als gewinnbringend sowohl im Sinne des Einübens verselbstständigungsrelevanter Kompetenzen der Betroffenen und Angehörigen als auch beim Aufbau von Vertrauensbeziehungen und insbesondere auch als Grundlage für Zukunfts- und Unterstützungsplanungen, die von den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen ausgehen und zu Erweiterungen beitragen. Eine Reihe von Familien wäre aller Voraussicht nach nicht an Vorhaben im Sinne der Projektziele beteiligt gewesen, wenn die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nicht auf sie zu und auch zu ihnen nach Hause gekommen wären. Insbesondere für den Kontakt mit älteren Eltern war das offenbar ausgesprochen wichtig.

Wichtig ist, dass Familien dort abgeholt werden, wo sie sich sicher fühlen – an Orten, die für sie Orte der Anerkennung sind. Nicht in jedem Fall ist das im ersten Schritt deren Wohnung, denn manchmal

können besonders Menschen aus marginalisierten Milieus Besuche von Landratsamtsmitarbeitern und Landratsamtsmitarbeiterinnen auch als Kontrolle und nicht als Unterstützung deuten.

Nicht selten war es für den Zugang aber auch von Vorteil, dass die Fachkraft im Wohntraining vom Landratsamt kam. Einige Familien nahmen am Projekt nicht zuletzt auch deshalb teil, weil jemand vom Landratsamt gefragt hatte. Einige Eltern machten bei der Angehörigen-Befragung der wissenschaftlichen Begleitung deutlich, dass sie zunächst wenig intrinsisch motiviert gewesen waren. Sie machten offenbar mit, weil sie von einer Instanz angesprochen wurden, die Autorität genießt – „*Ich habe mitgemacht, weil ich gefragt wurde*“⁵⁵, sagten so oder so ähnlich verschiedene Angehörige. Dies galt erkennbar eher für Personen aus Milieus, die mehr am Prinzip der Autorität orientiert waren – wohl auch, weil sie auf Grund ihrer Generationslage oder auch auf Grund ihres kulturellen Hintergrundes entsprechend sozialisiert worden waren. Gerade für Familien aus Milieus, die eher an Autorität und weniger an Eigenverantwortlichkeit orientiert sind, gibt es aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung einen besonderen Unterstützungsbedarf im Hinblick auf selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse.

Ausgesprochen wichtig war für gelingende Zugänge zu den Teilnehmern und Teilnehmerinnen die Zusammenarbeit mit Personen, die bereits mit den betreffenden Familien in vertrauensvollem Kontakt gestanden hatten. Im Fall von Bernd Maier überzeugte dessen Schwester die Mutter von der Teilnahme. Erwachsene Geschwister beförderten in einigen Fällen den Zugang des Projektes zu Teilnehmern und Teilnehmerinnen. Teilweise fungier-

ten als „Verbindungsleute“ zu potenziellen Teilnehmern und Teilnehmerinnen auch andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Landratsamt, oft Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Werkstätten und Schulen. Eine frühzeitige Einbeziehung solcher Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen in Entwicklungen von Vorhaben wie dem „Begleiteten Wohntraining zu Hause“ ist deshalb sehr zu empfehlen.

Bezüglich der Zielgruppen für solche Vorhaben ist es wünschenswert, dass zu Hause lebende Menschen mit Assistenzbedarf bereits ab dem Jugendalter beziehungsweise ab der Werkstufe in Kooperation mit den Schulen durch einen solchen Handlungsansatz unterstützt werden.

5.2 Bedarfe und Interessen aller Beteiligten sondieren

Ausführliche Situationsanalysen und Bedarfserhebungen haben sich in den Projekterfahrungen bewährt – dies gilt für ältere genauso wie für junge Familien. Dabei waren differenzierte Einschätzungen vielfach deshalb möglich, weil die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen vor Ort und die Erhebungssituationen mit praktischen Aktivitäten verbunden waren. Herr Maier – das stellte die Fachkraft im Projekt in den ersten Kontakten schnell fest – konnte viele Dinge im Alltag schon selbstständig erledigen: Er hatte auch schon vor dem Projektstart ab und zu alleine für sich selbst und seine Mutter eingekauft und er verstand sich auf die Bedienung von Waschmaschine, Herd und Küchenmaschinen – allerdings eher theoretisch. Denn praktische Erfahrungen hat er noch wenige gesammelt. Darum brauchte er Übung beim Kochen, beim Wäsche waschen und auch insgesamt bei der Haushaltsführung.



Beim Einkaufen, beim Kochen und auch beim nebenbei Reden mit den Betroffenen konnten sich die Fachkräfte ein Bild machen. Dabei ging es immer auch um das Gesamtbild – um Interessen, Ressourcen und Bedarfe sowohl auf Seiten der jeweiligen Menschen mit Assistenzbedarf als auch der anderen Personen in ihrem Unterstützungsnetz. Den jeweiligen Interaktionen zwischen den Teilnehmern und Teilnehmerinnen und ihren Familien kam hier eine große Bedeutung zu. Es galt achtsam zu sein, zu beobachten und genau zuzuhören. So konnten die Fachkräfte angemessene Vorstellungen von den Kräfteverhältnissen der fördernden und der hemmenden Kräfte in den jeweiligen Einzelsituationen machen. Dadurch konnten sie Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Praxishandelns besser einschätzen.

außerhalb der Reichweite der Handlungsmöglichkeiten solcher Vorhaben wie dem „begleiteten Wohntraining zu Hause“.

5.3 Ziele mit den Betroffenen und in deren Interesse formulieren

Aufgabe der Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen war es, auf der Grundlage realistischer Einschätzungen der Möglichkeiten gemeinsam mit den Betroffenen Ziele zu entwickeln, die den Aktivitäten Orientierungen und den Beteiligten Motivation geben. Wichtig ist es bei solchen Planungsprozessen, dass sie sich primär an den Interessen der Betroffenen orientieren. Ein Ausdruck der Interessen sind die Wünsche der Menschen mit Assistenzbedarf.

Als Bernd Maier vor dem Start des Wohntrainings nach seinen Wünschen und Ideen zur Gestaltung seiner Zukunft gefragt wurde, da fiel ihm zunächst nichts ein. Und so war es auch bei vielen anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Wohntrainings. Vor allem ältere Menschen mit Assistenzbedarf äußerten zunächst kaum Wünsche, wohingegen manche Teens und Mittzwanziger recht differenzierte Vorstellungen für ihre Zukunft formulierten. Ein Teilnehmer – 27 Jahre alt – zum Beispiel wünschte sich, später einmal „mit 3 bis 4 Freunden zu wohnen“, wie er sagte.⁵⁸ Und auch ein Nahziel hatte er, das ihn bei seiner Verselbstständigungsarbeit motivierte: Er wollte alleine in Urlaub fahren – ohne Familie und unabhängig von den Freizeitangeboten für Menschen mit Behinderungen.

Ideen und Träume der Betroffenen für ihr Leben können den Wohntrainings Schub, Orientierung und Nachhaltigkeit geben.

72

Solche Orientierungen und Einschätzungen der Handlungsspielräume braucht es zu Beginn der Einzelmaßnahmen, aber auch im weiteren Verlauf der Aktivitäten sind immer wieder Reflexionsphasen zur Einschätzung der Bedarfslage beziehungsweise der Kräfteverhältnisse notwendig – und manchmal gilt es dann, bei den Planungen der Aktivitäten umzusteuern. Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen berichteten beispielsweise, dass einzelne Maßnahmen manchmal „wie ein Tropfen auf den heißen Stein“ seien.⁵⁶ Dies kann ein Indikator dafür sein, dass möglicherweise in den angesprochenen Fällen die Möglichkeiten des „begleiteten Wohntrainings“ nicht (mehr) ausreichen, um (weitere) Erfolge im Sinne der Projektziele zu erzielen. In manchen Fällen sind die Möglichkeiten nach einer gewissen Zeit „ausgereizt“, wie es einer der Mitarbeiter ausdrückte⁵⁷ und der Handlungsbedarf liegt dann möglicherweise

56 Projektgespräch 17

57 Projektgespräch 21

58 Gruppendiskussion 2/09

Deshalb lohnt es sich, an der Kultivierung des Wünschens und an persönlichen Lebenszielen zu arbeiten⁵⁹ – auch und vor allem mit jenen, die zunächst keine Wünsche zu haben scheinen beziehungsweise keine Wünsche äußern. Dies vielleicht deshalb, weil sie es sich im Verlauf ihrer Lebensgeschichte abgewöhnt haben, vielleicht, weil es familiäre und gesellschaftliche Tabus bislang nicht opportun haben erscheinen lassen, sich an den eigenen Wünschen zu orientieren. Vielleicht aus Angst, vielleicht aus Gewohnheit, vielleicht weil Wünschenswertes in ihrem Gesichtskreis wenig vorkommt und weil man so vielleicht einfach nicht auf Ideen kommen kann. Selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse brauchen Vorstellungen von einer gelingenden Zukunft, von Wohn- und Lebensformen, die möglich sind. Deshalb wurde es von vielen Beteiligten auch als sehr gewinnbringend erlebt, wenn sie durch Projektaktivitäten verschiedene Wohn- und Lebensformen kennenlernten.

Die Kultivierung des Wünschens braucht auch Zeit – und das Zeitmaß ist dabei individuell verschieden. Manchmal ging es aber auch schnell, dass Ideen entstanden und die Wohntrainings zum selbstbestimmten Wollen der Betroffenen beigetragen haben: Die begleitenden Fachkräfte konnten solche Prozesse unterstützen, wenn sie das Spektrum der denkbaren Wünsche erweiterten.

Aus Wünschen können motivierende Ziele werden, wenn sie mit den Anforderungen verbunden werden, die von der Realität an die Betroffenen gestellt werden. In der Vermittlung zwischen Wünschen und Realitäten konnten Fachkräfte in den Modellprojekten für die Betrof-

fenen wichtige Beiträge leisten. Manchmal zeigen sich Spielräume zur Realisierung von Wünschen größer als Eltern das zunächst annehmen. Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen konnten solche Spielräume beispielsweise erweitern, wenn sie Eltern darauf hinwiesen, dass die Anforderungen an relativ selbstständiges Wohnen nicht unbedingt in jedem Fall – wie von manchen Angehörigen vorausgesetzt – erfordern, dass man komplizierte Gerichte kochen kann. „*Manchmal tut es auch ein Fertiggericht*“⁶⁰, meinte dazu ein Projektmitarbeiter.

5.4 Interessen und Kompetenzen der Betroffenen aufgreifen und stärken

Wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Projekten die Interessen und Bedürfnisse ihrer Klientinnen und Klienten differenziert wahrnahmen, dann war das einerseits eine wichtige Grundlage für gelingende Beziehungen und andererseits ermöglichte es Sinn-Verstehen. Es hilft zu verstehen, was für die jeweiligen Wohntrainingsteilnehmerinnen und Wohnungstrainingsteilnehmer Sinn macht, was ihnen wichtig ist und was für die Betroffenen Kräfte sein können, die selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse fördern. Wenn es gelingt, diese Kräfte aufzugreifen und zu verstärken, dann werden solche Verselbstständigungsprozesse vorangetrieben. Bernd Maier zum Beispiel hat einen kleinen Schritt zu mehr Unabhängigkeit von seiner Mutter gehen können, weil die Fachkraft im Wohntraining sein Hobby aufgegriffen hat – Herr Maier antwortete im Interview mit der wissenschaftlichen Begleitung auf die Frage, wie zufrieden er denn bisher mit dem Projekt sei: „*Sehr zufrieden (...), er hat sich sogar für mein Hobby interessiert.*“⁶¹ Gemeint war

59 Eine bewährte Methode in diesem Zusammenhang sind beispielsweise Persönliche Zukunftsplanungen (vgl. Boban / Hinz 1999)

60 Praxisgespräch 10

61 Gruppendiskussion 2/09



die Fachkraft, die im Wohntraining mit ihm arbeitete. Das Hobby des Teilnehmers sind Spielzeugautos und Hefte beziehungsweise Kataloge zu diesem Thema. Der Mitarbeiter hatte mit Bernd Maier im Internetcafé Spielzeugautos recherchiert. Mittlerweile geht er alleine an diesen Ort – Orte wie dieser können für die Betroffenen Orte der Emanzipation vom Elternhaus sein.

Je nach Lebenslage der Betroffenen können fördernde Kräfte auf ganz unterschiedlichen Ebenen zu finden sein. Für junge Wohntrainingsteilnehmerinnen und Wohnungstrainingsteilnehmer sind diese Kräfte oft mit erlebnisorientierten Bedürfnissen verbunden – zum Beispiel Spaß haben mit Gleichaltrigen. Besonders bei älteren Menschen kann zum Beispiel die Beschäftigung mit der jeweiligen Biografie Kraftquellen erkennbar machen – Lebenskräfte, die im Laufe der Lebensgeschichte manchmal verschüttet wurden und deshalb nicht auf den ersten Blick erkennbar sind.

Mehr Selbstständigkeit kann entstehen, wenn vorhandene Stärken anerkannt und genutzt werden. In den Projekten geschah dies zum Beispiel dadurch, dass Teilnehmer und Teilnehmerinnen anderen Teilnehmern und Teilnehmerinnen etwas beibrachten, was sie selbst schon konnten – beispielsweise im Tandemtraining zu zweit oder auch in der Gruppe. Oft fanden solche Lernprozesse erkennbar auch bei informellen Gruppenaktivitäten statt. Wenn Lernende auch Lehrende sein dürfen, dann können sie dadurch wachsen, das zeigte sich zum Beispiel auch in der ausgesprochen positiven und lang anhaltenden Resonanz auf eine Aktivität, bei der zwei junge Projektteilnehmer und Projektteilnehmerinnen in ihrer ehemaligen Schule als Referenten, Referentinnen tätig wurden.

Selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse kommen voran, wenn bestehende Interessen und Kompetenzen aufgegriffen werden und wenn darauf aufbauend an Erweiterungen gearbeitet wird. Hierbei geht es vor allem auch darum, neue Gelegenheiten zu schaffen, das Spektrum der verfügbaren Möglichkeiten zu erweitern. Dies geschah in der Arbeit mit Herrn Maier beispielsweise, als er eine Woche lang weitgehend selbstständig in einer Probewohnung wohnte und neue Erfahrungen sammelte, Kompetenzen anreicherte und erkennbar Selbstvertrauen gewann.

Oft zieht die Erweiterung des Spektrums der Aktivitäten und des Gesichtskreises dann selbstläufig weitere Wünsche und Erweiterungen nach sich. Eine junge Teilnehmerin, die durch das Training mittlerweile selbstständig mit dem Bus fährt, kommt dabei am Bahnhof vorbei. Dort sieht sie oft den Zug in die nächste Großstadt. Jetzt will sie unbedingt einmal mit dem Zug dort hinfahren. Sie hat gehört, dort gäbe es ein schönes Glockenspiel.⁶²

5.5 Familiäre Ressourcen aufgreifen und stärken

Als hemmende Kräfte wurden in den „Wohntrainings zu Hause“ besonders mit älteren Familien häufig die Beharrungskräfte von Eltern wahrgenommen. Bernd Maier beispielsweise konnte bald eigentlich vieles, was man zum Selbstständigsein braucht. Allerdings praktizierte er diese Dinge dann noch immer nicht im gemeinsamen Zusammenleben mit seiner Mutter. Sie sind seit vielen Jahren ein „eingespieltes Team“ und machen mehr oder weniger weiter wie bisher. Auch wenn Herr Maier mit der Fachkraft im Wohntraining kochen und waschen übte, konnte er es schwer in seinen Alltag integrieren und damit schwer nachhaltig ler-

nen, weil zu Hause die Mutter weiter viele Versorgungsaufgaben wahrnimmt.

Als treibende Kräfte in Richtung Selbstständigkeit, die aufzugreifen sich lohnen, erwiesen sich immer wieder auch die Geschwister der Betroffenen. Von den Brüdern und Schwestern gingen nicht selten Impulse aus, die dazu führten, dass die Menschen mit Assistenzbedarf sich überhaupt am Wohntraining beteiligten. Diese treibenden Kräfte haben oft mit einem eigenen Interesse der Geschwister zu tun. Sie wollen möglichen Belastungen entgegenwirken, die sich später einmal für sie aus Verpflichtungen einem – wie sie befürchten – unselbstständigen Geschwister gegenüber ergeben könnten. Gleichwohl können diese Kräfte auch im Interesse der jeweiligen Menschen mit Assistenzbedarf wirken, nicht zuletzt, weil sie zur Veränderung von familiären Konstellationen beitragen können, die selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse hemmen.

Hemmende Beharrungskräfte von Eltern werden manchmal kleiner, wenn auch mit ihnen im Rahmen der Wohntrainings respektvoll an möglichen Veränderungen gearbeitet wird. Respekt heißt in diesem Zusammenhang nicht zuletzt, die Lebensleistungen der Angehörigen bei der Erziehung und Begleitung ihrer Kinder zu würdigen – eine Mutter wies im Interview selbst auf diese Leistung hin: *„Wissen Sie, ich bin stolz, dass ich meinen Sohn in 58 Jahren so weit gebracht habe.“*⁶³ Sie erzählte auch, dass sie ihren Sohn immer habe bei sich behalten wollen. Solche Haltungen werden verständlich, wenn man sie in ihrem biografisch-historischen Zusammenhang betrachtet. Schließlich galt eine behütende und versorgende Grundhaltung für viele Eltern über lange Zeit ihres Lebens hinweg als angemessen und war gesellschaftlich erwünscht.

Durch verstehende Zugänge zu Angehörigen werden auch deren Bedürfnisse besser erkennbar – Bedürfnisse, die Ausgangspunkte für Kräfte sind, die in bestimmten Konstellationen selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse ihrer Söhne und Töchter hemmen können. So trugen beispielsweise mehrere Projektteilnehmer und Projektteilnehmerinnen zu Hause zur Versorgung kranker Angehöriger bei. Dadurch hatten sie einerseits vielfältige Kompetenzen entwickelt. Andererseits wurden dadurch teilweise Ablösungsprozesse vom Elternhaus erschwert. Hemmende Bindungen für zu Hause wohnende Menschen mit Assistenzbedarf können in solchen Fällen eventuell durch eine Veränderung der Unterstützungsstruktur für den kranken Angehörigen gelöst werden.

Ein sinnvolles Ziel solcher Veränderungen kann es in vielen Fällen sein, für die Betroffenen angemessene Optionen zum Auszug aus dem Elternhaus zu öffnen, denn oft erscheint vor allem dadurch eine selbstbestimmte Verselbstständigung für die Betroffenen wirklich möglich. Diese in der Literatur vielfach vertretene Auffassung (vgl. Schultz 2010: 153) wurde auch in den Projekten bereits in einigen Fällen erkennbar bestätigt.

5.6 Angemessene Impulse geben

Zentrale Voraussetzung dafür, dass Eltern im Projekt Anregungen der Fachkräfte aufgreifen konnten, war Vertrauen in deren fachliche Kompetenz. Dieser Aspekt wurde in Angehörigen-Interviews immer wieder betont. Darüber hinaus hoben eine Reihe von Müttern und ein Vater aber auch hervor, wie wichtig es gewesen sei, dass es „persönlich gepasst“ habe. Damit waren in der Regel sowohl der Umgang mit dem erwachsenen beziehungswei-



se erwachsen werdenden Kind mit Assistenzbedarf als auch die Verbindung Eltern – Fachkraft gemeint.

Eltern schätzten es, wenn sie das Gefühl hatten, dass einerseits die eigenen elterlichen Bedürfnisse und Haltungen geachtet wurden und andererseits neue Anregungen und Impulse von außerhalb der Familie Bewegung im Sinne von mehr Selbstständigkeit ermöglichten. In einigen Angehörigen-Interviews betonten Mütter, dass ihre erwachsenen Kinder sich teilweise eher von Fremden etwas sagen ließen als von ihnen selbst. Eine Reihe von Müttern wies explizit darauf hin, dass sie auch selbst durch Beratungsimpulse viel gelernt hätten. „Mehr loslassen“, erzählte zum Beispiel eine Mutter, sei ihr geraten worden, und das würde sie jetzt auch tun.⁶⁴ „Mehr hinzustehen“ habe sie gelernt, sagte eine andere Mutter.⁶⁵ Sie meinte damit mehr Klarheit und Entschiedenheit im alltäglichen Umgang mit ihrer Tochter. Für andere Angehörige wiederum trugen Beratungsimpulse der Fachkraft dazu bei, dass sie den Sicherheitsaspekt im Umgang mit dem erwachsen werdenden Kind neu bewerteten – durch das Projekt wurden sie ermutigt, übervorsichtige Haltungen zu verändern und auch vertretbare Risiken in Kauf zu nehmen, wie sie Verselbstständigungsprozesse mit sich bringen können. Fachkräfte können durch angemessene Impulse dazu beitragen, dass für die betroffenen Menschen mit Assistenzbedarf mehr Experimentiermöglichkeiten entstehen, in welchen sie – teilweise auch durch Fehler – fürs Leben lernen können.

Viele Eltern ließen sich gerne bei Orientierungen beziehungsweise Umorientierungen helfen, wenn sie Vertrauen gefasst hatten. Vertrauen gewinnen Eltern vor allem auch dadurch, dass jemand ins

Haus kommt, von dem man sich wahrgenommen und unterstützt fühlt und auf den man dann bei Bedarf zugehen kann – so war es auch bei Bernd Maiers Mutter. Manche Eltern gingen von sich aus bereits zu Beginn der Einzelaktivitäten mit ihren eigenen Fragen auf die Fachkräfte zu, sie hatten das Projekt von Anfang an als Möglichkeit der eigenen Orientierung im alltäglichen Umgang mit ihren erwachsenen Kindern und im Hinblick auf mögliche Zukunftsplanungen verstanden. In vielen Fällen wuchs diese Offenheit offenbar erst im Lauf der Zeit – mit zunehmendem Vertrauen. Manchmal legen Angehörige aber offenbar auch großen Wert darauf, dass sich Fachkräfte auf die Arbeit mit den Söhnen oder Töchtern begrenzen und sich nicht in Familienangelegenheiten einmischen. In diesem Falle können Beratungsimpulse auch als unangemessen empfunden werden. Dann – aber auch in allen anderen Fällen – ist es in Bezug auf die Unterstützung selbstbestimmter Verselbstständigungsprozesse der Betroffenen meist ausgesprochen hilfreich, wenn nicht nur das häusliche, sondern auch das außerhäusliche Umfeld mit in den Blick genommen wird.

5.7 Netzwerke (weiter-)entwickeln

Eine Handlungsperspektive über die im Haushalt zusammenlebenden Personen hinaus hat sich als produktiv erwiesen. An allen Projektstandorten waren Entwicklungen hin zu verstärkter Netzwerkarbeit beobachtbar. Dabei wurden sowohl die persönlichen Netzwerke von Teilnehmern und Teilnehmerinnen weiterentwickelt als auch institutionelle Netzwerkstrukturen gestärkt.

Von der Arbeit an den jeweiligen persönlichen Netzwerken der zu Hause woh-

64 Angehörigen-Interview 14

65 Angehörigen-Interview 8

nenden Menschen mit Assistenzbedarf gehen oft produktive Veränderungen im Kraftfeld der fördernden und hemmenden Kräfte für deren selbstbestimmte Verselbstständigung aus. Es kann hilfreich sein, neue Akteure und Akteurinnen „ins Spiel“ zu bringen. Im Fall von Bernd Maier war dessen nicht mehr im Elternhaus lebende Schwester eine wichtige zusätzliche Akteurin und Unterstützerin für mehr Selbstständigkeit. Neben Geschwistern, deren Einbeziehung sich mehrfach als förderlich erwiesen hat, können wichtige einzubeziehende Akteure und Akteurinnen oft auch weitere professionelle Unterstützerinnen und Unterstützer sein oder auch unterstützende Bekanntschaften.

Auf der Ebene professioneller Unterstützung haben die Erfahrungen in den Modellprojekten gezeigt, dass aufeinander abgestimmtes Handeln aller beteiligten Institutionen entlang des gemeinsamen „roten Fadens“ der selbstbestimmten Verselbstständigung von großer Bedeutung für das Gelingen entsprechender Entwicklungsprozesse ist. Oft gehen fördernde Kräfte von Beziehungen zu anderen Menschen aus. Eine Wohntrainingsteilnehmerin beispielsweise ging sehr viel motivierter ihren Weg zu mehr Selbstständigkeit seit sie ihren Freund kennengelernt hatte. Diese Beziehung und damit verbundene Zukunftsvorstellungen – sie möchte später einmal mit ihm zusammen leben – waren treibende Kräfte dafür, dass sie den Führerschein machen und auch viele Dinge lernen wollte, die für eine selbstständigere Alltagsgestaltung notwendig sind. Nicht zuletzt deshalb empfanden es alle Beteiligten dann als sehr gewinnbringend, dass auch der Freund in Projektaktivitäten mit eingebunden worden war.

Als ausgesprochen nützlich erwies es sich auch, für Betroffene Austauschmöglichkeiten mit Menschen in ähnlichen Le-

benslagen herzustellen. Und das gilt sowohl für den Austausch der Menschen mit Assistenzbedarf untereinander – zum Beispiel über ihre Wünsche, Ideen und Verselbstständigungsschritte – als auch für ihre Eltern, die in Selbsthilfeprozessen gemeinsam mit anderen Eltern viel Unterstützung beim Loslassen ihrer Kinder finden können. Selbsthilfe und professionelle Beratung können einander hier produktiv ergänzen.

Wenn nicht-professionelle Unterstützung und professionelle Unterstützungsformen in diesem Sinne ineinander greifen, dann erweitern sich Spielräume für selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse. Hierfür bedarf es systemübergreifender Arbeitsansätze und es bedarf einer Einbettung von Einzelmaßnahmen – wie zum Beispiel der „Wohntrainings zu Hause“ – in die jeweiligen Lebenswelten der Betroffenen.

In einer solchen lebensweltorientierten Netzwerkperspektive stellt sich nicht zuletzt auch die Frage nach erweiterten Spielräumen für Verselbstständigungsprozesse durch die Teilhabe am Gemeinwesen. Denn erst dadurch, dass das Spektrum der Lebensmöglichkeiten für Menschen mit Assistenzbedarf über die bisherigen Sonderwelten hinausreicht, werden selbstbestimmte Wege der Verselbstständigung tatsächlich begehbar. Wenn Menschen mit Assistenzbedarf selbstverständlich an allen Regelstrukturen und Regelangeboten teilhaben können, dann entsteht dadurch eine große Kraft für Verselbstständigung. Das ist ein großes, bislang noch wenig genutztes Potenzial.

5.8 Kontinuität ermöglichen

Eine umfangreiche zeitliche Präsenz der Fachkräfte scheint nach den Erfahrungen in den Modellprojekten in vielen Fällen



nicht unbedingt über einen langen Zeitraum erforderlich für gelingende Prozesse zu sein. Entscheidend ist offenbar häufig eher die Kontinuität der Aktivitäten.

Begleitung und Austausch nach Abschluss der unmittelbaren Trainingsphasen tragen dazu bei, erreichte Selbstständigkeitsniveaus zu halten. Hierbei bewährten sich unter Anderem Gruppenaktivitäten – beispielsweise auch für Teilnehmer und Teilnehmerinnen, deren individuelles Wohntraining zwischenzeitlich ruhte, weil die äußeren Bedingungen für mehr Selbstständigkeit gerade nicht gegeben waren. Die Auseinandersetzung mit anderen Betroffenen in vergleichbaren Situationen ermöglichte dabei Kontinuität in der Auseinandersetzung mit Verselbstständigungsfragen. Es geht unter Anderem darum, vorbereitet zu sein für den Fall, dass sich im Familiensystem „etwas tut“ beziehungsweise wenn die äußeren Bedingungen sich ändern.

Auch für Herrn Maier stehen noch nicht jetzt sofort Änderungen der Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel ein Auszug, an. Seine Mutter sagt: „*Ich möchte, dass er hier im Haus wohnt bis ich einmal die Augen zumache. Wir haben hier genug Platz.*“⁶⁶ Bernd Maier selbst möchte ebenfalls zu Hause wohnen so lange seine Mutter lebt und dann später einmal in einer Wohnform, die für ihn auch passt – möglichst selbstständig. Nach dem Wohntraining sind die Voraussetzungen hierfür günstig. Allerdings wären diese Voraussetzungen in einigen Jahren – wenn die Wohnungsfrage akut wird – wahrscheinlich so nicht mehr gegeben, wenn Familie Maier jetzt ohne weitere Anregungen von außen bleiben würde. Die Erfahrungen in den Modellprojekten haben gezeigt, dass es für viele Betroffene und Angehörige wichtig ist, in solchen Schlüsselsituatio-

nen – wenn dann der Umzug tatsächlich ansteht – auf professionelle Unterstützer und Unterstützerinnen zugehen zu können, zu welchen sie Vertrauen haben. Die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen sind für viele Familien hier naheliegende Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen. Diese sind allerdings in Schlüsselsituationen nur dann auch erreichbar, wenn der in den Modellprojekten erprobte Handlungsansatz in langfristig aufgestellten Strukturen eingebunden ist.

Auf diesem Hintergrund erwies sich der Zeitrahmen beziehungsweise der Planungshorizont des Projektes als sehr kurz. Dies betrifft nicht zuletzt den Aufbau von Netzwerken und ebenso eine Reihe weiterer zentraler Herausforderungen, die sich im Projektverlauf gezeigt haben, beispielsweise die Integration von (sozial-)pädagogischen und Verwaltungsperspektiven bei den Projektträgern und vor allem auch der Abbau von Barrieren, die mit der Infrastruktur des Gemeinwesens zu tun haben: das teilweise unzureichende Angebot im Bereich ambulant betreuten Wohnens, aber auch nicht ausreichende Freizeitangebote für die betroffenen Menschen mit Assistenzbedarf sowie die manchmal mangelhafte Anbindung ihrer Wohnorte mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Solche Barrieren wirken hemmend auf selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse. Die Arbeit für selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse beinhaltet vor diesem Hintergrund auch die Arbeit an einer inklusiven Infrastruktur. Teilhabefördernde Verkehrsverbindungen, bedienungsfreundlichere Fahrkarten- und Geldautomaten, selbstverständliche Beteiligungsmöglichkeiten an Freizeitangeboten – alles, was die selbstverständliche Partizipation aller Menschen am Gemeinwesen ermöglicht,

trägt auch zur Erweiterung der Felder des möglichen Handelns für (noch) zu Hause wohnende Menschen mit Assistenzbedarf bei. Das braucht Zeit, aber dadurch werden selbstbestimmte Verselbstständigungsprozesse wahrscheinlicher – ebenso wie durch angemessene Strukturen für personenzentrierte Hilfen in der Eingliederungshilfe.

5.9 Angemessene Strukturen für personenzentrierte Hilfen schaffen

Viele erwachsene Menschen mit Assistenzbedarf, die wie Bernd Maier und die anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Modellprojekte (noch) im Elternhaus leben, könnten von einem neuen Baustein in der Eingliederungshilfe profitieren, der auf den gelingenden Handlungsansätzen der Modellprojekte „Begleitetes Wohntraining zu Hause“ / „Fürs Leben lernen“ aufbaut. Zu nachhaltigen Wirkungen in Sinne selbstbestimmter Verselbstständigungsprozesse kann dieser Baustein vor allem dann beitragen, wenn er in ein personenzentriertes Gesamtgebäude der Eingliederungshilfe eingebaut ist, das sich an individuellen Bedarfen und am Selbstbestimmungsrecht des Menschen mit Assistenzbedarf orientiert, eine Konstruktion, wie sie unter Anderem auch von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder vorgeschlagen wurde (vgl.: Lachwitz 2010: 3).

In den Projekten hat sich ein integrierter Handlungsansatz bewährt, der praktische Trainings für Betroffene beziehungsweise alltagsorientierte Beratungen für Angehörige mit weitergehenden Zukunfts- und Hilfeplanungen sowie mit der Steuerung entsprechender Unterstützungsleistungen verbindet. Steuerung kann dabei möglicherweise im Einzelfall durchaus bedeuten, dass beispielsweise bestimmte Trainingsmaßnahmen nach einer ersten

Phase des Trainings und der Bedarfsanalyse nicht mehr von dem/der Landratsamtsmitarbeiter/Landratsamtsmitarbeiterin, sondern von anderen Diensten weitergeführt werden.

Die erfolgreichen Handlungsansätze der Modellprojekte könnten durch die Überführung beziehungsweise Einbindung in Regelstrukturen zu einer Ausrichtung der Eingliederungshilfe beitragen, die an den individuellen Interessen, Ressourcen und Bedarfen orientiert ist und dabei Selbstständigkeit und Inklusion fördert. Mit der geplanten Fortsetzung des eingeschlagenen Weges in Verbindung mit dem Fallmanagement in der Eingliederungshilfe geht der Enzkreis bereits Schritte in diese Richtung.

Literatur

Boban, I./Hinz, A. (1999): Persönliche Zukunftskonferenzen. Unterstützung für individuelle Lebenswege. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 22, H.4/5, 13-23

Dworschak, W. (2007): Wohntraining. Konzeptionelle Überlegungen und unterrichtliche Umsetzung einer Sequenz zum Lernen im Wohnalltag am Förderzentrum mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung. Im Internet unter: www.edu.lmu.de/gvp/downloads/dworschak_wohntraai.pdf (Abruf am 15.11.10)

Frehe, H. (1990): Thesen zur Assistenzgenossenschaft, in: Behindertenzeitschrift LOS Nr. 26/1990

Jerg, J./Goeke, S. (2008): „Auf das Erreichte bin ich stolz“ Wege zur personenorientierten Begleitung, Projektbericht 1 Leben im Ort. Reutlingen



Jerg, J. (1998): *Leben in Widersprüchen - Lebensweltorientierte Integrative Wohngemeinschaften*. Reutlingen

Klauß, T. (2007): *Ablösung. Trennung vom Elternhaus*. In: Theunissen, G.; Kulig, W.; Schirbort, K. (Hrsg.). *Handlexikon Geistige Behinderung*. Stuttgart, 15 bis 16

Lachwitz, K. (2010): *Rechts- und Sozialpolitik. Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen*. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) fordert die Verabschiedung eines Reformgesetzes noch in dieser Legislaturperiode. Rechtsdienst 1/ 2010. Rechtsdienst der Lebenshilfe. Im Internet unter: www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus.../Eingliederungshilfe_Lachwitz.pdf (Abruf am 16.10.10)

Schultz, A.-K. (2010): *Ablösung vom Elternhaus. Der Übergang von Menschen mit geistiger Behinderung in das Wohnen außerhalb des Elternhauses in der Perspektive ihrer Eltern*. Marburg

Seifert, M. (1998): *Wohlbefinden von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung in der Familie*. In: Fischer, U. / Hahn, Th. / Lindmeier, Ch. / Reimann, B. / Richardt, M. (Hrsg.): *Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung*. Reutlingen, 207 bis 228

Seligman, M.E.P. (1999): *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim und Basel

Stamm, C. (2009): *Erwachsene mit geistiger Behinderung im Elternhaus. Zur Situation von Familien, in denen erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung leben – eine empirische Studie im Kreis Minden-Lübecke*. Siegen (ZPE-Schriftenreihe Nr. 21)

Theunissen, G. (2001): *Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Dargestellt und diskutiert am Beispiel der Ablösung vom Elternhaus*. In: Theunissen, G. (Hrsg.). *Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? 2. erw. Aufl.* Bad Heilbrunn/ Obb., 173 bis 192

Wissel, T. (2010): *Erwachsene Menschen mit Behinderung im Elternhaus*. Referat auf der Fachtagung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe zum Thema Familienunterstützende Hilfen am 23.3.2010. Im Internet unter: www.lwl.org/spur-download/fuh/ref3.pdf (Abruf am 22.2.11)

Wohlhüter, H (2005): *Vom Erwachsenwerden des geistig behinderten Menschen*. In: Walter, J. (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung*. Heidelberg. S. 187 bis 194

Kontakt:
 Prof. Jo Jerg
 Evangelische Hochschule Ludwigsburg
 Paulusweg 6
 71638 Ludwigsburg
j.jerg@eh-ludwigsburg.de

Projekte aus dem Themenbereich Flexibilisierung von ambulanten und stationären Wohnformen im Hinblick auf personenzentrierte Hilfen

Baustein	Durchführender Kreis	Kooperationspartner	Zielgruppe	Ziele	Wissenschaftliche Begleitung
2.1 Flexible persönliche Module in der stationären Betreuung	Bodenseekreis	SKID-Sozialkulturelle Integrationsdienste Camphill Schulgemeinschaften e.V. Überlingen	Menschen mit einer geistigen Behinderung im Übergang zwischen stationär und ambulant	Überwindung der Grenzen zwischen stationär und ambulant, Gemeindeintegration, zielgenaue persönliche Hilfe, Erhöhung der Selbständigkeit, Kostenersparnis	Kommunalverband für Jugend und Soziales, Baden-Württemberg Julia Lindenmaier, Christian Gerle
2.4 Gemeindenahe flexibles, ambulant betreutes Wohnen mit ausdifferenziertem Hilfebedarf	Landkreis Esslingen	Sozialpsychiatrischer Wohnverbund Stadt Esslingen Wohnstätte Oberensingen, Samariterstiftung Die Brücke Plochingen, Kreisdiakonieverband Esslingen	Chronisch psychisch kranke Menschen mit Unterstützungsbedarf beim Wohnen	Entwicklung und Umsetzung eines flexiblen Hilfeangebotes „Wohnen“, fließender Übergang von stationär nach ambulant, individuelle Hilfeplanung und zielgenaue Hilfebedarfsbemessung	Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) Prof. Susanne Schäfer-Walkmann





Baustein 2.1 – Erfahrungsbericht des Bodenseekreises

Birgit Haidlauf, Klaus Hold

Junge Menschen mit einer geistigen Behinderung, die aufgrund ihres Hilfebedarfs eine stationäre Betreuung benötigen, hatten bislang häufig noch keine Alternative zu einer Betreuung in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen.

Mit dem Modellprojekt „flexible Module in der stationären Betreuung“ wollte der Bodenseekreis, gemeinsam mit den Sozialkulturellen Integrationsdiensten (SKID) der Camphill Schulgemeinschaften e. V. in Überlingen im Rahmen des Persönlichen Budgets Möglichkeiten erproben, alternative Angebote für diese Menschen zu schaffen.

Um die Grenzen zwischen stationären und ambulanten Wohnformen zu überwinden und deren Übergänge zu erleichtern, wurde eine Flexibilisierung des Leistungstyps des stationären Wohnens angestrebt. Durch das Angebot von zielgenauen, personenzentrierten Hilfen in gemeindeintegrierten Wohnungen sollte der individuell notwendige Unterstützungsbedarf damit einerseits gedeckt und andererseits aber auch die größtmögliche Selbständigkeit durch die freie Wahl von trägerunabhängigen Unterstützungsmodulen erhalten und gefördert werden.

Aus rechtlichen Gründen war die zunächst geplante Gewährung der Hilfen im Rahmen des Persönlichen Budgets leider nicht möglich, weshalb die Leistungen nach den Leistungstypen des Landesrahmenvertrags weiter gewährt wurden.

Trotz der derzeitigen „Hürden“ blickt der Bodenseekreis optimistisch in die Zukunft

und ist auch weiterhin bestrebt, gemeinsam mit den Trägern im Landkreis passgenaue Hilfen zu gewähren und neue Wege der Leistungsgewährung zu gehen.

Birgit Haidlauf
Landratsamt Bodenseekreis
Kreissozialamt
Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung

Projekt: „Flexible persönliche Module in der Stationären Betreuung“

Projektbeginn 15.09.09
Projektende 30.04.11

Im Frühjahr 2009 kam in einer der vielen Sitzungen rund um das persönliche Budget der Gedanke auf, diese Unterstützungsform auch innerhalb einer stationären Wohnsituation anzuwenden, was bis dato so nicht vorgesehen war.

SKID – Sozialkulturelle Integrationsdienste, die ambulanten Dienste der Camphill Schulgemeinschaften am Bodensee zusammen mit dem Landratsamt Friedrichshafen (Herr Stoll und Frau Langenbacher-Kästle) und dem KVJS (Frau Lindenmaier und Herr Gerle) entschlossen sich dieser Idee zu nähern.

SKID betreibt im Rahmen der stationären Unterbringungsform das gemeindeintegrierte Wohnen (GIW) in der Stadt Überlingen seit 2006. Diese Form der in die Gemeinde gestreuten Wohngemeinschaften boten sehr gute Voraussetzung hierfür.

Eine Kurzbeschreibung des GIW

In der Stadt Überlingen sind Wohngemeinschaften mit der Gruppengröße von vier bis sechs Bewohnern im Stadtgebiet verteilt. Die Gruppen versorgen sich selbst und das Leben soll so „normal“ wie möglich sein. Ziel ist eine größtmögliche Selbstbestimmung mit individuellen Gestaltungs- und Integrationsmöglichkeiten. Die Bewohner gehen tagsüber zum großen Teil in eine WfbM. Die Bewohner werden von Heilerziehungspflägern nach den Grundgedanken des Assistenzmodells begleitet, ein Höchstmaß an personenzentrierter Assistenz ist deshalb gewährleistet. Grundlage des sozialpädagogischen Handelns ist die individuelle Assistenzplanung, die sich nach den persönlichen Lebensentwürfen der Menschen mit Behinderung richtet. Die Bewohner erhalten einerseits die individuelle Freiheit, aber auch die nötige Zuwendung, Assistenz und Förderung, die sie benötigen, andererseits.

In diesen Wohngemeinschaften sollte das Projekt mit vier Leistungsempfängern des Bodenseekreises beginnen. Weitere vier Leistungsempfänger des Landkreises Sigmaringen und eine Dame aus dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe sollten noch hinzukommen.

Ziel des Projekts war: Das relativ starre Regelwerk des stationären Rahmens zu „dynamisieren“, das heißt, die einzelnen Lebensfelder (nach dem Metzlerverfahren: individuelle Basisversorgung, alltägliche Lebensführung, Gestaltung sozialer Beziehungen, Freizeitgestaltung, Kommunikation, psychische und med. Hilfen) zu benennen, herauszulösen und mit Geldwerten zu versehen.

Auf diese Weise war es zumindest theoretisch möglich, einzelne Bausteine herauszulösen und von anderen Leistungser-

bringern beziehungsweise Menschen im Sozialraum verrichten zu lassen.

Leitend dabei ist die Idee trägerunabhängige Angebote im Sozialraum zu erschließen und die Selbständigkeit und dadurch die Selbstbestimmung der Projektteilnehmer zu fördern und zu stärken.

Zum Beispiel die individuelle Basisversorgung erhält ein Geldwert von 350 Euro, diese Versorgung könnte von der Sozialstation unabhängig vom Leistungserbringer versorgt und auch bezahlt werden.

Bei der Benennung der einzelnen Geldwerte erprobte man verschiedene Modelle und einigte sich schließlich auf das im Anhang befindliche Modell.

Des Weiteren war vorgesehen eine Budgetassistenz einzurichten, diese sollte den Bewohner in seiner Budgetverwendung beraten und unterstützen. Es wurde deutlich dass dieser Mensch mit größter Sorgfalt ausgewählt werden müsste, da hier große Interessenskollisionen schon fast vorprogrammiert schienen. Leider wurde das Projekt schon vor der Entsendung eines Budgetassistenten eingestellt.

Wichtig: Das Projekt sollte für den Leistungsträger kostenneutral sein und für den Leistungserbringer und für den Leistungsempfänger keinen Nachteil ergeben.

Durchführung und Problemstellungen

Zusammen mit den Vertretern der wissenschaftlichen Begleitung des KVJS einigte man sich, dass die Projektteilnehmer einzeln interviewt und ein vorher erarbeiteter Interviewbogen ausgefüllt wird.



Problem: Die Behinderung beziehungsweise die kognitive Auffassungsgabe war bei den Teilnehmern so stark eingeschränkt, dass sie den Sinn und die Fragen des Interviews nicht verstanden und die daraus resultierenden Möglichkeiten überhaupt nicht umrissen haben.

Eine gewisse kognitive Auffassungsgabe ist erforderlich, um konkrete Wünsche und Anregungen auch äußern zu können, um nicht alles auf basale Stimmungen und Wünsche beschränken zu müssen.

Nachdem das Projekt angelaufen war, wurde relativ schnell deutlich, wo die wunden Punkte des Projektes lagen. Diese Wohnform befindet sich an der Schnittstelle zwischen dem stationären und ambulanten Wohnen. Hierfür müsste das starre Regelwerk des stationären Wohnens, das heißt die bestehenden Leistungstypen dynamisiert beziehungsweise viel weiter gefasst werden. Diese Rahmenbedingungen bieten wenig Spielraum das Assistenzsetting individuell zu gestalten und anzupassen, es bräuchte die Möglichkeit viel freier an Konzepten zu arbeiten und danach zu handeln, als es das Regelwerk des stationären Wohnens zulässt.

Grundsätzlich ist es auch schwierig, wenn einzelne Bewohner eine Aktivität außerhalb der Wohngruppe (trägerübergreifend) unternehmen, die Wohngruppe also nur noch teils mit Klienten besetzt ist, der zuständige Heilerziehungspfleger aber wegen den verbleibenden Bewohner anwesend bleiben muss. Hierfür ist ein Höchstmaß an Flexibilität notwendig, die eine Einrichtung oft aus personellen und wirtschaftlichen Gründen im klassischen Rahmen nicht bieten kann.

Des Weiteren wurde auch gegen einen Grundsatz der Kostenneutralität versto-

ßen, an dem das Projekt schließlich scheiterte.

Dem Leistungsnehmer- und dem -Erbringer sowie dem Träger entstanden Finanzlücken, die aufgrund des Entgeltes für stationäres Wohnens im Gegensatz zu den Grundsicherungsleistungen mit einer Maßnahmepauschale entstanden sind.

Auch durch intensive Gespräche mit allen Beteiligten insbesondere den Leistungsträgern konnten die Hindernisse nicht aus dem Weg geräumt werden.

Dem Leistungserbringer entstand eine Unterdeckung von circa 300 Euro, der Leistungsnehmer entfiel der Bartbetrag und dem Leistungsträger entfielen Leistungen der Pflegeversicherung.

Daraufhin entschlossen sich die beteiligten Leistungsnehmer in der konventionellen Wohnform des stationären Wohnens verbleiben zu wollen.

Das Projekt wurde zum Bedauern aller wegen der oben erwähnten Gründe eingestellt.

Fazit: Grundsätzlich ist die Idee der Flexibilisierung des stationären Wohnens, insbesondere im Bereich des Übergangs vom stationären zum ambulanten Wohnen, wünschenswert.

Hierzu bedarf es vor allem in einem Pilotprojekt deutlich freiere Strukturen und Möglichkeiten, als dies das Regelwerk des Leistungstyps I 2.1 „stationäres Wohnen“ zulässt.

Ebenso waren die Finanzierungsmodelle noch nicht ausgereift, zur tieferen Analyse und weiteren Entwicklung kam es leider nicht mehr, das Projekt wurde beendet.



Die teilnehmenden Personen wohnen nach wie vor in Wohngemeinschaften und gehen weiterhin ihren Weg in den Sozialraum hier in Überlingen; allerdings nicht mit einem persönlichen Budget für

ein selbstbestimmtes Leben, sondern im Spagat der Sachleistungen im Rahmen der stationären Unterbringung.

Klaus Hold



KVJS

Individuelle Leistungsbemessung

Leistungsmodul		Intensität der Leistungserbringung				individuelles Budget	
		keine Hilfe erforderlich (gewünscht)	Information, Motivation, Aufforderung, Hilfestellung	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung	zielgerichtete Förderung		
		a	b	c	d		
		5	40	75	100		
Individuelle Basisversorgung	1	36	28,30 €	226,40 €	424,50 €	566,00 €	226,40 €
alltägliche Lebensführung	2	28	22,01 €	176,09 €	330,17 €	440,22 €	440,22 €
Gestaltung sozialer Beziehungen	3	32	25,16 €	201,24 €	377,33 €	503,11 €	377,33 €
Freizeitgestaltung	4	12	9,43 €	75,47 €	141,50 €	188,67 €	75,47 €
Kommunikation	5	28	22,01 €	176,09 €	330,17 €	440,22 €	176,09 €
Psychische Hilfen	6	24	18,87 €	150,93 €	283,00 €	377,33 €	150,93 €
Medizinische Hilfen	7	20	15,72 €	125,78 €	235,83 €	314,44 €	235,83 €
Summe		180	141,50 €	1.132,00 €	2.122,50 €	2.830,00 €	1.682,28 €
				HBG I	HBG II	HBG III	59,44%

maximaler Betrag
maximale Punktzahl
Punktwert

2.830,00 € für HBG V
180
15,72 €

Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bausteins 2.1

Christian Gerle, Julia Lindenmaier

1. Projektidee

Der Baustein 2.1 hat flexible persönliche Module in der stationären Betreuung für Menschen mit wesentlich geistiger Behinderung nach § 53 SGB XII in Leistungsträgerschaft des Landkreises Bodenseekreis erprobt. Idee des Projekts war einen Anteil der Maßnahmepauschale im Rahmen des stationären Wohnens als Persönliches Budget auszuführen. Dabei sollten Erfahrungen zur Erbringung von passgenauen Hilfen bei einem ausdifferenzierten Hilfebedarf gesammelt werden. Es sollten trägerunabhängige Angebote im Sozialraum erschlossen und so die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Projektteilnehmer gefördert und gestärkt werden. Die Kosten zum Beispiel für Kurse oder Mitgliedsbeiträge für Vereine sollten im Einzelfall als Eingliederungshilfe durch das Instrument des Persönlichen Budgets finanziert werden.

Grundlage des Modells war der Leistungstyp I.2.2¹ des stationären Wohnens für Erwachsene. Die pauschalisierte und nach Hilfebedarfsgruppen ermittelte Vergütung für das stationäre Wohnen ist Ausgangsbasis für die Finanzierung.

Die Erprobungsphase hat am 31.03.2009 begonnen und sollte ursprünglich bis 30.04.2011 dauern. Weil innerhalb des Landesrahmenvertrages die Modularisierung des Leistungstyps I.2.2 mit Auszahlung eines Persönlichen Budgets nicht

möglich war, wurde das Projekt im September 2010 eingestellt. Im ersten halben Jahr der Projektlaufzeit wurden die Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer gewonnen, Absprachen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer getroffen und das Forschungsdesign erarbeitet. Danach wurden die ersten Interviews geführt. Zur vollständigen Durchführung der Begleitforschung kam es nicht, denn es konnte keine für den Leistungserbringer kostenneutrale Lösung zur Auszahlung des Persönlichen Budgets an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefunden werden (siehe 3. Projektverlauf).

Kooperationspartner des Landkreises Bodenseekreis war der Leistungserbringer SKID (Sozialkulturelle Integrationsdienste Camphill Schulgemeinschaften e. V. in Überlingen).

2. Forschungsfrage und Anlage der Begleitforschung

Ziel des Modellprojekts war die Flexibilisierung des Leistungstyps des stationären Wohnens für erwachsene Menschen mit Behinderung, um so einen Übergang von stationärer zu ambulanter Unterstützung zu erleichtern beziehungsweise erst zu ermöglichen. Dabei sollte die Integration in das Gemeinwesen handlungsleitend sein, um dem Gedanken der Inklusion gerecht zu werden. Die Hilfen sollten passgenau erbracht werden, das heißt es sollte ein direkter Zusammenhang hergestellt wer-

¹ Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII vom 15. Dezember 1998 mit redaktioneller Anpassung zum 1.1.2005 in der aktualisierten Fassung Stand: 20. September 2006 zu den Leistungs-, Vergütungs-, und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII für Baden-Württemberg für stationäre und teilstationäre Einrichtungen und Dienste.



den zwischen dem individuellen Hilfebedarf und der geleisteten Unterstützung. Die Transparenz auf Seiten des Leistungserbringers, des Leistungsträgers und vor allem auf Seiten der Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer sollte immer gewährleistet sein. Weiter sollte durch die Flexibilisierung der Leistungserbringung auch die Effizienz der Unterstützung erhöht werden.

Auftrag der wissenschaftlichen Begleitung war, die Umsetzung des Konzeptes der flexiblen, persönlichen Module in der stationären Betreuung für Menschen mit wesentlicher geistiger Behinderung zu dokumentieren und zu evaluieren. Dabei standen folgende Fragestellungen im Mittelpunkt:

1. Welche Ansätze führen zur Verselbständigung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung, die stationär versorgt werden?
2. Welche Ansätze führen zur Flexibilisierung von Leistungen innerhalb der stationären Betreuung?
3. Welche Ansätze führen zu einer sozialraumorientierten und inklusiven Eingliederungshilfe?

Das Forschungsdesign versuchte die verschiedenen Perspektiven aller Beteiligten zu bündeln (multiperspektivischer Ansatz). Mittelpunkt war die Perspektive der Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer. Diese sollte ergänzt werden durch die Perspektive der beteiligten Fachkräfte des freien Trägers und der Fachkräfte der Sozialverwaltung des Bodenseekreises. Weiter sollte die Sicht der Angehörigen berücksichtigt werden.

Dokumentationsbogen in einfacher Sprache

Der mit dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer abgestimmte und von

der Begleitforschung entwickelte Dokumentationsbogen sollte halbjährlich vom Projekt-Teilnehmer selbständig oder mit Assistenz ausgefüllt werden. Der Bogen war einerseits Nachweis über die verwendeten Mittel, andererseits Evaluationsinstrument der Begleitforschung.

Leitfadengestützte Interviews mit Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmern

Mit allen Teilnehmern wurde zu Beginn des Projekts ein ausführliches Interview geführt, um die Ausgangssituation der Betroffenen adäquat zu erfassen. Diese Interviews wurden transkribiert und ausgewertet. Zum Ende der Projektlaufzeit sollten diese Interviews wiederholt werden, um die Entwicklungen des Projekt-Teilnehmers zu analysieren. Eine Wiederholung der Interviews hat wegen des vorzeitigen Endes des Projektes nicht stattgefunden. Damit ist auch eine Darstellung der Entwicklungspotentiale bei den Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmern hinfällig.

Gruppeninterview mit Angehörigen

Im Rahmen des regelmäßigen Austausches zwischen Leistungserbringer und Angehörigen wurde geplant, ein Gruppengespräch mit Angehörigen zu führen. Dabei sollte die Perspektive der Angehörigen auf die Entwicklung vor allem hinsichtlich möglicher gewonnener Handlungsspielräume im Mittelpunkt stehen. Ein Gruppeninterview wurde aufgrund des vorzeitigen Endes des Projektes nicht geführt.

Regelmäßiger fachlicher Austausch

In einem Begleit-Arbeitskreis wurden die Perspektiven des Leistungsträgers und des Leistungserbringers berücksichtigt.

3. Projektverlauf

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Zum Projektbeginn wurden vier Menschen mit wesentlicher Behinderung in das Projekt aufgenommen (zwei Männer und zwei Frauen), bei drei dieser Personen handelte es sich um Personen mit primär geistiger Behinderung, eine mit seelischer Behinderung. Der Bodenseekreis war Leistungsträger der Hilfen für diese vier Projekt-Teilnehmer. Eine Ausweitung auf Personen, die ebenfalls von diesem Träger unterstützt werden, aber in Leistungsträgerschaft anderer Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs waren, kam trotz Bemühen nicht zustande. Die Altersspanne der Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer lag zwischen 23 und 39 Jahre.

Die Erwachsenen wohnten in Außenwohngruppen und arbeiteten alle in verschiedenen Angeboten der Eingliederungshilfe, vorgehalten von SKID in Überlingen und näherer Umgebung. Ziel des Projektes für diese Personen war das Erschließen von Angeboten in ihrem Sozialraum in Überlingen. Ein Hilfemix wurde angestrebt, indem auch Regelangebote des Sozialraumes genutzt wurden.

Die Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer waren in folgende Hilfenbedarfsgruppen und Pflegestufen eingestuft: Einmal HBG 2, zweimal HBG 3, einmal HBG 4. Zwei der Teilnehmer haben zudem eine Pflegeeinstufung in die Stufen 1 und 2.

Budgetierung im Leistungsrecht

Das Konzept sah vor, dass der Großteil des Budgets zunächst direkt an den Leis-

tungserbringer ausbezahlt wird und sich an der Maßnahmepauschale der Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer orientiert. Die Spanne betrug zwischen 1 400 Euro und 1 650 Euro pro Monat entsprechend der individuellen Hilfenbedarfsgruppe. Die Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer sollten davon zunächst einen kleinen Betrag vom Leistungserbringer erhalten, der sich im Projektverlauf deutlich erhöhen sollte. Sie erhielten zu Beginn jeweils 30 Euro zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die Auszahlung in Form eines Persönlichen Budgets konnte nach dem Landesrahmenvertrag aus leistungsrechtlichen Gründen nicht realisiert werden.² Die Modularisierung der Maßnahmepauschale des Pflegesatzes für das stationäre Wohnen (Leistungstyp I.2.2) erfolgte im Rahmen der Hilfeplanung und der Absprachen zwischen dem Leistungserbringer und dem Kreissozialamt als Leistungsträger. Jedoch konnte das Kreissozialamt die so berechneten Persönlichen Budgets für die Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer aufgrund des Leistungsrechtes nicht als Budget ausbezahlen. Grund dafür war, dass die Maßnahmepauschale mit der Einrichtung in bestimmter Höhe vereinbart war und somit im Vergleich zur Sachleistung kein Spielraum zur Verwendung des Persönlichen Budgets bestanden hätte. Alternativ wurde deshalb überlegt, die Leistungen der vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer von der stationären Maßnahme auf eine ambulante Maßnahme umzustellen. Der Leistungsträger erklärte sich dabei bereit, die volle Maßnahmepauschale im Rahmen des Projektes als Pauschale zu gewähren. Jedoch konnte die vereinbarte Kostenneutralität nicht eingehalten werden. Für den

² Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII vom 15. Dezember 1998 mit redaktioneller Anpassung zum 1.1.2005 in der aktualisierten Fassung Stand: 20. September 2006 zu den Leistungs-, Vergütungs-, und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII für Baden-Württemberg für stationäre und teilstationäre Einrichtungen und Dienste.



Leistungserbringer hätten die Grundsicherungsleistungen der Höhe des Pflegesatzes nicht entsprochen. Für den Leistungsempfänger wäre der im Vergleich zur Grundsicherung höhere Barbetrag entfallen und beim Leistungsträger entfielen die Leistungen der Pflegeversicherung für zwei Teilnehmer.³

Die Leistungen der Eingliederungshilfe wurden deshalb wieder nach den Leistungstypen des Landesrahmenvertrages abgerechnet. Die Teilnehmer erhielten ihr Budget für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft noch eine gewisse Zeit vom Leistungserbringer. Die Höhe des an die Teilnehmer direkt ausbezahlten Budgets wurde nicht verändert. Dennoch wurde im Rahmen der Hilfeplanung für eine Teilnehmerin ein Wechsel aus dem stationären Bereich in eine ambulante Wohnform geplant. Aus Sicht der Projekt-Teilnehmer handelte es sich beim Budget in ihrer Wahrnehmung eher um ein zusätzliches Taschengeld, dessen Einsatz mit den Betreuungspersonen besprochen wird. Im Rahmen der Interviews konnte sich kein Teilnehmer zur Höhe und Verwendung des Geldes äußern. Dies erklärt sich einerseits aus dem geringen Barbetrag, andererseits war es für den Leistungserbringer schwierig, seinen Klienten die Spezifik des Projektes und des „zusätzlichen“ Geldes zu kommunizieren.

Rolle der Hilfeplanung

Hilfeplanung ist leistungsträger-, dienst- und einrichtungsübergreifendes Instrument der Bedarfsermittlung und Feststellung der zur Bedarfsdeckung notwendigen Leistungen. Für die Hilfeplanung ist eine wechselseitige Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen Leistungsberechtigtem, Leistungsträger

und Leistungserbringer notwendig. Die Zusammenarbeit bei der Entwicklung der bedarfsgerechten Leistung und die Koordination der Leistungen ist wesentlicher Bestandteil von Hilfeplanung. Im Bodenseekreis gibt es ein vom Landkreis entwickeltes und erprobtes Verfahren zur Hilfeplanung. Sozialpädagogisch ausgebildete Fachkräfte, sogenannte Fallmanager, führen die Hilfeplanung durch, die Sachbearbeiter der Eingliederungshilfe beim Landratsamt erstellen nach der Aufstellung eines Hilfeplanes, bei entsprechendem Rechtsanspruch, die Bescheide der Eingliederungshilfe. Ziel der Hilfeplanung sind individuelle, passgenaue und flexible Unterstützungs-Arrangements mit den Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Diese Herangehensweise war ausschlaggebend für den Bodenseekreis und SKID das Projekt-Konzept zu entwickeln und sie war Basis aller weiteren Aktionen. Zu Beginn des Projekts wurde folglich der Hilfeplan der Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer aktualisiert und gemeinsam erarbeitet, ob das Projekt ein bedarfsgerechtes Angebot für die jeweilige Person ist. Erst im Anschluss daran konnte die Teilnahme der vier Personen konkret geplant werden. Geplant und zum Teil durchgeführt wurde, dass im Projektverlauf die Hilfeplanung außerhalb des regulären Turnus wiederholt aktualisiert wird. Dies ist bei zwei Teilnehmern geschehen.

Statements der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

So beschreibt eine Teilnehmerin den für sie subjektiven Nutzen des Projektes:

„Ja ich bin viel selbständiger geworden, ich hab gelernt mit dem Geld umzugehen oder lern's gerade... ja das ist viel

³ Vergleiche hierzu die Erhebung der BAGüS zum Kostenvergleich ambulant-stationär 2011. Voraussichtliche Veröffentlichung im ersten Halbjahr 2012.

besser... „Kann mir mehr Dinge leisten (mhm). Ich kann auch selber sparen...“

Ein anderer Teilnehmer fasst seine Situation wie folgt zusammen:

„Eigentlich ist alles beim Alten geblieben.“

Ein Interview wurde mit einer Bezugsmitarbeiterin einer Projekt-Teilnehmerin geführt. Sie beschreibt die Motive für die Teilnahme:

„Um selbständig leben und auch ähm einfach so ne ja ich weiß nicht ne Erfüllung haben im Alltag oder ne Identifizierung im eigenen Alltag, dass sie eben nicht dass sie den Alltag hat, weil sie äh in unserer Einrichtung lebt, sondern dass sie eben ihren eigenen Alltag entwickeln kann dann auf Dauer.“

„Ja von uns dann. Genau. [...] Und ähm sie backt sehr gerne (mhm) und da haben wir jetzt zum Beispiel geschaut, dass sie also sie kann gut backen und dass sie eben so ähm Auftragsbäckerei-Sachen macht und das macht sie auch in ihrer Freizeit (ah o. k.), also es ist, dass sie eben Anschluss bekommt, dass sie gebraucht wird. Weil sonst backt sie immer für uns zwei Kuchen am Wochenende und wir brauchen die gar nicht (ja). Und jetzt schauen wir eben, wer kann die Kuchen gebrauchen (ja o.k.), die sie gerne backt (mhm) genau.“

„Also sie trifft auch Leute, aber wir sind alle dann ähm die's gibt. (ah o.k.) Die meisten, aber eben von der Werkstatt lädt sie dann auch noch Freunde ein bei sich oder beim ja unternimmt auch was mit Anderen aus anderen Wohngruppen aber das sind eben welche nur aus der Werkstatt und auch mit Skid-Mitarbeitern, also dass sie dann jemand mal einlädt zum Kaffee oder so.“

„Ja. Also ich [...] eigenes Leben in die Hand nimmt, weil sie jetzt schon sehr, sie

ist ja eigentlich eine selbständige Frau und trotzdem überlässt sie eben alles anderen Menschen und dass sie da vielleicht dann irgendwie so ihr Leben wieder in die Hand nimmt, weil sie hatte es schon einmal in der Hand, also klar das wird lange dauern und so, das wird bis zum Lebensende sie begleiten, aber dass sie eben so sagt, das ist meins und das mach ich gerne und das mache ich, weil ich des will so. Das dies kommt.“

Diese Zitate beschreiben treffend die Intention des Projektes: Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern soll Entwicklungsspielraum in einem geschützten und gewohnten Umfeld ermöglicht werden, um den leistungsrechtlichen Wechsel vom stationären Wohnen in ein privates Wohnen mit Unterstützung der Eingliederungshilfe zu ermöglichen – ohne dass ein Umzug oder ein Wechsel der Bezugsmitarbeiter nötig wird.

4. Fazit

Veränderungsprozesse in Gang setzen

Um ein Projekt wie das „Persönliche Teil-Budget“ als Modul in der stationären Versorgung“ im Bodenseekreis umsetzen zu können und damit spürbare Veränderungen im Sozialraum zu erreichen, braucht es eine kontinuierliche Weiterentwicklung der allgemeinen Infrastruktur vor Ort. Als Fundament hierfür ist es hilfreich, eine breite Beteiligungsstruktur unter bestimmten Prämissen zu etablieren:

- Implementierung einer regionalen Steuerungsgruppe
- Kooperationen und Vernetzungen im Gemeinwesen
- Gemeinsame Gestaltung des Gemeinwesens: Barrierefreiheit, Leichte Sprache, und so weiter
- Öffnung bestehender Angebote und Dienste vor Ort



- Verlässlichkeit und Stabilität trotz Flexibilität
- Öffentlichkeitsarbeit.

Entwicklungspotentiale freisetzen

Nicht nur der Leistungsempfänger sondern auch Leistungsträger und Leistungserbringer waren Teilnehmer am Projekt und so Lernende in der Entwicklung von flexiblen, passgenauen und sozialräumlich organisierten Hilfen. Sie versuchten im regelmäßig stattfindenden Austausch innerhalb der kleinen Gruppe die Probleme der Umsetzung des Projekt-Konzeptes konstruktiv und kreativ zu lösen.

Entwicklungspotentiale können freigesetzt werden, wenn ein wachsender Teil des Entgeltes und der Arbeitszeit der Mitarbeitenden sowohl beim Leistungsträger als auch beim Leistungserbringer in die Öffnung von bestehenden allgemein zugänglichen Angeboten im Sozialraum als inklusive Möglichkeiten, für die Gestaltung des Sozialraumes und für die Entwicklung von Kooperationsstrukturen genutzt werden. Dies würde eine Umstrukturierung innerhalb der Organisationen zur Folge haben, die nur im Dialog mit den Betroffenen und in der ständigen Reflexion der Effektivität und der Strukturen erfolgen sollte. So würden sich auch Gelegenheiten bieten, die Veränderung der zugrunde liegenden ethischen Grundsätze und Einstellungen zu besprechen.

Spielraum bei der Umsetzung

Die Entwicklungsfortschritte und Zukunftsperspektiven wurden von den Projekt-Teilnehmerinnen und Projekt-Teilnehmer auf der einen Seite positiv bewertet, auf der anderen Seite jedoch stand die Planungsunsicherheit beim freien Träger und die nicht mögliche leistungsrechtliche Umsetzung an der Schnittstel-

le zwischen ambulant und stationär. Die bestehenden Leistungstypen und Leistungsbereiche setzten solchen Vorhaben enge Grenzen. Dennoch versuchten der Leistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam neue Wege zu gehen, um für Menschen mit Behinderung passgenaue Unterstützung anbieten zu können. Hilfreich dabei sind:

- Klar definierte Ziele
- Überzeugte Entscheidungsträger in Behörden und Einrichtungen
- Gezielte Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger (hier: SGB XI + XII)
- Laufende Fortbildung und Unterstützung der Einrichtungen bei der Umstrukturierung
- Gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten
- Regionale Umsetzung und Entscheidungsmöglichkeiten
- Flexibilität und Förderung von Innovationen
- Ansprechpartner im Sozialraum

5. Literatur

Kastl, Jörg-Michael; Metzler, Heidrun: Modellprojekt Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Hrsg.: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Stuttgart 2005

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, Weinheim, 2000

Metzler, Heidrun; Meyer, Thomas; Rauscher, Christiane; Schäfers, Markus, Wansing, Gudrun: Begleitung und Auswertung der Erprobung Trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Berlin, 2007

Metzler, Heidrun; Rauscher, Christine: Wohnen inklusiv: Wohn- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen in Zukunft, Stuttgart 2007

Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII vom 15. Dezember 1998 mit redaktioneller Anpassung zum 1.1.2005 in der aktualisierten Fassung Stand: 20. September 2006 zu den Leistungs-, Vergütungs-, und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII für Baden-Württemberg für stationäre und teilstationäre Einrichtungen und Dienste.

Theunissen, Georg: Empowerment behinderter Menschen. Inklusion - Bildung – Heilpädagogik – Soziale Arbeit. Freiburg 2007.

Wacker, Elisabeth; Wetzler, Rainer; Metzler, Heidrun; Hornung, Claudia: Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Baden-Baden 1998.

Wacker, Elisabeth; Wansing, Gudrun; Schäfers, Markus: Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität. Teilhabe mit einem Persönlichen Budget. Wiesbaden 2005.

Windisch, Matthias (Hrsg.): Persönliches Budget: Neue Form sozialer Leistungen in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparzwang? Neu-Ulm 2006.



Baustein 2.4 – Erfahrungsbericht des Landkreises Esslingen

Michael Köber

Ausgangslage

Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung nach § 53 SGB XII mit einem Unterstützungsbedarf im Wohnen erhalten hilfebedarfsabhängig Leistungen in ambulanter oder stationärer Betreuung. Das ambulant betreute Wohnen findet im eigenen Wohnraum statt. Die Betreuungsleistung wird dem Leistungserbringer in Form einer monatlich einheitlichen Pauschale vergütet, was in der Regel eine direkte Betreuungsleistung von zwei bis drei Stunden pro Woche möglich macht. Stationäres betreutes Wohnen erfolgt in Einrichtungen, die unter das Landesheimgesetz fallen und durch Pflegesätze vergütet werden. Die Betreuung wird in der Regel an sieben Tagen pro Woche und an bis zu 24 Stunden erbracht.

Übergänge zwischen den beiden betreuten Wohnformen gestalten sich insbesondere bei Menschen mit höherem Hilfebedarf als schwierig. So gelingt es nur bedingt, Wechsel zu erreichen, stationäre Aufnahmen zu verhindern und stationär betreute Bewohner in eine selbstständigere Wohnform zu überführen.

Mit der Einführung der individuellen Hilfeplanung im Landkreis im Jahre 2005 konnte eine wichtige Voraussetzung zur Umsetzung personenzentrierter Hilfen geschaffen werden. Da sich auf Landesebene im Bereich der Vertragskommission keine Lösung für eine Weiterentwicklung des Instruments der Hilfebedarfsbemessung und auch keine Differenzierung im ambulant betreuten Wohnen für seelisch behinderte Menschen abzeichnete, ent-

schloss die Landkreisverwaltung, sich mit ausgewählten Partnern der Sozialpsychiatrie um ein Modellprojekt zu bewerben.

Zielsetzungen

Ziele waren die Umsetzung eines flexiblen Hilfeangebotes im Wohnen, die Auflösung der Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung, die passgenaue individuelle Hilfeplanung und zielgenaue Hilfebedarfsbemessung (beziehungsweise Leistungserbringung). Außerdem sollten Erfahrungen mit der Ausdifferenzierung von Hilfebedarfen, ihrer Verpreislichung und der Umsetzung passgenauer Hilfen gemacht werden. Durch die Einbeziehung nicht-psychiatrischer Hilfen und die Gestaltung eines „Hilfemixes“ sollte eine gemeindenahere Vernetzung erreicht werden.

Rahmenbedingungen und Projektverlauf

Das Projekt lief befristet vom 01.04.2009 bis zum 31.03.2011. Die wissenschaftliche Begleitung leistete wie bei den anderen Bausteinen das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) der dualen Hochschule Stuttgart. Für das Modell standen 40 000 Euro an projektbezogenen Mitteln des KVJS zur Verfügung. Die einzelnen Betreuungsleistungen wurden über die Eingliederungshilfe getragen. Der Kommunalverband und der Landkreis entwickelten eine individuelle Leistungsbedarfsbemessung, welche die Grundlage während des Modellzeitraums bildete.

Auf Grundlage der Hilfeplanung wurde der Hilfebedarf (Problemlage, Ressourcen, Ziele) in folgenden Leistungsbereichen (Modulen) erfasst:

- Individuelle Basisversorgung
- Alltägliche Lebensführung
- Gestaltung sozialer Beziehungen
- Freizeitgestaltung
- Kommunikation
- Psychische Hilfen
- Medizinische Hilfen

Die Betreuungsleistung wurde in der Intensität (Hilfebedarfsbemessung) nach folgenden Kriterien bewertet:

- Geringe Hilfe erforderlich (gewünscht)
- Information, Motivation, Aufforderung, Hilfestellung
- Stellvertretende Ausführung/Begleitung
- Zielgerichtete Förderung

Es konnten bei der Betrachtung der verschiedenen Leistungsbereiche mit differenzierten Intensitäten personenbezogene individuelle Leistungen abgebildet werden.

Vier Leistungserbringer (Kreisdiakonieverband Plochingen, Wohnverbund Esslingen, Samariterstiftung und Sozialpsychiatrischer Dienst Nürtingen) in drei gemeindepsychiatrischen Verbundregionen (Plochingen, Esslingen und Nürtingen) bildeten die Vertragspartner des Sozialhilfeträgers. Ein Begleitkreis bestehend aus Vertretern der Verwaltung, der Leistungserbringer, der wissenschaftlichen Begleitung, des Kommunalverbandes und des Medizinisch Pädagogischen Dienstes übernahm die Regie beziehungsweise die Absprachen während des zweijährigen Modellzeitraumes.

Es konnten im gesamten Verlauf 29 Personen (Neuanträge mit Hilfebedarf im Woh-

nen) in das Verfahren einbezogen werden. Etwa ein Drittel (N=10) der Klienten sind im Verlauf der zwei Jahre aus unterschiedlichen Gründen wieder ausgeschieden. Zwei Drittel erhalten gegenwärtig weiterhin Leistungen im Rahmen des Modellprojektes.

Mit 27 Klienten wurden persönliche, qualitative Interviews geführt. Außerdem befragt wurden Vertreter der beteiligten Institutionen, die Fallmanager und der Projektkoordinator als Experten.

Die Befragten gaben an, dass das Modellprojekt ein Erfolg sei, wenn beispielsweise „die Klienten zu mehr Selbstständigkeit kommen“, „möglichst viele Menschen, die in diesem Projekt sind, weiterhin ambulant wohnen können“, „wenn man jederzeit anrufen und die Termine flexibel ausmachen kann.“

Das durchschnittliche Leistungsentgelt für die Betreuung betrug in den ersten neun Monaten 770 Euro. Nach Fortschreibung der Hilfepläne ergab sich ein durchschnittlicher Betrag von rund 664 Euro. Die Bandbreite der Leistungsgewährung lag zwischen 1 065 Euro und 256 Euro.

Durch die wissenschaftliche Begleitung wurden Tätigkeitsanalysen bei allen Leistungserbringern durchgeführt. Die direkten Klientenleistungen lagen im Mittel bei über 40 Prozent, indirekte Leistungen bei 33 Prozent, Dokumentation und Schriftverkehr bei zwölf Prozent und Wegezeiten bei acht Prozent, der Rest fiel auf Pausenzeiten.

Auswertung und Übertragbarkeit

- Die individuell angelegte Ermittlung des Hilfebedarfs, die Modularisierung der Hilfen, die intensive Hilfebedarfsermittlung und die passgenauen Betreu-



ungsinhalte trugen zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei.

- Hilfeplanung und Bedarfsermittlung nahmen für alle Beteiligten einen zeitlich und personell höheren Aufwand als im Regelverfahren ein.
- Das zweigliedrige Hilfesystem (stationär/ambulant) konnte flexibler gestaltet und die Leistungserbringung entwicklungsorientierter umgesetzt werden.
- Wechsel aus stationären Einrichtungen und Vermeidung stationärer Aufnahmen waren vermehrt möglich, stationäre Versorgungsangebote aber dennoch in Einzelfällen erforderlich.
- Die gemeindenahe psychiatrische Versorgung und die Einbeziehung nicht-psychiatrischer Hilfen konnten teilweise gestärkt werden, sie sind aber nicht allein beziehungsweise unmittelbar vom Modellprojekt sondern mehr vom individuellen Hilfebedarf und den handelnden Personen abhängig.
- Die Verständigung über Leistungsinhalte und Ziele wurde verbessert.

Die Verwaltung prüft in Zusammenarbeit mit den beteiligten Projektpartnern, welche Elemente aus dem Modellprojekt

für eine Übertragung auf den gesamten Landkreis übernommen werden können. Die nicht im Modell eingebundenen Leistungserbringer werden im Delegationsverfahren am weiteren Verfahren beteiligt.

Erste gemeinsame Bewertungen gehen in die Richtung, ein differenziertes ambulantes Betreuungsangebot vorzuhalten, den während des Modells betriebenen Aufwand allerdings nicht in der Fläche erbringen zu können und die durch die Flexibilisierung möglichen Übergänge sowie die zielgerichteten individuellen Hilfebedarfe möglichst passgenau und zeit- beziehungsweise zielbezogen umzusetzen.

Michael Köber
Behindertenhilfe- und Psychiatrieplanung
Postanschrift:
Landratsamt Esslingen
73726 Esslingen a.N.
Dienstgebäude:
Pulverwiesen 11
73726 Esslingen
Telefon 0711 3902-2634
Telefax 0711 3902-1034
koeber.michael@LRA-ES.de

Abschlussbericht des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) zu Baustein 2.4

Andrea Doris Müller, Constanze Störk-Biber, Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann

1. Vorstellung der Projektkonzeption

Baustein 2.4 im KVJS-Projekt, Neue Bausteine der Eingliederungshilfe' erprobte gemeindenahe flexible, betreute Wohnformen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung nach § 53 SGB XII in Leistungsträgerschaft des Landkreises Esslingen. Bis zu dreißig Teilnehmer¹ konnten in das Projekt eingeschlossen werden. Alle Teilnehmer mussten vorrangig einen **Unterstützungsbedarf im Wohnen** aufweisen, Personen, die beispielsweise ausschließlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigten, wurden nicht aufgenommen. „Dann wären andere Maßnahmen angebracht, wie Werkstattmaßnahmen oder tagesstrukturierende Maßnahmen“ (E1²).

Für den beschriebenen Personenkreis gibt es im Landkreis Esslingen circa 220 Plätze im ‚Ambulant Betreuten Wohnen‘ (ABW) und circa 90 Plätze im stationären Wohnen (vgl. E1). Das Modellprojekt sollte dazu dienen, Erfahrungen mit der Ausdifferenzierung von Hilfebedarfen, ihrer Verpreislichung und der Umsetzung passgenauer Hilfen zu machen. Des Weiteren war die Anpassung der Verfahren auf ICF-Basis und die Beschreibung der Leistungs-

bereiche geplant. Durch die Einbeziehung nicht psychiatrischer Hilfen und die Gestaltung eines ‚Hilfemixes‘ sollte eine gemeindenahe Vernetzung erreicht werden. „Das Besondere oder Neue am Projekt ist, dass man nach meiner Einschätzung zum einen den Hilfebedarf ein Stück weit genauer bemessen kann bezüglich einzelner Module, einzelner Kriterien. Angefangen von ‚Alltäglicher Lebensführung‘, ‚Basisversorgung‘ über ‚soziale Kontakte‘, ‚psychische und medizinische Hilfen‘, ‚Freizeitgestaltung‘ – da lässt sich in den einzelnen Bereichen der Hilfebedarf genauer bestimmen“ (E1). Des Weiteren wurden Vorteile auch in der Umsetzung, im Gespräch mit dem Klienten, der antragstellenden Person³ und dem Leistungserbringer gesehen: „Das lässt sich dann auch genauer bestimmen, auch vor allem in der Ausführung, weil man sagen kann, im Moment die Hilfe, die jetzt erforderlich ist, ist zum Beispiel erst mal in der alltäglichen Lebensführung [Bedarf] und später dann, in einem halben Jahr, ist ein Bedarf dann eher in der Freizeitgestaltung da. Und im Moment: alltägliche Lebensführung, beispielsweise psychische Hilfe vorrangig, wenn jemand aus der Klinik kam, muss er sich erst wieder zu Hause zurechtfinden. Da geht es darum, dass er auch mit

- 1 Zur besseren Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt. Selbstverständlich sind weibliche Projektbeteiligte mit eingeschlossen.
- 2 Die im Text enthaltenen Interviewsequenzen entstammen den Interviews mit den Experten (Vertreter der vier beteiligten Institutionen und des Leistungsträgers) und Klienten (Projektteilnehmern) und wurden wie folgt kodiert: E1-E16 und K1-K27.
- 3 Antragstellende Person und Leistungserbringer können, müssen aber nicht identisch sein. Beispielsweise kommt es vor, dass Mitarbeiter des Kliniksozialdienstes den Antrag ausfüllen und an den Leistungsträger schicken. Erst nach der Entlassung des Klienten ins ABW wird ein Leistungserbringer in die Hilfeplanung involviert.



seiner Erkrankung umgehen lernt, dass sich dann der Arztkontakt stabilisiert und dann geht es nicht unbedingt erst mal schon um Freizeitgestaltung, sondern vielleicht erst um Einrichten der Wohnung und das kann man auch zeitlich ganz gut einordnen. Indem man dann im Modell das zeitlich genauer bemisst, sowohl zeitlich als auch in der Intensität der Hilfe“ (E1).

Grundlage des Modells bildete das im Landkreis Esslingen vereinbarte Verfahren zur Hilfeplanung. Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) wird zur individuellen Hilfeplanung genutzt. Die Feststellung des Hilfebedarfes erfolgt durch den Medizinisch Pädagogischen Dienst (MPD) im Rahmen eines Erörterungsgesprächs auf Grundlage einer abgestimmten Hilfeplanung zwischen Antragsteller, Bezugsperson und Hilfeplanmanagement. Die Betreuungsleistungen werden in Form von Leistungsmodulen nach dem HMBW-Verfahren über ‚individuelle Basisversorgung‘, ‚alltägliche Lebensführung‘, ‚Gestaltung sozialer Beziehungen‘, ‚Freizeitgestaltung‘, ‚Kommunikation‘, ‚psychische Hilfen‘, ‚medizinische Hilfen‘ dargestellt und vergütet. Landesweite Regelungen der Vertragskommission werden beachtet und gegebenenfalls mit einbezogen. Die Hilfepläne werden zeitnah und bedarfsgerecht fortgeschrieben (regulär im Projekt: neun Monate, falls nötig, auch früher).

An dem Modell beteiligen sich die Stadt Esslingen (Sozialpsychiatrischer Wohnverbund), der Landkreis Esslingen (Sozialpsychiatrischer Dienst Nürtingen), die Samariterstiftung (Wohnstätte Oberensingen) und der Kreisdiakonieverband Esslingen (Die Brücke Plochingen).

Für den Zeitraum des Projektes wurde ein Begleitkreis initiiert, in dem Vertreter des

KVJS, der beteiligten Institutionen und der wissenschaftlichen Begleitung regelmäßig den Projektverlauf diskutierten und Verabredungen trafen. Im Rahmen der qualitativen Interviews mit den Experten wurden die Einrichtungsleitungen auch um eine Einschätzung der Funktionalität des Begleitkreises gebeten: Der Begleitkreis wurde von allen Einrichtungsleitungen als wichtig und hilfreich erachtet, um Erfahrungen mit dem Projekt einbringen und sich mit den anderen Institutionen austauschen zu können. Ein Leiter betonte, dass der Begleitkreis nicht nur hilfreich, sondern bisher sehr konstruktiv war, da für ihn spürbar ist, dass alle Beteiligten bestrebt sind, das Modellprojekt gut umzusetzen. Zwei Einrichtungsleitungen sahen den Begleitkreis zudem als Bündelung dessen, was bisher gemacht wurde beziehungsweise als Möglichkeit, Informationen zusammenzutragen. Des Weiteren erläuterte ein Leiter einer Einrichtung, dass der Begleitkreis für ihn ein Gremium zur Orientierung und Abstimmung der Umsetzung des Modellprojekts ist. Eine andere Einrichtungsleitung äußerte den Wunsch, die Themen im Begleitkreis weniger auf der Metaebene zu besprechen und einen stärkeren Praxisbezug herzustellen. Außerdem wird von der Person die Bearbeitung der Themen als sehr dicht betrachtet. Darüber hinaus thematisierten zwei Einrichtungsleitungen in Bezug auf obige Frage, dass sie die Darstellung der Evaluationsergebnisse als interessant beziehungsweise wichtig erleben.

1.1 Statistische Angaben zu den Teilnehmern

Zeitraum des Projektes war der 01. April 2009 bis zum 31. März 2011. Der SPWV Esslingen betreute zwölf, die Brücke Plochingen sieben, der SpDi Nürtingen sechs und die Samariterstiftung Nürtingen vier

Personen. Folglich wurden insgesamt 29 Personen mit einem erhöhten Hilfebedarf im Wohnen in das Erprobungsprojekt aufgenommen, 17 Männer und zwölf Frauen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 41 Jahre, die meisten sind zwischen 30 und 50 Jahren alt. Fast alle Teilnehmer leben nicht in einer Partnerschaft, sondern sind ledig, geschieden oder getrennt lebend.

Im Verlauf des Modellprojektes ist etwa ein Drittel (n=10) der Klienten wieder ausgeschieden. Bei fünf Personen sind die Gründe nicht näher bekannt, zwei mussten stationär versorgt werden. Je eine Person schied aus dem Projekt aus wegen Umzug ins stationäre Wohnen beziehungsweise Umzug aus der Modellregion, nachdem sich die Situation stabilisierte. Eine Person entschied sich für ein persönliches Budget.

In der Dokumentation wurden unter anderem die Zugangswege ins Projekt erfasst. Der überwiegende Teil der Teilnehmer (41,4 Prozent) wohnte vor der Aufnahme privat, etwa ein Viertel (24,1 Prozent) kam aus einer Klinik in die betreute Wohnform. Fünf Personen lebten zuvor im stationären Wohnen, im betreuten Wohnen waren vier Teilnehmer, ein Klient kam aus einer RPK-Maßnahme.

17 Teilnehmer wurden nach dem Hilfeplangespräch der Hilfebedarfsgruppe 2 und elf Teilnehmer der Hilfebedarfsgruppe 3 zugeordnet. In einem Fall erfolgte keine Eingruppierung. Der mittlere Beeinträchtigungsgrad betrug 70 Punkte, bei einer Standardabweichung von 13 Punkten und einer Spannweite von 45 bis 103 Punkten.

1.2 Entgelte

Das monatliche Leistungsentgelt betrug durchschnittlich 770,66 Euro, mit einer Standardabweichung von 179,39 Euro (Minimum: 393,85 Euro; Maximum: 1 052,42 Euro). Die Teilnehmer verblieben durchschnittlich 277,5 Tage (bzw. neun Monate) im Projekt, die kürzeste Verweildauer betrug 110 Tage (bzw. 3,7 Monate), die längste 395 Tage (bzw. 13,2 Monate), mit einer Standardabweichung von 84 Tagen (bzw. 2,8 Monaten).

Bei zwei Drittel der Klienten wurde die Hilfeplanung wie vereinbart nach circa neun Monaten⁴ fortgeschrieben. In drei Fällen ergab die Überprüfung einen gestiegenen Unterstützungsbedarf, was zu einer Erhöhung des Leistungsentgeltes führte. In einem Fall bestätigte sich der verhandelte Betrag. Bei allen anderen Teilnehmern hatte sich der Hilfebedarf dahingehend geändert, dass das monatliche Leistungsentgelt teilweise deutlich reduziert wurde. Im Durchschnitt lag das neue monatliche Leistungsentgelt um circa 100 Euro unter dem Einstiegsbetrag bei 664,42 Euro (Minimum: 328,00 Euro; Maximum: 1 065,00 Euro; Standardabweichung: 198,84 Euro).

Dieser Trend setzt sich fort, wie die Entwicklung des Leistungsentgeltes in sechs ausgewählten Beispielfällen belegt, bei denen eine erneute Überprüfung nach weiteren sechs Monaten erfolgte: In vier Fällen liegt das neue Entgelt teilweise deutlich unter dem Referenzwert, in einem Fall ist eine Erhöhung angezeigt (Klient 2; 3. Messzeitpunkt im Vergleich zu 2. Messzeitpunkt) und in einem Fall ist der Betrag gleich bleibend (Klient 4). Die fol-

4 Dieser Turnus wurde der Projektlaufzeit von zwei Jahren angepasst. Üblicherweise liegen zwischen dem ersten und dem zweiten Hilfeplangespräch 12 Monate.



gende (siehe unten) zeichnet diese Verläufe nach.

Damit lässt sich für die Zielgruppe der Projekterprobung Folgendes zusammenfassen:

1. Die meisten Klienten hatten zu Beginn des Projekts einen erhöhten Hilfe- und Unterstützungsbedarf im Bereich Wohnen, was zu einer Eingruppierung in Hilfebedarfsgruppe 2 oder 3 und den entsprechenden Entgelten führte.
2. ‚Flexibilisierung‘ bedeutete in den meisten Fällen eine Reduzierung des Hilfebedarfs im Zeitverlauf, was eine entsprechende Anpassung der Leistungsentgelte nach unten bedeutete. Auf einen gestiegenen Hilfe- und Unterstützungsbedarf wurde jedoch auch in Einzelfällen mit einer Erhöhung des monatlichen Entgeltes reagiert.
3. Etwa ein Drittel der Klienten ist im Zeitverlauf aus dem Projekt ausgeschieden, meistens deshalb, weil die ambulante

Wohnform nicht mehr die adäquate Hilfe und Unterstützung darstellte und stationäres Wohnen angezeigt war. Diese Klienten wurden im Rahmen der Berechnung der Leistungsentgelte in diesem Projekt nicht mehr berücksichtigt. Aus Sicht des Leistungsträgers bedeutet der Umzug in eine stationäre Einrichtung jedoch eine Erhöhung des Leistungsentgeltes.

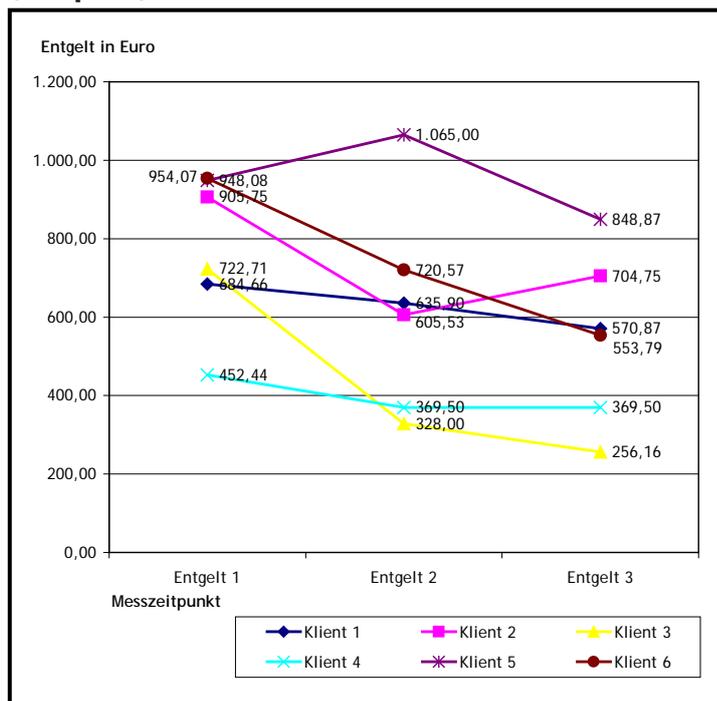
4. Die Auswertung des Zahlenmaterials lässt zunächst keine Bewertung dahingehend zu, ob die verhandelten Leistungsentgelte den Aufwand der Leistungserbringer tatsächlich decken. Für den Fall, dass es sich um eine Art ‚Automatismus‘ handelt, wäre kritisch zu hinterfragen, ob dies der Intention des Projekts entspricht. Hier werden die qualitativen Auswertungen Aufschluss geben.

1.3 Projektziele aus Sicht des Leistungsträgers

Mit diesem Modellprojekt beabsichtigte der Landkreis Esslingen dezidiert eine

100

Darstellung 1: Verhandelte Entgelte im Projektverlauf (Beispiele)



Quelle: IfaS 2011; Evaluation KVJS Baustein 2.4; n=6.

qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Bereich Wohnen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. „Es ist verrückt, Dinge immer gleich zu tun und dabei auf andere Ergebnisse zu warten. Ich glaub, das ist für das Modell eine ganz gute Aussage, dass man Dinge mal anders machen sollte und dann gibt es vielleicht auch andere Ergebnisse“ (E1).

Die Zielsetzungen des Projekts aus Sicht des Leistungsträgers lassen sich folgendermaßen zusammenfassen (vgl. E1). **Erstens: Flexibilisierung.** Die Möglichkeit, passgenaue Hilfen anzubieten und diese auf den Hilfebedarf des Klienten abzustimmen. **Zweitens: Übergänge schaffen.** Schnittstellen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich aufzuheben und mehr Menschen, auch mit einem hohen Hilfebedarf im Bereich Wohnen, ambulant zu versorgen.⁵ **Drittens: Finanzielle Überlegungen.** In der stationären Versorgung muss alles an Einkommen und Vermögen eingesetzt werden, im ambulanten Wohnen sind die Spielräume größer. Vor allem kann der eigene Wohnraum gehalten werden. Ein Verbleib im eigenen Wohnraum erhöht die Lebensqualität. **Viertens: Fluktuation erhöhen.** Für den Leistungsträger ist es ein wichtiges Argument, dass Menschen aus dem stationären Wohnen ausziehen können, allerdings mit der Maßgabe, bei hohem Unterstützungsbedarf nach wie vor stationär zu versorgen. Im Projekt ermöglicht die Flexibilisierung eine engmaschige Versorgung und häufi-

gere Klientenkontakte. **Fünftens: Weiterentwicklung des Hilfeplanverfahrens.** Transparenz herzustellen, sich über Ziele und Versorgungsumfang gemeinsam zu verständigen und tatsächlich ein Mehr an Qualität zu erreichen. Ressourcen sollen erschlossen und nicht-professionelle Hilfen eingebunden werden, ein ‚Hilfemix‘ wird angestrebt.⁶

1.4 Tätigkeitsanalyse

Da der Begriff der ‚Flexibilisierung‘ schwer zu fassen ist, wurde im Begleitkreis überlegt, die Projektmitarbeiter um eine Selbstevaluation zu bitten und nach etwa einem Jahr Modellerprobung eine Fortschrittszeitmessung durchzuführen. Für diese Evaluation wurde auf der Grundlage arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse ein Erhebungsinstrument entwickelt, mit welchem Tätigkeitsbündel in einzelne Tätigkeitsbereiche und einzelne Tätigkeiten operationalisiert werden. Ermittelt wurden Minutenwerte für die Tätigkeiten im Rahmen von Zeitmessungen zu vereinbarten Messzeitpunkten, die von den Mitarbeitern als Zeitprotokolle geführt wurden. Die Erfassung der Zeitwerte erfolgte fortlaufend ab dem Beginn der Tätigkeit in Minuten, die kleinste Erfassungseinheit waren zehn Minuten.

Unterschieden wurden sechs Tätigkeitsbereiche:

- **Klientenbezogenes Case Management:** Alle Tätigkeiten, die auf die individuelle Betreuung der Klienten zielen.

5 „(...) aber es gibt Menschen mit höherem Hilfebedarf, wo man sagen würde, die müssten eigentlich stationär versorgt werden, können aber jetzt aufgrund des Modells ambulant mit mehr Hilfen versorgt werden und müssen nicht ihre Wohnung verlassen oder müssen zumindest nicht in eine stationäre Einrichtung umziehen, mit allen Konsequenzen, die damit verbunden sind“ (E1).

6 „Als Beispiel: Ein Sozialarbeiter muss nicht unbedingt die Spülmaschine ausräumen mit dem Klient, das könnte vielleicht auch eine Kraft der hauswirtschaftlichen Versorgung oder der Nachbarschaftshilfe machen, aber manchmal ist natürlich auch sinnvoll, dass man was konkret tut, wenn man im Kontakt mit dem Klienten ist. Weil es geht ja auch darum, dass es viele Dinge sind, die in Beziehung gehen und um Kontakt mit den Klienten. Aber auch in die Richtung kann es gehen im Modell, dass man auch so eine Art Personal-Hilfe-Mix versucht einzurichten oder umzusetzen“ (E1).



- **Team/interne Kommunikation:** Jede interne Kommunikation, die im Rahmen der Klientenversorgung stattfindet.
- **Dokumentation und Schriftverkehr:** Die Dokumentation umfasst alle relevanten Daten der Klienten.
- **Wegezeit:** Alle Fahrten und Fußgänge, die im Rahmen der Tätigkeit stattfinden.
- **Präsenzzeit:** Zeiten, die neben der Arbeitszeit auf Abruf für die Versorgung der Klienten bereitgestellt werden.
- **Pause:** Gesetzlich vorgeschriebene Pausen, inklusive Arbeitsunterbrechungen und persönliche Verteilzeiten.

Die Auswertung der ermittelten Zeitwerte auf der Aggregatdatenebene, das heißt der Zusammenfassung der Zeitprotokolle aller Mitarbeiter einer Institution im jeweiligen Erhebungszeitraum, ergibt die Abbildung in Darstellung 2 (siehe Seite 103).

Insgesamt wurden im SPWV Esslingen 283,5 Stunden, im KDV Esslingen 103,5 Stunden, im SpDi Nürtingen 88 Stunden und in der Samariterstiftung 87,1 Stunden beobachtet. Diese Unterschiede ergeben sich aus der Anzahl der Projektmitarbeiter und der im Projekt versorgten Klienten. Die ermittelten Zeitwerte wurden jeweils zur Gesamtbeobachtungszeit in der jeweiligen Einrichtung in Beziehung gesetzt und so die Anteile der sechs genannten Tätigkeitsbereiche geschätzt.

In drei von vier Einrichtungen machten ‚Direkte Klientenleistungen‘ (gelbes Segment) nahezu die Hälfte der Tätigkeiten aus, im SpDi Nürtingen über ein Drittel. ‚Interne und externe Kommunikation‘ (blaues Segment), also Absprachen, Informationsaustausch, Reflexionen, Planungsgespräche, Anleitung und so weiter, umfasst etwa ein Drittel der Arbeitszeit.

Abweichungen gibt es hinsichtlich der Variable ‚Dokumentation und Schriftver-

kehr‘ (grünes Segment): Beim SPWV Esslingen und in der Samariterstiftung machten diese Tätigkeiten etwa 15 Prozent des Gesamtprofils aus, im SpDi Nürtingen und beim KDV Esslingen lag man unter zehn Prozent.

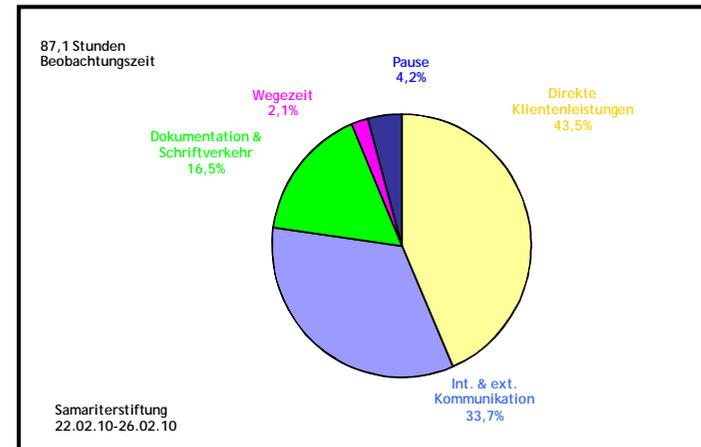
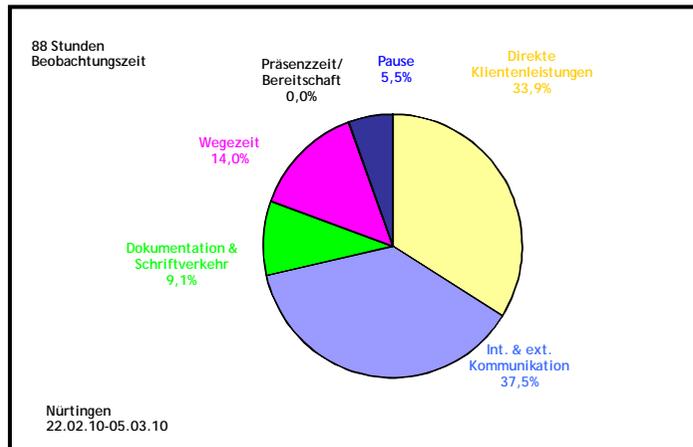
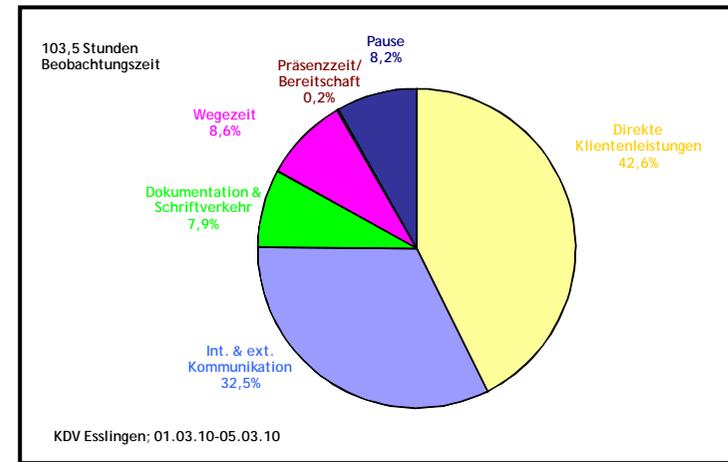
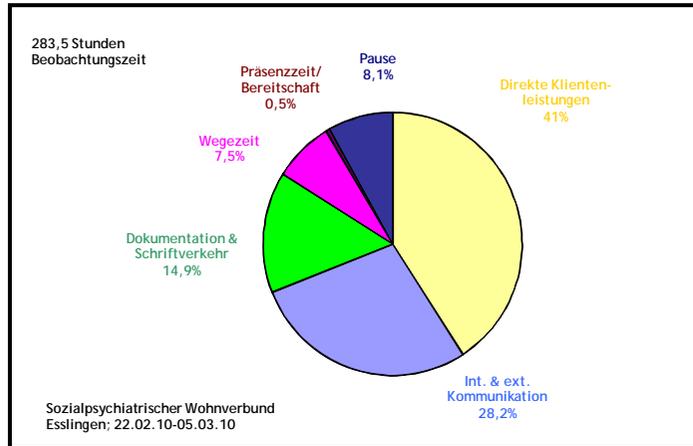
Größte Unterschiede errechneten sich in Bezug auf die Wegezeit (pinkfarbenedes Segment): Während die Mitarbeiter der Samariterstiftung Klienten betreuten, die zusammen in einer WG in der Nähe lebten, müssen im SpDi Nürtingen teilweise weite Wege zum Wohnort der Klienten zurückgelegt werden. Auch beim SPWV Esslingen und KDV Esslingen binden Wege Arbeitszeit der Mitarbeiter. Dieser Punkt muss bei Budgetverhandlungen Berücksichtigung finden.

2 Persönliche Interviews mit Projektteilnehmern

Während des Projektverlaufes wurde überlegt, im Sinne einer partizipativen Evaluationsforschung zusätzlich die Projektteilnehmer über ihre Erfahrungen mit dem Modellprojekt ‚Gemeindenahes flexibles, betreutes Wohnen mit ausdifferenzierter Hilfestellung‘ zu befragen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten um eine Einschätzung zu bitten. Aus diesem Grunde wurden persönliche, qualitative Interviews mit 27 Projektteilnehmern geführt. Überwiegend fanden diese Gespräche in den beteiligten Institutionen statt. Die Interviewdauer variierte zwischen 15 und 83 Minuten. Mit zwei Personen war ein Interview bedingt durch deren psychische Erkrankung beziehungsweise die Rücknahme des Projektantrags nicht möglich.

Von den 27 interviewten Projektteilnehmern beziehungsweise Klienten sind elf weiblichen und 16 männlichen Geschlechts. Das durchschnittliche Alter der Personen beträgt 40,6 Jahre. 22 der Klienten sind ledig. Zwei Personen geben

Darstellung 2 Tätigkeitsanalysen



Quelle: IfaS 2011; Evaluation KVJS Baustein 2.4.





an, dass sie geschieden sind. Weitere zwei sind verheiratet, leben allerdings in Trennung. Eine Person ist verheiratet beziehungsweise lebt in einer Partnerschaft. Der überwiegende Teil, insgesamt 21 Projektteilnehmer, gibt an, keine Kinder zu haben. Sechs Personen äußern, dass sie zwei beziehungsweise drei Kinder haben. Die meisten der befragten Klienten leben entweder alleine oder in einer Wohngemeinschaft. Von den 27 Befragten haben elf Personen einen gesetzlichen Betreuer, bei allen ist dieser mindestens für den finanziellen Bereich zuständig.

In Bezug auf die Tagesstrukturierung wird angegeben, dass sieben Personen an keinen Angeboten teilnehmen. Sechs Personen sind in einer WfbM beschäftigt und fünf Personen nehmen an einer Arbeits- und Beschäftigungstherapie teil. Weitere acht Personen besuchen zum Beispiel eine Tagesstätte, übernehmen Versorgungsaufgaben in der Wohngemeinschaft oder gehen einer geringfügigen Beschäftigung nach (n=26).

Die Vermittlung in das Projekt erfolgte bei 14 Klienten über die eigene Institution. Neun Personen wurden durch andere Institution wie beispielsweise psychiatrische Kliniken, Krankenhäuser, Sozialpsychiatrische Dienste oder das Landratsamt Esslingen in das Projekt vermittelt. Bei zwei Personen erfolgte dies durch ihren gesetzlichen Betreuer. Eine Person teilt mit, dass die Vermittlung durch eine Freundin erfolgte (n=26).

2.1 „Einfach jemand, der da ist“ – Informationsstand der Klienten über das Projekt

Von den 27 interviewten Projektteilnehmern wissen nur drei Personen Genaues über die Zielsetzung des Projekts und können dementsprechend detaillierter

antworten. Vier Personen verbinden zwar den Begriff ‚flexibel‘ mit dem Projekt, haben allerdings dennoch nur eine vage Vorstellung, was sich dahinter verbirgt. Etwas über die Hälfte der Befragten unterscheidet nicht zwischen dem ‚Gemeindenahen flexibel betreuten Wohnen‘ und dem ‚Ambulant Betreuten Wohnen‘. Die folgende Aussage spiegelt dies wider: „Ich wusste jetzt nicht, dass das ein neues Projekt ist. Mir war das auch egal, ob flexibel oder unflexibel (...), einfach jemand, der da ist“ (K25). Fünf Befragte konnten keine Aussage zu dem Projekt machen beziehungsweise wussten nicht, dass sie an einem Projekt teilnehmen.

Mehr als die Hälfte der Interviewpartner (63 %) bewertet die Erfahrungen mit dem Projekt als positiv. Diese Befragten sind zufrieden mit der Intensität der Kontakte sowie der Möglichkeit, Gespräche zu führen und mit ihren Anliegen ernst genommen zu werden. Diesbezüglich machte ein Klient folgende sehr differenzierte Aussage: „Aber grad die Flexibilität gefällt mir, (...) dass die Betreuung mal mehr oder weniger sein kann - und das ist auch was Beruhigendes. (...) und dass ich nicht gleich aus dem Projekt raus bin, wenn’s mir besser geht“ (K11). Von vier Projektteilnehmern werden negative Erfahrungen thematisiert; zwei von diesen bewerten das Gesamtkonzept dennoch positiv. Weitere sechs Personen können keine Einschätzung vornehmen.

2.2 „Ein bisschen in Richtung ins Normale“ – Veränderungen im Rahmen des Projekts

Mit Veränderungen durch das Projekt verbinden elf Interviewpartner den Wechsel ins ‚Betreute Wohnen‘, den Umzug in eine Wohngemeinschaft oder die Rückkehr aus der Klinik in die eigene Wohnung. Diese Veränderung der Wohnsitua-

tion ist jedoch nicht immer auf das Projekt zurückzuführen. Hierdurch wird nochmals deutlich, dass einige Klienten nicht zwischen ‚Gemeindenahem flexibel betreutem Wohnen‘ und ‚Ambulant Betreutem Wohnen‘ differenzieren. Für acht Personen waren häufigere Termine mit der Betreuungsperson beziehungsweise die Möglichkeit, auch an anderen Themen arbeiten zu können, als Veränderung spürbar. Für vier Interviewte, die zuvor nicht Klienten der Institution waren, besteht die Veränderung darin, dass sie nun durch die Institution unterstützt werden. Drei Personen berichten von ihren Erfolgen seit Projektbeginn. So äußert ein Projektteilnehmer: „Irgendwo geht’s so ein bisschen in Richtung ins Normale damit jetzt“ (K25). Weitere zwei Befragte benennen vor allem die flexiblere Planung der Kontakte als Veränderung durch das Projekt: „Hier weiß ich einfach, ich kann jederzeit anrufen und die Termine flexibel ausmachen, und das ist was, wo ich auch wieder Vertrauen zu den Menschen fassen kann“ (K14).

2.3 „Dass eben auch anderen Leuten geholfen werden kann“ – Erwartungen an das Projekt und für die eigene Zukunft

Sehr unterschiedlich sind die Erwartungen der Klienten an das Projekt. Sie reichen von der allgemeinen persönlichen Weiterentwicklung, die ein weitestgehend selbstständiges Leben ermöglichen soll, über sehr konkrete Wünsche zur Unterstützung, zum Beispiel die Versorgung der Haustiere in Krisenzeiten, bis zur geäußerten Hoffnung, dass das Projekt so weitergeführt wird. In Bezug auf letztere Erwartung äußert ein Projektteilnehmer: „Dass eben auch anderen Leuten geholfen werden kann, wenn es im Großen und Ganzen den Leuten gut tut, dieses Flexible“ (K14). Eine andere interviewte Person

verbindet damit die Erwartung: „Das man doch irgendwie, durch die bessere Betreuung, die Klinikaufenthalte verhindern kann“ (K13). Etwa ein Drittel der Befragten hatte entweder keine Erwartungen an das Projekt oder fühlte sich mit der Frage nach den Erwartungen überfordert.

Im Hinblick auf die Frage nach Wünschen für ihr jetziges Leben erfolgten von den befragten Klienten sehr heterogene Antworten. Die Wünsche reichen von Gesundheit, Geld, Selbstständigkeit und Partnerschaft über den Führerschein oder das Sorgerecht für die Kinder zurück zu bekommen bis hin zum Erlernen der chinesischen Heilkunst, berühmt zu werden oder einen ‚Reset-Knopf‘ drücken zu können, um einen kompletten Neubeginn vornehmen zu können. Eine vergleichsweise exemplarische Aussage ist folgende, da etwa jeweils ein Drittel die Bereiche Gesundheit und Finanzen benennt: „Gesundheit, dass ich arbeiten gehen kann, wie jeder – in Anführungszeichen – ‚normale Mensch‘ auch und dass ich finanziell wieder besser da stehe“ (K5).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die erlebten Veränderungen durch das Projekt und die Erwartungen an dieses sehr heterogen sind, überwiegend aber positive Erfahrungen damit verbunden werden und das Projekt von den Projektteilnehmern zum Teil als Entwicklungschance zu mehr Selbstständigkeit und Selbstsicherheit gesehen wird. Die Interviewinhalte sind gekennzeichnet durch die psychische Erkrankung der Klienten und ihr Erleben der momentanen Wohn- und Lebenssituation. Der Großteil der befragten Projektteilnehmer kann nicht zwischen ‚Gemeindenahem flexibel betreutem Wohnen‘ und ‚Ambulant Betreutem Wohnen‘ unterscheiden. Dieses Ergebnis wird von der Mehrheit der zwölf befragten Betreuungspersonen der be-



teiligten Institutionen bestätigt. So äußert eine Betreuungsperson auf die Frage, ob die Klienten realisieren, dass sie in einem Projekt sind: „Eigentlich wenig oder gar nicht, das ist für die ‚Betreutes Wohnen‘“ (E10). Zugleich wird von den Betreuungspersonen betont, dass das Projekt durchaus erläutert wurde, die Klienten aber zum Teil wenig Interesse an näheren Informationen zeigen beziehungsweise Schwierigkeiten haben, diese richtig einzuordnen.

3 Fallvorstellungen

Die exemplarischen Falldarstellungen erfolgen für jeweils einen Klienten von drei der vier beteiligten Institutionen. Auf die vierte Falldarstellung musste aufgrund eines lang andauernden Klinikaufenthalts des Klienten verzichtet werden. Diese ‚Referenzfälle‘ wurden von den Projektverantwortlichen aus den drei Institutionen ausgewählt. Die Datengrundlage bilden Primärdaten (Interview mit Klient und Betreuungsperson) und Sekundärdaten (Aktenanalyse).

3.1 „Dann ist es noch schwieriger, den Leuten klar zu machen, nee, ich kann das nicht“ – Fallvorstellung 1

Soziodemographische Angaben und soziales Netz

Der 33-jährige Klient lebt alleine in einer Einzimmerwohnung. Die Person hat einen Beruf im Medienbereich erlernt, kann diesen aber seit 2006 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in regulärer Form ausüben. Informelle Unterstützung erhält der Klient insbesondere von seinen Eltern, die in der Nähe wohnen.

Krankheitsgeschichte

Im September 2009 wurde für den Klient der erste IBRP erstellt und beim Landratsamt Esslingen eingereicht. Das erste Mal war er 1998 wegen depressiver Reaktio-

nen aufgrund eines Traumas in stationärer Behandlung. Er ist seit 2005 psychisch erkrankt und war von 2005 bis 2009 mehrfach in stationärer Behandlung. Diagnostiziert wurde bei ihm eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2) und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31). Im Jahr 2009 ging seine langjährige Partnerschaft auseinander, was bei ihm zu einem starken Rückzug führte. Die Erkrankung des Klienten ist unter anderem geprägt von Antriebslosigkeit, Traurigkeit, Rückzugstendenzen, Ängsten und eingeschränkter Belastungsfähigkeit, wodurch es ihm im Jahr 2009 oftmals nicht möglich war, beispielsweise bürokratische Angelegenheiten zu regeln, eine Tages- und Wochenstruktur zu entwickeln, die Wohnung zu verlassen oder der Haushaltsführung nachzugehen. Auch in Begleitung war es ihm damals nur sehr selten möglich, die Wohnung zu verlassen. Die Gesundheit des Klienten war im Weiteren durch starkes Rauchen und ungesunde Ernährung beeinträchtigt. Er besitzt Hintergrundwissen und eine hohe Reflexionsfähigkeit über seine Erkrankung. Er hat den Eindruck, dass andere Personen häufig seine Belastungsmöglichkeiten überschätzen.

Veränderungsprozesse im Projektverlauf

„Der Anfang war schon hart“ (K16): Die berufliche Situation hat sich dahingehend geändert, dass der Klient derzeit einem Minijob bei seinem früheren Arbeitgeber nachgeht, der laut seiner Betreuungsperson im positiven Sinne ein „besonderer Arbeitgeber“ (E6) ist. Den Wiedereinstieg ins Berufsleben beschreibt der Klient als „hart“ (K16), freut sich jedoch über diese Entwicklung.

„Ja, dann brauchen Sie keine Hilfe mehr“ (K16): Bezüglich der Betreuung des Klienten fand nach dem zweiten Hilfeplangespräch, das zu einer Reduzierung der

Höhe der individuellen Leistungsbemessung führte, von der betreuenden Institution eine Umstellung von drei auf zwei Kontakte pro Woche statt, wobei die Kontaktdauer entsprechend dem aktuellen Bedarf flexibel gehandhabt wird. Nach dem zweiten Hilfeplangespräch entwickelte sich bei dem Klienten eine Krise. Die Betreuungsperson hält in solchen Fällen eine von den Formalitäten her unkomplizierte, flexible individuelle Leistungsbemessung für geeignet und äußert sich dazu folgendermaßen: „Da war schon auch für mich ein paar Mal die Überlegung, ob wir nicht wieder hoch, von den Zeiten her hoch müssen. Und dann haben wir – also ich sag ganz ehrlich, so einen IBRP zu schreiben, macht echt viel Arbeit, das überleg ich mir dann fünf Mal. Und dann ist es eigentlich so, dass man sagt, okay, jetzt wird es mehr, das gleicht sich dann irgendwann einfach wieder aus“ (E6). Eine Erhöhung der individuellen Leistungsbemessung wäre in diesem Fall aus Sicht der Betreuungsperson notwendig gewesen, wurde von dieser aufgrund des damit verbundenen Arbeitsaufwandes aber nicht beantragt. Der Klient beschreibt die Situation während des zweiten Hilfeplangesprächs kritisch: „Es war so schon ein Kampf eigentlich überhaupt die Zeit zu kriegen, die ich jetzt hab, eigentlich. (...) Man musste sich für Alles rechtfertigen. (...) Wenn ich dann nur erzählt hab, des und des klappt besser, ja, dann brauchen Sie keine Hilfe mehr... (...). Klar, hat sich Vieles gebessert, aber alleine krieg ich's halt trotzdem [nicht hin] (...). Also, im Vergleich zu vorher, ist es halt echt viel besser, aber das heißt ja nicht, dass ich jetzt plötzlich Alles alleine auf die Reihe kriege und ja irgendwie war's dann schwierig“ (K16). Sowohl der Klient als auch die Betreuungsperson sind sich bei der Beschreibung des zweiten Hilfeplangesprächs als unangenehme und schwierige Situation einig.

Fazit

„Da ist so ein Feilschen, wie stuft man jetzt ein, Geld heißt einfach Zeit“ (E6): Verbesserungen bei dem Klienten zeigen sich insbesondere in Bezug auf die sozialen Kontakte, da er mittlerweile öfter selbstständig aus dem Haus geht und sich mit Freunden trifft. Zudem hat sich die Haushaltsführung gebessert, und der Klient übt einen Minijob aus. Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass sich der Unterstützungsbedarf verringert hat, vielmehr müssen jetzt beispielsweise soziale Kontakte vor- und nachbesprochen werden. Vom Leistungsträger wird laut dem Klienten und der Betreuungsperson nicht gesehen, dass sich zwar die inhaltliche Ausrichtung der Betreuung verändert hat, nicht aber die Höhe des Bedarfs. Hier wäre ihrer Ansicht nach eine „Übergangsfrist“ (E6) wünschenswert gewesen.

Die Betreuungsperson ist sich sicher, dass bei dem Klienten die klassische 1:10 Betreuung im ambulanten Bereich nicht ausgereicht hätte und spricht sich für eine differenzierte Pauschalisierung aus: „Wir hätten früher oder später einen Höherbedarf auf alle Fälle gebraucht. (...) Was ich schön finden würde, wäre, [dass] dieses Feilschen – sag ich jetzt mal – also beim ‚Flexibel betreuten Wohnen‘ hab ich das Gefühl, da ist so ein Feilschen, wie stuft man jetzt ein, Geld heißt einfach Zeit, [aufhört]. Was ich mir wünschen würde, ist, dass man sagt, okay, es gibt einen Schlüssel 1:10, das ist so viel, es gibt Schlüssel von mir aus 1:5 – dass es so ein bisschen standardisiert wird. Dass man sagt, entweder jemand fällt in die Gruppe rein oder in die Gruppe“ (K16). Des Weiteren würde die Betreuungsperson es befürworten, wenn die Hilfeplangespräche nicht vom Leistungsträger selbst, sondern von anderen fachlich kompetenten, jedoch unabhängigen Personen geführt werden.



3.2 „Da sind schon unterschiedliche Einschätzungen“ – Fallvorstellung 2

Soziodemographische Angaben und soziales Netz

Der 49-jährige Klient lebt seit 2010 in einer 2er-WG. Er absolvierte die Mittlere Reife und eine Ausbildung im Druckbereich. Aufgrund seiner psychischen Erkrankung ist er seit 2002 nicht mehr auf dem 1. Arbeitsmarkt tätig. Der Klient hat zwei Brüder. Sein Vater lebt in der Nähe in einem Seniorenheim. Soziale Kontakte bestehen insbesondere zu seinem Vater.

Krankheitsgeschichte

Der Klient erkrankte im Jahr 1992. Diagnostiziert wurde eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Alkoholmissbrauch kam hinzu. In den Jahren 1992 bis 1996 war der Klient mehrfach in stationärer Behandlung. Er hatte unter anderem Probleme, die medikamentöse Behandlung eigenverantwortlich durchzuführen und verschuldete sich. Im präpsychotischen Zustand beging er 2003 eine Straftat. In den letzten zwei Jahren waren weitere zwei stationäre Behandlungen erforderlich. Die Krankheit ist unter anderem gekennzeichnet durch Antriebsstörungen, Rückzugstendenzen, Ängste und Überforderung. Psychotische Krisen können bei dem Klient in kurzer Zeit zu gesundheitsgefährdenden Situationen führen und sind mit Rückfällen in die Suchterkrankung verbunden, weshalb enge und stabilisierende Rahmenbedingungen für ihn im Alltag notwendig sind. Er hat eine begrenzte Krankheitseinsicht entwickelt, akzeptiert aber zunehmend formelle Unterstützung.

Veränderungsprozesse im Projektverlauf

„Im Prinzip hat es sich jetzt auch stabili-

sieren lassen“ (E7): Nachdem sich in den letzten Jahren wiederholt zeigte, dass ambulant betreutes Einzelwohnen für den Klienten keine geeignete Wohnform ist und eine intensiv betreute Wohngruppe für acht Personen für ihn mit zu viel „Trubel“ (K8) verbunden war, wohnt dieser nun seit 2010 in einer 2er-WG. Diesbezüglich äußert er: „ich wohn gern da“ (K8) und „ich fühl mich wohler“ (K8). Zudem hat bei ihm eine Stabilisierung der Arbeitssituation im Werkstattbereich stattgefunden, insbesondere durch die Möglichkeit, in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern mit abwechselnden Anforderungen eingesetzt zu werden. Zwischen dem Klienten und der Betreuungsperson findet wöchentlich in der Regel ein einstündiger persönlicher Kontakt in der Einrichtung sowie alle zwei Wochen ein Gespräch in der WG statt.

„Ich hab jetzt bloß erlebt, dass es weniger wurde an materieller Zuwendung“ (E7): Die Betreuungsperson beschreibt, dass bei den Hilfeplangesprächen entgegen ihrer Wahrnehmung von dem Leistungsträger ein geringerer Hilfebedarf bei dem Klienten gesehen wurde, was zu einer Reduzierung der individuellen Leistungsbemessung führte. Der Klient selbst hat – im Gegensatz zu dem Klienten der ersten Falldarstellung – keine konkrete Erinnerung an die Hilfeplangespräche und die damit verbundene individuelle Leistungsbemessung.

Fazit

„Was natürlich auch dem Kostenträger⁷ teilweise nicht transparent wird, wenn jemand sagt, eigentlich will ich es ja gar nicht, was mir da geboten wird“ (E 7): Die Betreuungsperson betont, dass der Klient krankheitsbedingt die Hilfe eher ablehnt als möchte beziehungsweise damit über-

7 Von einigen Gesprächspartnern wurde der Begriff ‚Kostenträger‘ synonym zum Begriff ‚Leistungsträger‘ verwendet.

fordert ist, den Bedarf zu äußern. „Es ist ja dem Kostenträger sehr angenehm, wenn man nicht zu viel fordert als Klient und sagt, ich habe eigentlich nur einen sehr geringen Hilfebedarf“ (E7). Des Weiteren schildert er, dass die Kostendiskussion beziehungsweise die Formalitäten statt der Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Individuums im Vordergrund der Hilfeplangespräche standen. In Bezug auf den Klienten entstand der Eindruck, dass die Hilfeplangespräche nicht so ertragreich gewesen seien, da es „manchmal so ein Gerangel um Euro“ (E7) gab. Deshalb bilanziert die Betreuungsperson, dass ihrer Ansicht nach keine individuelle passgenaue Hilfe für den Klienten durch das Projekt erreicht worden ist.

3.3 „Es war leider nicht so flexibel wie wir uns das vorgestellt hatten“ – Fallvorstellung 3

Soziodemographische Angaben und soziales Netz

Der 36-jährige Klient lebt seit Mitte des Jahres 2009 in einer 2er-WG, zuvor war er mehrere Jahre in stationärer Betreuung. Einen Beruf hat er nicht erlernt. Der Klient hat Erfahrungen in der Drogenszene. Der Kontakt zu den Eltern war zeitweise sehr problematisch, mittlerweile hat sich dieser gebessert, jedoch benötigen beide Seiten Beratung in Bezug auf die Gestaltung der Beziehung. Regelmäßiger Kontakt besteht vor allem zur Mutter.

Krankheitsgeschichte

Der Klient leidet an einer chronischen paranoiden Schizophrenie (ICD 10 F20.0) sowie Polytoxikomanie einschließlich intravenöser Opiate (ICD 10 F19.21). Seine Erkrankung ist unter anderem geprägt von wiederkehrenden wahnhaften Symptomen, Minus-Symptomen, Ängsten und verminderter Belastbarkeit. Es ist davon auszugehen, dass der Klient sich bislang

an die bestehenden Bewährungsaufgaben gehalten hat und clean geblieben ist. Es besteht bei dem Klienten nur eine begrenzte Krankheitseinsicht. Dementsprechend gehen die Selbsteinschätzung des Klienten und die Einschätzung der Mitarbeiter der Institution bezüglich seiner Fähigkeiten zum Teil stark auseinander. Für den Klienten sind feste Strukturen zur Alltagsbewältigung und die Erschließung geeigneter Freizeitaktivitäten erforderlich, um zum Beispiel Rückzugstendenzen und Wahnerleben entgegen zu wirken.

Veränderungsprozesse im Projektverlauf

„Das Projekt war auf jeden Fall notwendig, damit sie [die Klienten] überhaupt ausziehen können. Weil mit einem anderen Schlüssel wäre es nicht gegangen, mit einem anderen Betreuungsschlüssel“ (E9): Durch das Projekt war es für den Klienten möglich, aus dem stationären Bereich in eine WG zu ziehen, in der er intensiver als bei der klassischen Betreuung von 1:10 im ambulanten Bereich unterstützt wird.

Hinsichtlich des bestehenden Unterstützungsbedarfs sieht der Klient einen deutlich geringeren Bedarf als seine Betreuungsperson, auch schätzt er vor allem seine hauswirtschaftlichen Fähigkeiten wesentlich positiver ein. Die Betreuungsperson schildert, dass es bei dem Klienten im Rahmen des Projektes zu einer starken Gewichtszunahme durch ungesunde Ernährung gekommen ist, weshalb ein Ernährungsplan sowie eine hohe Motivation und Förderung bezüglich Ernährung und sportlichen Aktivitäten notwendig geworden sind. Ebenso kam es im Projektverlauf laut der Betreuungsperson zu Krisen, in denen ein höherer Behandlungsbedarf bestand, der aber im zweiten Hilfeplangespräch nicht transparent gemacht werden konnte beziehungsweise nicht berücksichtigt wurde.



Insgesamt bewertet die Betreuungsperson den Auszug und die Entwicklung des Klienten als positiv: „Ansonsten sind sie [Klienten] sehr viel selbstständiger geworden durch das Projekt. Also, die Kochei, selbst sportlichen Aktivitäten, einfach Dinge selber zu regeln. Amtliche Geschichten selber (...), teilweise selber zu regeln. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten – eigene Wohnung. Des ist nicht mehr nur ein Zimmer hier, sondern 'ne ganze Wohnung, die in Schuss gehalten werden muss. Was im Großen und Ganzen gut funktioniert“ (E9). Der Klient äußert, dass er gerne in der WG lebt und dass er dadurch das Gefühl habe, fast „draußen“ (K24) zu sein. Dennoch ist für ihn vor allem im Hinblick auf das Wochenende wichtig, dass die Möglichkeit besteht, Mitarbeiter der Institution bei Bedarf zu kontaktieren: „Wir dürfen vorbei schauen, wenn uns die Decke auf den Kopf fällt“ (K24). Der Klient nimmt nach wie vor vier Mal pro Woche an tagesstrukturierenden Angeboten der Institution teil. Auch spielt er seit kurzer Zeit in einem Verein Badminton.

Fazit

Im Interview berichtet der Klient offen von seiner Drogensucht, Obdachlosigkeit und Straffälligkeit, kann allerdings auf Fragen nicht gezielt eingehen und erzählt immer wieder – durchaus verbal gewandt –, „seine Geschichte“. Die Betreuungsperson kommt zu dem Resultat: „Also, das Flexible, was man sich erwünscht von diesem Projekt, dass man kurzfristig einen Mehrbedarf hat und dann aber auch wieder zurückfährt, hat leider nicht funktioniert“ (E9). Hinsichtlich der Frage nach der Fortführung des Projektes wird weiter ausgeführt: „Ich denke, wenn eine Diskussionsbereitschaft von beiden Seiten da ist, Leistungserbringer und Kostenträger, dann würde ich das auf jeden Fall gern fortgesetzt haben, wenn nicht, dann

sollen sie bitte einen festen Betreuungsschlüssel einführen, der ausreichend ist“ (E9).

4 Expertenmeinungen

4.1 Qualitative Interviews mit Vertretern der beteiligten Institutionen

Mit jeweils drei Vertretern der vier beteiligten Institutionen wurden persönliche qualitative, leitfadengestützte Interviews vor Ort geführt, deren Dauer zwischen knapp zwei Stunden und einer halben Stunde variierte. Die einzelnen Fragenkomplexe wurden aus den Zielsetzungen des Projektes abgeleitet und waren den Experten vorab nicht bekannt. Da die Projektmitarbeiter unabhängig voneinander befragt wurden, entsteht ein dichtes Bild an Meinungen und Einschätzungen über das Projekt, ‚Gemeindenahes flexibles, betreutes Wohnen mit ausdifferenzierter Hilfestellung‘.

Die im Folgenden aufgeführten thematischen Bereiche sind nicht disjunkt, sondern weisen vielmehr miteinander einhergehende Überschneidungen auf. Die Ergebnisdarstellung basiert auf einer strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse entlang der vorab definierten Kategorien.

4.1.1 Umsetzung des ‚Gemeindenahen flexibel, betreuten Wohnens‘

Anmerkung: Bei den vier beteiligten Institutionen erfolgt – bei drei Institutionen ausgehend von der Pauschale beziehungsweise dem Zeitumfang pro Klient im Ambulant Betreuten Wohnen – eine Umrechnung der individuellen Leistungsbemessung in Stunden pro Projektteilnehmer. Des Weiteren besteht bei drei von vier Institutionen für die Klienten kein Nacht- beziehungsweise Wochenend-Bereitschaftsdienst.

Expertenmeinungen aus Institution 1

In Bezug auf die Umsetzung des Projekts wird beschrieben, dass der IBRP als „Plan im Hintergrund“ (E10) dient beziehungsweise die Matrix der individuellen Leistungsbemessung als Hilfe erlebt wird, da man „immer wieder nachschauen kann, (...) wo soll es hingehen“ (E8). Grundsätzlich steht aber der aktuelle Bedarf des Klienten im Vordergrund: „Und da verwende ich gerade mehr Zeit darauf, als ich eigentlich zur Verfügung hätte, aber diese Dinge müssen geregelt werden und ich muss einfach schauen, dass das andere, ja, dass wir das kurz halten“ (E8). Bezüglich der Flexibilität äußert ein Mitarbeiter: „Was flexibel geworden ist, ist einfach das, was der Kostenträger nachher bezahlt (...). Im normalen Arbeiten ist einem das nicht bewusst, dass ich jetzt gerade in Kategorie A oder B oder C arbeite (...), sondern da ist es einfach die Gesamtzeit, die ich zur Verfügung habe“ (E8).

Darüber hinaus sind die Mitarbeiter der Einrichtung seit einigen Monaten verstärkt im Bereich der Freizeitgestaltung aktiv. Die individuelle Leistungsbemessung hat dazu geführt, dass hierfür bei einigen Projektteilnehmern mehr Zeit vorhanden ist. Diesbezüglich äußert ein Mitarbeiter: „Ja, man hat mehr Zeit, mit den Leuten was zu machen und kann dann durch das, was letztendlich das Wichtige ist, mehr Beziehung leben und über die Beziehung dann die Leute motivieren“ (E10).

In der Institution kam es im Rahmen des Projektes zur Einstellung eines FSJlers, der insbesondere im Freizeitbereich tätig ist. Zudem wurden sowohl eine Fachkraft auf geringfügiger Basis als auch eine als Honorarkraft eingestellt. Ein Mitarbeiter erhöhte seinen Stellenumfang, ein anderer ging in Rente.

Expertenmeinungen aus Institution 2

Hinsichtlich der Umsetzung wird geschildert, dass drei Mal pro Woche für jeweils etwa fünf bis sechs Stunden zu festgelegten Zeiten Mitarbeiter in die WG gehen. Aufgrund dieser vereinbarten Zeiten besteht für einen Mitarbeiter keine zeitliche Flexibilität, jedoch Flexibilität in Bezug auf die inhaltliche Gestaltung des Kontakts. Des Weiteren wird in Bezug auf die Umsetzung des ‚Gemeindenahen flexibel betreuten Wohnens‘ darauf hingewiesen, dass durch die räumliche Nähe zu den Projektteilnehmern bei Bedarf schnell gehandelt werden kann und dass hilfreiche Vernetzungen mit anderen Institutionen bestehen. Ein anderer Befragter teilt mit: „Flexibel heißt für mich zunächst flexibel in den Kosten. (...) Also wir sind hier hochflexibel, was die Betreuung mit den Menschen betrifft, aber ein hohes Maß an Flexibilität ist nur gegeben, wenn natürlich auch das Geld stimmt“ (E9). Eine flexible Betreuung wird auch dadurch deutlich, dass die Projektteilnehmer nach wie vor die Möglichkeit haben, bei Bedarf die Nachtbereitschaft der Institution zu kontaktieren. Zudem können die Projektteilnehmer bei einer Krise auch in der Institution übernachten, wodurch versucht wird, einen Klinikaufenthalt zu verhindern. „Also das können wir schon abfangen, man kennt sich, und das ganze läuft über Beziehung (...). Und wenn eine gute Beziehung da ist, dann ist das wirklich Gold wert. Dann ist das das, was trägt und hält, und was über Jahre hinweg einfach auch einen Stabilitätsfaktor darstellt“ (E5).

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass das Personal entsprechend der individuellen Leistungsbemessung flexibel sein muss; so haben zu Beginn des Projekts einige Mitarbeiter ihren Stellenumfang erweitert und nun wieder reduziert.

**Expertenmeinungen aus Institution 3**

Im Hinblick auf die Umsetzung des ‚flexibel betreuten Wohnens‘ wird von den befragten Mitarbeitern betont, dass diesbezüglich in der Institution bereits vor dem Projekt Erfahrungen bestanden, da nicht nur eine Betreuung von 1:10, sondern auch von 1:5 im ambulanten Bereich möglich ist. Insofern ergeben sich nur graduelle Unterschiede hinsichtlich der Umsetzung. Vor diesem Hintergrund teilt ein Mitarbeiter mit: „Bisher, vor dem flexiblen Wohnen, war es ja so, dass man auch eine gewisse Flexibilität hatte, was die Betreuungsdichte betrifft. (...) Aber die war nicht so zielgerichtet wie jetzt im Modell (...), also nicht so zielgerichtet im Sinne von (...), dass ganz klar ist, die Person hat diesen Bedarf und braucht die und diese Unterstützung“ (E3). Als weitere Veränderung wird von den Mitarbeitern gesehen, dass durch das Projekt die einzelnen Mitarbeiter zum Teil mehr Zeit für die Klienten haben, wodurch die Kontaktdichte zu diesen höher wird. Dadurch erweitern und differenzieren sich die Inhalte der Kontakte beziehungsweise entsteht mehr „Spielraum“ (E14). So wird geschildert: „Man hat ja bei 1:10, manches hat man von außen her dann organisiert, aber so im Sinne der Eingliederungshilfe, im Sinne von ‚sich die Fähigkeiten wieder anzueignen, die vielleicht erst mal nicht mehr so bestehen‘, dieses ‚Erlernen wieder‘ (...) ist dadurch noch besser möglich, weil ich ja direkter dranbleiben kann, wie wenn ich jemand beauftrage zum Beispiel, irgendwie eine Hilfskraft, dass sie mit einkaufen geht oder so“ (E3). Darüber hinaus wird von zwei Befragten geäußert, dass die Umsetzung entsprechend der Hilfeplanung stattfindet und für sie insbesondere der IBRP, aber auch die Matrix der individuellen Leistungsbemessung die Arbeitsgrundlage bildet.

In der Institution sind Mitarbeiter sowohl im Sozialpsychiatrischen Wohnverbund

als auch im Sozialpsychiatrischen Dienst tätig, wodurch sie die entsprechenden Stellenanteile bei Bedarf untereinander prozentual variieren können. Insofern war es im Rahmen des Projektes nicht erforderlich, den Stellenumfang von Mitarbeitern zu erhöhen oder zu reduzieren.

Expertenmeinungen aus Institution 4

Von zwei Mitarbeitern wird in Bezug auf die Umsetzung geschildert, dass bei den einzelnen Projektteilnehmern mehr Mitarbeiter an der Betreuung beteiligt sind, als bei den Klienten des Ambulant Betreuten Wohnens. Das begründet sich aus dem erhöhten Hilfebedarf der Projektteilnehmer. Teilzeitbeschäftigung und Urlaubsphasen der Mitarbeiter müssen ausgeglichen werden. Der andere Befragte betont, dass es Ziel ist, das „Starre aufzulösen“ (E12), so dass nicht nur im Vertretungsfall mehrere Personen den Klienten betreuen. Dennoch soll nach wie vor die „Bezugsbetreuung die Hauptarbeit“ (E12) machen, aber – beispielsweise bei der Umsetzung eines Mobilitätstrainings – durch andere Kollegen oder Praktikanten und FSJler unterstützt werden. Zudem wird erläutert: „Wir wollten im Rahmen von dem Projekt eben ganz gezielt Wohnraum anmieten, den wir einfach von hier aus gut erreichen können. Dass es morgens möglich ist, dass jemand gleich auf dem Weg zur Arbeit, sag ich jetzt mal, vorbei guckt, und hierher an die Tagesstätte begleitet oder zum Zug, dass er in die Werkstatt fährt oder was auch immer“ (E12). Dieses Vorhaben konnte im Rahmen des Projektes nicht vollständig umgesetzt werden, da erst zu Projektende der entsprechende Wohnraum gefunden wurde. Von einem anderen Mitarbeiter wird in Bezug auf eine flexible Umsetzung geschildert, dass er den Klienten seine Handynummer für den Notfall gegeben hat, da er nur teilzeitbeschäftigt ist. Für alle Mitarbeiter bildet insbesondere der IBRP die Arbeitsgrundlage. Diesbezüglich weist

ein Mitarbeiter darauf hin: „Na ja, also in der praktischen Arbeit steht im Vordergrund der Bedarf, und der kann sich auch von Woche zu Woche ändern, dass dann vielleicht auch mal eine Übernahme von Tätigkeiten in einem Bereich stattfinden, die so gar nicht aufgefasst sind“ (E13). Des Weiteren ist für alle in Bezug auf die Umsetzung zentral, dass mehr Zeit für die Klienten zur Verfügung steht und somit eine intensivere Betreuung möglich ist. Dem Klienten kann somit mehr angeboten beziehungsweise bestimmten Bereichen verstärkt nachgegangen. Eine Veränderung des Stellenanteils bei den Mitarbeitern im Rahmen des Projektes wurde nicht thematisiert, jedoch beschrieben, dass die Mitarbeiter abhängig von der Höhe der individuellen Leistungsbemessung gegebenenfalls die ‚übliche‘ Anzahl der zu betreuenden Klienten reduzieren mussten.

4.1.2 Grenzen des ‚Gemeindenahen flexibel, betreuten Wohnens‘

Expertenmeinungen aus Institution 1

Die Grenzen des ‚flexibel betreuten Wohnens‘ sind im Rahmen des Projektes nach Ansicht der befragten Personen erreicht, wenn unabhängig von einer Krise der Klient eine tägliche Betreuung benötigt. Darüber hinaus wird als Grenze benannt, wenn die „begleitende Tagesstrukturierung“ nicht ausreicht, eine „starke Kontaktstörung“ beziehungsweise „extreme Rückzugstendenzen“ und/oder mangelnde Motivation bei dem Klienten bestehen (E6). Zudem wird geäußert: „Ich muss einfach wissen, dass diese Person zum Telefon greifen kann und sagen, hier, ich ruf da und da an, wo mir geholfen wird, wenn jetzt meine Bezugsperson nicht da ist. So was muss funktionieren“ (E8).

Expertenmeinungen aus Institution 2

Für einen Mitarbeiter sind die Grenzen des ‚Ambulant Betreuten Wohnens‘ er-

reicht, „wenn die Assistenz am Klienten nicht mehr Assistenz ist, sondern stellvertretende Ausführung“ (E9) und letztere von dem Klienten in verschiedenen Bereichen benötigt wird. Ein anderer Mitarbeiter ist der Meinung, dass kein Katalog erstellbar ist, der besagt, was ein Klient für den ambulanten Bereich können muss, sondern immer für den Einzelfall zu entscheiden ist, ob eine Betreuung auch im ambulanten Bereich möglich ist. Diese Sichtweise bestätigt auch der dritte Befragte, er hält jedoch eine schwere Angstsymptomatik für ein Ausschlusskriterium: Es „muss auf jeden Fall gewährleistet sein, dass jemand eine Nacht übersteht, ohne sofort einen Bedarf zu brauchen, weil er Angst in der Nacht kriegt“ (E5). Darüber hinaus betrachtet er das Vorhandensein alltagspraktischer Fähigkeiten und den Erhalt der Tagesstruktur als wesentlich.

Expertenmeinungen aus Institution 3

In Bezug auf die Grenzen des ‚flexibel betreuten Wohnens‘ äußert ein Mitarbeiter: „Wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass dann [eine] tägliche Versorgungssituation entsteht, die auch über sieben Tage und vierundzwanzig Stunden am Tag notwendig ist, von den Rahmenbedingungen her, denke ich, dann ist so die Grenze erreicht, wo eigentlich die Möglichkeiten vom ‚Ambulant Betreuten Wohnens‘ ausgeschöpft sind“ (E11). Ein anderer thematisiert in diesem Kontext die Selbstgefährdung des Klienten und dass es zumindest möglich sein muss, bei einem Klienten einen gewissen „Level“ (E14) zu halten, so dass sich dieser trotz umfangreicher Unterstützung nicht konstant an der Grenze zum stationären bewegt. Für den dritten Befragten sind die Grenzen zum einen erreicht, wenn der Klient eine hohe Unterstützung im pflegerischen Bereich benötigt; zum anderen ergeben sich für ihn Grenzen in Bezug auf das ‚flexibel betreute Wohnens‘ dadurch, dass kein Bereitschaftsdienst für



die Nacht und das Wochenende in der Institution vorhanden ist.

Expertenmeinungen aus Institution 4

Als eine Grenze des ‚flexibel betreuten Wohnens‘ wird genannt, wenn sich ein Klient unabhängig von Krisenzeiten über längere Zeit zu Hause nicht selbstständig versorgen kann und von seiner Seite aus keine „Kommstruktur“ (E13) besteht, so dass er täglich zu Hause aufgesucht werden muss. Ein anderer Mitarbeiter benennt ebenfalls eine tägliche persönliche Betreuung als Kriterium: „Und es nicht reicht mit einem telefonischen Kontakt, sondern dann wirklich Face-to-Face-Kontakt wichtig ist, und der mehr als eine Stunde oder zwei ist. Also dann ist es fast nicht möglich. Oder vor allen Dingen auch, wenn der Bedarf auch Richtung Abendstunde geht“ (E4). Der dritte Mitarbeiter thematisiert darüber hinaus tagesstrukturierende Maßnahmen: „Wenn (...) der Mensch krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage ist, die Motivation und auch die Kraft aufzubringen, zum Beispiel in eine Werkstatt zu gehen oder das in einer Werkstatt durchzuhalten oder selbst wenn Arbeitstherapie auch einfach nicht mehr gelingt, auch wenn man drei, vier Mal die Woche vorbeischauen kann (...) wenn das einfach auf Dauer nicht fruchtet“ (E12).

4.1.3 Erfahrungen mit der Ausdifferenzierung von Hilfebedarfen

Expertenmeinungen aus Institution 1

„Wenn man mehr Zeit hat, verändert es schon auch was an der Beziehung und an dem, was ich erreichen kann“ (E8). Diese Aussage eines Mitarbeiters spiegelt auch die Position der anderen zwei Mitarbeiter wider. Auch wird betont, dass bei einer intensiveren Betreuung als 1:10 verstärkt zur gesellschaftlichen Teilhabe beigetragen werden kann. Vor diesem Hinter-

grund beschreibt ein anderer Mitarbeiter auch einen gewissen Erfolgsdruck: „Also, so unter dem Motto, ‚jetzt siehst Du den doch dreimal pro Woche, Du begleitest den sehr sehr eng, jetzt müsst Ihr doch da mal was auf die Reihe kriegen!‘“ (E6).

Alle drei interviewten Personen haben den Eindruck, dass beim zweiten Hilfesplangespräch die individuelle Leistungsbemessung nicht entsprechend des Bedarfs des Klienten erfolgte, sondern das Ziel, Geld zu sparen, dominierte. Daher wurde geäußert: „Bei allen Fortschreibungen ging der Hilfebedarf runter, zum Teil um zwei Drittel (...) und da müssen wir ja Zauberer sein, dass man mit diesen schwer Kranken doch so viel Erfolg erreicht in so kurzer Zeit. Oder es liegt nahe, dass man versucht hat, den Bedarf stark zu drücken. (...) Das ist natürlich auch Aufgabe der Eingliederungshilfe, Kosten zu drosseln, das ist ja klar. Es sind unterschiedliche Interessen, die da sind“ (E10).

Expertenmeinungen aus Institution 2

Die befragten Mitarbeiter schildern, dass es durch das Projekt möglich war, vier Personen im ambulanten Bereich zu betreuen. Dies hat bei den Personen zu einem Zugewinn an Lebensqualität, Teilhabe an der Gesellschaft und Selbstständigkeit geführt. Ein Mitarbeiter hat auch die Erfahrung gemacht, „[d]ass es nicht nur Fortschritte gab, sondern auch Rückschritte, hauptsächlich so im sozial-emotionalen Bereich. Einfach aufgrund dessen, dass weniger Betreuung und weniger Menschen um die Menschen herum sind“ (E2). Des Weiteren teilt er in Bezug auf das ‚Ambulant Betreute Wohnen‘ mit: „Was ich als notwendig erachte ist, dass Betreuungsaufwand flexibel da sein muss. Also, es gibt Strecken, wo man weniger braucht, aber es gibt dann Strecken, das muss nicht mal eine größere Krise sein, wo einfach mehr Unterstützung notwen-

dig ist. Weil insbesondere das 1:1-Begleiten, raus, sei es nun in einen Verein, sei es nun Familie oder so, braucht unheimlich viel Zeit“ (E2). Zudem wird von zwei Mitarbeitern darauf hingewiesen, dass das Erreichen eines bestimmten „Niveaus“ (E2) beziehungsweise „Status quo“ (E9) nicht zwingend mit einem geringeren Betreuungsbedarf einhergeht, sondern vielmehr zu einer inhaltlichen Veränderung der Betreuung führt. Diesbezüglich haben sie den Eindruck, dass das vom Leistungsträger nicht berücksichtigt wird. Ebenso wird betont, dass „eine gewachsene, tragfähige Beziehung (...) das Beste [ist], um Veränderungen bei einem Menschen zu bewegen, weil er sich dann sicher fühlt, geborgen und zugehörig“; dies werde ebenfalls von dem Leistungsträger zu wenig beachtet. Es wird davon ausgegangen, dass eine Betreuung von 1:10 für die Projektteilnehmer momentan noch nicht ausreichend ist und zur Dekompensation führen würde, so dass gegebenenfalls eine Betreuung im stationären Bereich wieder erforderlich werden würde.

Expertenmeinungen aus Institution 3

Für zwei Mitarbeiter trägt die Ausdifferenzierung des Hilfebedarfs nicht dazu bei, den Gesamtbedarf des Klienten besser abzubilden, zumal sie die Erfahrung gemacht haben, dass das zweite Hilfeplangespräch häufig zu einer – für sie nicht nachvollziehbaren – Reduzierung der individuellen Leistungsbemessung führte: „Und Vieles geht tatsächlich über Beziehung, und deshalb ging es jetzt mir so, dass ich denke, für die 200 Euro, die es weniger gibt, verändert sich trotzdem der Umfang meiner Arbeit nicht. Ich kann es nirgends wegstreichen“ (E14). Mit der Ausdifferenzierung wird von den zwei Mitarbeitern vielmehr ein Mehraufwand verbunden, der dazu führt, dass Zeit für die direkte Klientenarbeit verloren geht: „Je größer die Flexibilität wird, desto grö-

ßer wird der Verwaltungsaufwand, das Berichte schreiben, die Antragsstellungen, und, und, und. Also Arbeiten, die dann am Klienten vorbei gehen, zunächst mal auch“ (E11).

Der dritte befragte Mitarbeiter verbindet folgende positive Erfahrung mit der Ausdifferenzierung: „Ich habe nicht nur praktisch 1:10 oder gar nichts, oder dann klinisch stationär, sondern ich habe erst mal grundsätzlich die Möglichkeit, hier vor Ort das halten zu können, was ich brauche. Wie das letztendlich bewertet wird, ist eine andere Sache, aber so dieses Entweder-Oder fällt weg“ (E3). Im Hinblick auf die Bewertung im Rahmen des zweiten Hilfeplangesprächs äußert er: „Was mich sehr gewundert hat, weil diese Reduzierung ist fast durchgängig, und da würde ich schon ein Fragezeichen machen, ob das tatsächlich in dem Zeitraum so überall tatsächlich stattfinden kann. (...) Weil die Erfahrungen sind einfach die, manches braucht überhaupt mehr Zeit, und ich kann nicht immer praktisch Eingliederungshilfe gleichsetzen mit einer ständigen Verbesserung. Manches ist einfach auch der Erhalt vom Bestehenden und Verhinderung der Verschlechterung“ (E3). Die Mitarbeiter sind sich einig, dass durch eine intensive Betreuung beziehungsweise eine hohe Kontaktdichte Stabilität oder auch Verbesserungen bei den Klienten erreicht werden können, hierfür aber abhängig vom Einzelfall unterschiedlich viel Zeit benötigt wird.

Expertenmeinungen aus Institution 4

In Bezug auf die Erfahrungen mit der Ausdifferenzierung von Hilfebedarfen sind alle drei Mitarbeiter der Ansicht, dass bei Klienten mit einem erhöhten Hilfebedarf ein erhöhtes zur Verfügung stehendes Zeitbudget einen stabilisierenden Faktor bildet. Als positive Erfahrung wird geschildert, dass ein Klient nach einem



Klinikaufenthalt einen hohen Hilfebedarf genehmigt bekommen hat und eine Stabilisierung erreicht werden konnte, so dass in der Zwischenzeit nur noch ein geringer Hilfebedarf erforderlich ist. Darüber hinaus ist für einen anderen Mitarbeiter durch eine hohe individuelle Leistungsbeurteilung verstärkt eine adäquate Versorgung bei den Projektteilnehmern möglich, da durch einen höheren Zeitumfang mit dem Klienten auch Bereiche bearbeitet werden können, die nicht die oberste Priorität haben, aber ebenfalls für den Klienten von wesentlicher Bedeutung sind.

Ein anderer befragter Mitarbeiter hat die positive Erfahrung gemacht, dass alle Beteiligten, also Leistungserbringer und Leistungsträger, sich durch die Ausdifferenzierung mehr mit dem Bedarf des einzelnen Klienten auseinandersetzen. Zusammenfassend bewertet ein Mitarbeiter seine Erfahrungen folgendermaßen: „Dass man durch die Flexibilisierung einfach ein Stück weit die Leute, eine Zielgruppe erreichen kann, die zuvor stationär in eine Einrichtung mussten, weil durch das klassische 1:10 der Hilfebedarf nicht gedeckt wird. Ich denke, es ist mit Vorteilen verbunden für die Klienten, für Kostenträger, frühzeitig aus stationärer Versorgung entlassen zu können. (...) Wenn man auch einfach sich mit Menschen beschäftigt, die in Wohnheimen sind, die die Hürde schaffen müssen, oder damit konfrontiert sind, von einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung dann in eine eigene Wohnung, oder WG, und ich habe nur noch ein, höchstens zwei Kontakte die Woche, das ist so eine große Hürde und die psychisch kranken Menschen haben grundsätzlich viel größere Probleme mit Veränderung, sich auf Veränderung einzustellen, wie psychisch gesunde Menschen. Und das wäre eine echte Chance, wenn das fortgeführt werden könnte, so diese Übergänge sanfter zu gestalten, die Ängste zu nehmen oder

umgekehrt, dass man dann einfach Menschen, die in der ambulanten Betreuung sind, einen erhöhten Hilfebedarf haben, das kann ja zeitlich begrenzt sein, einfach in dieser Phase intensiver begleiten kann“ (E13).

4.1.4 Wahrnehmung der Hilfeplangespräche

Expertenmeinungen aus Institution 1

Von allen drei befragten Mitarbeitern wird berichtet, dass der Zeitraum von neun Monaten zwischen den Hilfeplangesprächen bei chronisch psychisch kranken Klienten zu kurz ist; zumal nach etwa sieben Monaten in der Institution mit der Erstellung des IBRP begonnen werden muss, damit in neun Monaten das nächste Hilfeplangespräch erfolgen kann. Des Weiteren empfinden alle drei Befragten vor allem das zweite Hilfeplangespräch als „Zumutung“ (E10), insbesondere für die Projektteilnehmer. Zum einen, weil die Gespräche „defektorientiert“ (E10) sind und für den Hilfebedarf entscheidend ist, was der Klient nicht kann. Zum anderen führen unterschiedliche Einschätzungen darüber, welchen Hilfebedarf ein Klient benötigt, zu einer unangenehmen Situation für den Klienten, da „man es wirklich stark im Einzelnen aushandeln muss“ (E10) beziehungsweise es als „Gefeilsche“ (E6) erlebt wird.

Expertenmeinungen aus Institution 2

Wie die Hilfeplangespräche von den Mitarbeitern erlebt werden, wird durch folgende Äußerung deutlich: „Beim ersten Hilfeplangespräch (...) - es war eine einzige Katastrophe (...). Wenn über Menschenleben so verhandelt wird. Wenn der Kostenträger ganz unten ansetzt und die Einrichtung ganz oben, dann muss man handeln wie auf dem Bazar. Das finde ich nicht in Ordnung“ (E9). Nach Ansicht von zwei Mitarbeitern sind beide Seiten

[Leistungsträger und Leistungserbringer] aufgrund mangelnden gegenseitigen Vertrauens für diese Situation verantwortlich. Vor diesem Hintergrund wird darauf hingewiesen, dass von anderen Landkreisen mehr Vertrauen in die Arbeit der Institution vorhanden ist und mehr Wert auf die „fachliche Meinung der Einrichtung“ (E9) gelegt wird. Des Weiteren sind die Mitarbeiter der Ansicht, dass der individuelle Hilfebedarf der Klienten durch die Leistungsbemessung nicht richtig abgebildet wird; grundsätzlich halten sie das HMBW-Verfahren für ein nicht geeignetes Instrument für die Sozialpsychiatrie, da bestimmte Bereiche, wie „die zweitaufwendige Begleitung nach außen“ (E2), nicht berücksichtigt werden.

Expertenmeinungen aus Institution 3

Die Hilfeplangespräche werden im Rahmen des Projektes als schwierig erlebt, da „rumgefeilscht“ (E14) wird und die Erwartung vom Leistungsträger besteht, dass Verbesserungen beim Klienten erreicht wurden. „Also, das sind die unterschiedlichen Einschätzungen: (a.) Kostenträger, ökonomische Fragestellungen, und (b.) die erhöhten Einschätzungen von den Leistungserbringern, weil sie die Situation des Klienten erleben und die eigene Arbeit, Zeit und Aufwand für diese Hilfestellung sehen“ (E11). Laut den Mitarbeitern ist das Hilfeplangespräch für die Klienten mit Ängsten und Überforderung verbunden beziehungsweise die Klienten erleben es als „Prüfungssituation“ (E11) oder unangenehme Situation, da diese ihre Defizite darstellen und sich die „Hilfe erkämpfen“ (E11) müssen. In Bezug auf das HMBW-Verfahren ist ein Mitarbeiter der Ansicht, dass das Verfahren eine Verbesserung bezüglich der Bedarfsermittlung darstellt, da beim IBRP die Gefahr besteht, dass bestimmte Bereiche nicht ausreichend thematisiert oder vergessen werden, die Module nun aber Orientie-

rungsmöglichkeiten bieten. Zudem könne dadurch im Hilfeplangespräch besser auf die konkreten Bereiche eingegangen beziehungsweise diese benannt werden. Zugleich räumt er ein, dass ein Nachteil dieses Verfahrens die Defizitorientierung bildet und eine Operationalisierung von Begriffen, wie beispielsweise ‚individuelle Basisversorgung‘, zwingend erforderlich ist.

Expertenmeinungen aus Institution 4

Zwei befragte Mitarbeiter der Institution haben im Rahmen des Projektes zum Zeitpunkt des Interviews nur jeweils an einem Hilfeplangespräch teilgenommen. Einer dieser Mitarbeiter äußert sich in Bezug auf dieses Gespräch folgendermaßen: „Also, dass es in der Kooperation mit dem Landratsamt möglich war, über erhöhte Hilfebedarfe oder genauso auch andersrum, dass man da gut ins Gespräch gekommen ist oder zu einer Lösung gekommen ist. Dass dann die Befürchtung nicht eingetreten ist, dass jetzt alle dann mit niedrigerem Hilfebedarf eingestuft werden, sondern wir waren alle am Anfang überrascht, dass plötzlich alle mit erhöhtem Hilfebedarf [eingestuft wurden] (...)“ (E12). Der andere Mitarbeiter weist darauf hin: „Wie die dann weiter miteinander verhandeln, was dann die Kosten betrifft, das bekomme ich ja dann gar nicht mehr mit“ (E4). Der dritte Befragte schildert in Bezug auf die Hilfeplangespräche und die individuelle Leistungsbemessung, dass er die Gespräche nicht als schwierig, sondern vielmehr als positiv erlebt hat: „Man kam dann überein und das war stimmig. Der dargestellte Hilfebedarf von unserer Seite, also von Seiten des Klienten, oder auch von mir beschrieben, und letztlich dann auch das Ergebnis von Seiten des Kostenträgers, die das dann auch einfach nochmal bestätigt haben“ (E13).



4.1.5 Auflösung der Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung

Expertenmeinungen aus Institution 1

Die drei befragten Mitarbeiter zeigen auf, dass für zwei Projektteilnehmer ursprünglich von der Klinik ein stationärer Rahmen empfohlen wurde, durch das Projekt jedoch im ambulanten Bereich – zumindest bis zum zweiten Hilfeplangespräch – eine intensivere Betreuung als üblich möglich war, die zu positiven Entwicklungen bei den Personen führte. „Positiv ist (...), dass man mit einem höheren Betreuungsbedarf einsteigen kann und über den dann eine Stabilität erreichen kann, die man über diese Brücke nicht hinbekommen würde. (...) Wenn man diese Betreuungsbedarfe auch variieren kann, den Bedarf entsprechend variieren kann, da kommt das den Leuten schon zu Gute“ (E10).

Expertenmeinungen aus Institution 2

Als positiv wird bewertet, dass durch das Projekt für vier Personen die Möglichkeit geschaffen wurde, aus dem stationären Bereich in ein „normales Wohnumfeld“ (E2) auszuziehen und im ambulanten Bereich intensiver betreut zu werden. Diesbezüglich führt ein Befragter aus: „[D]as gehabte Angebot mit 1:10, das reicht den Menschen, die eben wirklich schwere psychische Erkrankungen haben, die relativ lange Zeit in der stationären Einrichtung gelebt haben, mit relativ viel Unterstützung [nicht aus], da braucht es einen Übergang. (...) Also mit dem Betreuungsschlüssel von 1:10 hätten wir das (...) nicht gewagt“ (E5). Für die Mitarbeiter wurde durch das Projekt eine Zwischenstufe zwischen ambulantem und stationärem Bereich geschaffen, die Grenzen jedoch nicht aufgelöst, da beide Bereiche für sie nach wie vor parallel bestehen.

Expertenmeinungen aus Institution 3

Die befragten Mitarbeiter dieser Instituti-

on sind ebenfalls der Ansicht, dass durch das Projekt die Grenzen nicht aufgelöst, sondern vielmehr nur „aufgeweicht“ (E3) wurden, da es nach wie vor Klienten gibt, die stationäres Wohnen benötigen. Ein Mitarbeiter schildert im Interview: „Das zeigt sich immer wieder, dass wir letztendlich mit 1:5 wirklich nicht selten stationäres Wohnen verhindern oder hinauszögern, über Jahre, indem jemand praktisch in dieser Einrichtung mit dem bestehenden Angebot zurechtkommt, aber wir haben auch immer wieder Verlegungen in Heime, in stationäre Einrichtungen“ (E3). Für diesen Mitarbeiter bestehen im Rahmen einer Betreuung von 1:5 mehr Möglichkeiten, die Klienten im ambulanten Bereich zu versorgen als bei einer Betreuung von 1:10. Durch das Projekt beziehungsweise eine intensivere Betreuung als 1:5 ergeben sich für ihn weitere Möglichkeiten, zugleich räumt er ein, dass nur sehr wenige Klienten im Rahmen des Projektes eine intensivere Betreuung als 1:5 genehmigt bekommen haben.

Expertenmeinungen aus Institution 4

Die Befragten schildern, dass im Rahmen des Projektes bei zwei Personen, für die ursprünglich stationäres Wohnen beantragt worden war, versucht wurde, mit einer hohen individuellen Leistungsbeurteilung eine ambulante Versorgung sicher zu stellen. Allerdings scheiterte man mit diesem Versuch, weil der Hilfebedarf der Klienten so hoch war, dass inzwischen doch eine stationäre Betreuung stattfindet. Auf die Frage nach der Auflösung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Betreuung antwortet ein Mitarbeiter: „Also ich denke, dass mit diesem Modellprojekt Klienten frühzeitiger aus einer stationären Versorgung in eine ambulante Betreuung kommen können (...). Und ich denke, dass man stationäre Versorgung entweder hinauszögern kann oder vermeiden kann durch die Flexibilisierung,

das glaube ich schon“ (E13). Insgesamt sind die befragten Mitarbeiter der Institution der Ansicht, dass durch das Projekt ein Zwischenschritt zwischen ambulantem und stationärem Bereich entstanden ist.

4.1.6 Gemeindenahe Vernetzung

Expertenmeinungen aus Institution 1

Durch das Projekt beziehungsweise den Begleitkreis besteht laut einem Mitarbeiter mehr Austausch zwischen den beteiligten Institutionen. Auch findet durch die Aktivitäten im Freizeitbereich eine stärkere Vernetzung der Klienten mit Institutionen im Sozialraum statt. Ein Problem stellt die Einbindung freiwillig Engagierter dar. Diesbezüglich äußert ein Mitarbeiter: „Ehrenamtliche Mitarbeiter oder auch Angehörige überhaupt sind ganz, ganz schwierig zu akquirieren oder einzubinden, das ist ganz schwer! Wir haben schon viele Anläufe gemacht, auch im GPV, Betroffene, Psychiatrieerfahrene oder Angehörige einzubinden“ (E10). Des Weiteren vertritt ein Mitarbeiter die Ansicht, dass manche Klienten nur durch Netzwerkpartner im ambulanten Bereich betreut werden können, hier aber unabhängig von dem Projekt bereits Netzwerke vorhanden waren.

Expertenmeinungen aus Institution 2

Ein Mitarbeiter schildert, dass die vier Personen von einem privaten Wohnungseigentümer eine infrastrukturell gut gelegene Wohnung angeboten bekommen haben, die in der Nähe der Institution ist. Diese Nähe ist für die vier Personen im Hinblick auf die bestehenden sozialen Kontakte in der Institution von erheblicher Bedeutung. Weitere Kontakte im unmittelbaren Wohnumfeld bestehen bisher nur zu einem Hausbewohner. Positiv wird bewertet, dass ein WG-Bewohner seit kurzer Zeit mit einem Bewohner der Institution in einen Sportverein der Gemeinde

geht. Verschiedene konstruktive Netzwerke bestanden bereits vor dem Projekt.

Expertenmeinungen aus Institution 3

Auf die Frage, inwiefern das Projekt zu einer gemeindenahe Vernetzung beigetragen hat, antwortet ein Mitarbeiter: „Die gemeindenahe Vernetzung, die hatten wir schon vor dem Modell (...), also wir haben seit Jahren eine gute Vernetzung (...). Wir haben Ehrenamtliche, die bei uns aber über Jahre hinweg schon arbeiten“ (E3). Es wird zwar versucht, die gemeindenahe Vernetzung weiter auszubauen, dies ist aber unabhängig von dem Projekt. Diese Aussage spiegelt auch die Position der anderen zwei Mitarbeiter wider.

Expertenmeinungen aus Institution 4

In Bezug auf eine gemeindenahe Vernetzung wird geschildert, dass Ehrenamtliche, darunter auch eine Verhaltenstherapeutin, sowie ein Praktikant und FSJler in der Einrichtung tätig sind. Sie werden insbesondere in der Tagesstätte, beim Mobilitätstraining oder für Fahrdienste eingesetzt. Ebenso bestehen Kooperationen mit verschiedenen Institutionen. Im Rahmen des Projekts wurde auf die Netzwerkarbeit nochmals ein besonderes Augenmerk gelegt; bis zum Zeitpunkt des Interviews hatten sich jedoch keine Veränderungen ergeben. Das Projekt ist für einen Mitarbeiter auch dadurch gemeindenahe, dass es für Klienten die Möglichkeit bietet, in der Region wohnen zu bleiben.

4.1.7 Verbesserungsmöglichkeiten bei der Umsetzung des Projektes

Expertenmeinungen aus Institution 1

Alle drei Befragten würden es befürworten, wenn mindestens ein Zeitraum von zwölf Monaten zwischen den Hilfeplangesprächen läge. „Und ein gelungenes Hilfeplangespräch würde bedeuten, dass man der Einschätzung derjenigen, die die



Leute betreuen, mehr Gewichtung gibt. (...) Nicht ihm [dem Leistungserbringer] unterstellen, dass er da einen großen Hilfebedarf rausschlagen“ (E10) möchte, vor allem vor dem Hintergrund, dass es bei einigen Klienten Teil der Erkrankung ist, keine adäquate Selbsteinschätzung vornehmen zu können. Des Weiteren sprechen sich die Interviewpartner dafür aus, die Hilfebedarfsfeststellung zu vereinfachen, indem verschiedene Pauschalen eingeführt werden. Als Gründe dafür werden insbesondere genannt: „Da habe ich nicht so das Gefühl, ich muss so arg kämpfen“ (E8) oder dadurch mehr „Planungssicherheit“ zu haben (E6). Für zwei Mitarbeiter wäre es eine Verbesserung des Verfahrens, wenn es „klarere Entscheidungskriterien für die Feststellung des Hilfebedarfs gibt“ (E10) beziehungsweise Begriffe, wie ‚zielgerichtete Förderung‘, operationalisiert sind. Auch wird befürwortet, dass eine „neutrale Stelle“ (E6) und nicht die Eingliederungshilfe die Bestimmung des Hilfebedarfs vornimmt. Ein anderer Befragter schlägt vor: „Die [Klienten] sind in einer fremden Umgebung, fremde Menschen sind da, die sie Sachen fragen, die sie manchmal nicht verstehen. Also, ich würde als allererstes (...) die Hilfeplangespräche in den Wohnungen der Leute machen, um die es geht. Dann sind die in einem vertrauten Rahmen, sind zu Hause. Der Kostenträger kann sehen, in was für einem Rahmen leben diese Menschen eigentlich“ (E8). Alle drei Befragten sind sich darin einig, „bei diesem Aushandeln muss der Klient ja nicht wirklich mit dabei sein. Und das ist einfach auch kränkend und verletzend [für ihn]“ (E6).

Expertenmeinungen aus Institution 2

Ein Mitarbeiter wünscht sich vom Leistungsträger, dass dieser flexibel agiert, indem bei Bedarf für einen bestimmten Zeitraum mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden und dass dies

kurzfristig und telefonisch regelbar ist. In diesem Kontext wird auch thematisiert, dass dafür mehr gegenseitiges Vertrauen notwendig sei und beide Seiten, Leistungsträger und Leistungserbringer, daran arbeiten müssen. Auch wird der Wunsch geäußert, dass bei jedem Hilfeplangespräch eine Kommunikation über die individuelle Leistungsbemessung stattfinden und der Leistungsträger diese nicht alleine vornehmen sollte. Ebenso sollten die Klienten nicht bei der ‚Verhandlung ums Geld‘ dabei sein. Zudem sei es nicht transparent, wie die Leistungsbemessung des MPD vom Leistungsträger übertragen wird. Des Weiteren würde ein Befragter die Hilfeplangespräche flexibel nach Bedarf handhaben und nicht nach neun Monaten terminieren, jedoch einen maximalen Zeitraum von einem Jahr festlegen. Ein Zeitintervall von zwölf Monaten wird auch von einem weiteren Befragten befürwortet. Ein anderer Mitarbeiter weist auf die Bedeutung der Bereitstellung eines „Notbetts“ (E5) für Klienten hin, die in einer Krise kommen und bei denen dadurch gegebenenfalls die Einweisung in eine Klinik verhindert werden kann; dieses Notbett müsste vom Leistungsträger finanziert werden. Auch sei im Hinblick auf Gemeindenähe mehr politische Arbeit auf kommunaler Ebene erforderlich. Grundsätzlich wird eine Ausdifferenzierung von Hilfebedarfen befürwortet, jedoch nicht in Form des momentan praktizierten Verfahrens. Vorgeschlagen wird, ausgehend vom IBRP, einen für die Klienten erforderlichen Zeitfaktor zu berechnen oder das HMBW-Verfahren so zu überarbeiten, dass es auch für die Sozialpsychiatrie geeignet ist.

Expertenmeinungen aus Institution 3

Alle drei befragten Mitarbeiter befürworten ein Zeitintervall von zwölf Monaten zwischen den Hilfeplangesprächen. Für zwei Mitarbeiter wäre auch vorstellbar

zu vereinbaren, dass sich der Leistungserbringer bei Veränderung meldet, was aber voraussetzt, dass der Leistungsträger diesem das entsprechende Vertrauen entgegen bringt. Ein Befragter sieht als Alternative zu den Hilfeplangesprächen auch das Anfertigen von Sozialberichten, wie es früher beim Landeswohlfahrtsverband praktiziert wurde. Zwei Mitarbeiter sprechen sich *gegen* eine Ausdifferenzierung und *für* verschiedene beziehungsweise zwei Pauschalen aus. So macht einer die Aussage: „Ich wage einfach zu behaupten, wenn dann Menschen mit 1:5 nicht klarkommen, dann sind es Ausnahmen, und dann müsste man wirklich auch verhandeln. Aber das ist immer wieder auch eben fraglich, was zahlt man für 1:10, oder was zahlt man für 1:5, da ist ja auch Spielraum“ (E14). Der dritte Mitarbeiter zieht die Ausdifferenzierung verschiedenen Pauschalen vor, da für ihn dadurch die Möglichkeit besteht, „dass es erst mal nachvollziehbarer wird, wie die Bewertung zustande kommt“ (E3). Verbesserungsmöglichkeiten werden auch dahingehend gesehen, dass bei einer Flexibilisierung darauf geachtet werden sollte, dass der bürokratische Aufwand reduziert wird. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, auf das Einfordern der monatlichen Pauschale von knapp 30 Euro bei den Eltern der Klienten des ‚Ambulant Betreuten Wohnens‘ zu verzichten, da häufig „traumatische Erlebnisse mit dem Elternhaus“ (E14) bestehen und dieses Kontaktieren der Eltern eine sehr unangenehme Situation für die Klienten darstellt. Als Entwicklungspotential hinsichtlich der Umsetzung des Projektes wird zum einen noch das Vorhalten eines Wohnraums für Klienten, die viel Betreuung und Unterstützung benötigen, gesehen, so dass bei Bedarf nicht erst eine Wohnung in der Nähe gesucht werden muss. Zum anderen wird eine gemeinsame Fortbildung von Betreuungspersonen und Fallmanagern vor-

geschlagen, in der eine Fallbesprechung stattfindet.

Expertenmeinungen aus Institution 4

Ein Zeitraum von neun Monaten zwischen den Hilfeplangesprächen wird von zwei Mitarbeitern als angemessen erlebt. Im Hinblick auf den Verwaltungsaufwand wirft ein Mitarbeiter die Frage auf, inwiefern jedes Mal ein kompletter IBRP erforderlich ist. Ein anderer hält den IBRP grundsätzlich für ein *nicht* geeignetes Instrument für die Hilfeplanung, da der IBRP seiner Ansicht nach für die Klienten eine Überforderung darstellt. Für zwei Mitarbeiter wären verschiedene Pauschalen als Alternative zur Ausdifferenzierung im Projekt denkbar, da für sie in erster Linie wichtig ist, dass Zwischenschritte zwischen ambulantem und stationärem Bereich existieren. Ein anderer Mitarbeiter spricht sich hingegen für eine Ausdifferenzierung des Hilfebedarfs aus: „Also ich könnte mir das gut vorstellen, weil 1:5 oder 1:14 finde ich auch wieder eine Festlegung, also ich find, wenn’s um eine personenorientierte oder bedarfsorientierte Versorgung geht, dann muss es einfach sein“ (E4). Als ein weiterer flexibler Baustein wäre für ihn denkbar, kleine stationäre Einheiten in der Region zu schaffen, so dass für den Klienten, für den solch eine Wohnform notwendig ist, die Bezugsperson in der Institution erhalten werden kann. Des Weiteren wird im Hinblick auf eine Fortführung des Projekts vorgeschlagen, dass zwischen den Trägern ein Austausch darüber stattfinden sollte, wie die individuelle Leistungsbeurteilung in ein Zeitbudget umsetzbar ist und wie mit unterschiedlichen Einschätzungen bezüglich der individuellen Leistungsbeurteilung umzugehen ist.

Zum Abschluss der Gespräche wurden die Interviewpartner um ihre persönliche Meinung hinsichtlich einer Erfolgs-



beurteilung des Projekts, Gemeindeflexibles, betreutes Wohnen mit ausdifferenzierter Hilfestellung' geboten. Diese unterschiedlichen Antworten geben wichtige Hinweise auf das Entwicklungspotenzial des Modellprojektes.

Das Projekt ist für mich ein Erfolg, wenn ...

„die Betreuung nach dem Projekt für die Betroffenen weitergeht“ (E2); „die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung realisiert werden“ (E3); „der Übergang vom Stationären ins Ambulante (...) für die Menschen so möglich wird, dass sie ihre eigenen Ziele, die sie sich da für die Zukunft wünschen, auch wirklich erreichen können“ (E5); „die Hilfeplangespräche nicht mehr vom Kostenträger durchgeführt werden“ (E6); „da rauskommt, dass sich an den Hilfeplangesprächen was verändert muss“ (E8); „die Klienten immer mehr zur Selbstständigkeit kommen“ (E9); „es weitergeführt wird in vereinfachter Form“ (E10); „alle Klienten besser davon profitieren und eine bessere Lebenssituation sich erschaffen können, dann ist das Projekt für mich ein Erfolg“ (E11); „daraus eine fallpauschalierte Geschichte entsteht“ (E14).

4.2 Qualitative Interviews mit Fallmanagern

Mit drei Fallmanagern des Leistungsträgers wurden persönliche qualitative, leitfadengestützte Interviews im Landratsamt Esslingen geführt. Die einzelnen Fragenkomplexe orientieren sich – wie bei den Interviews mit den Vertretern der vier beteiligten Institutionen – an den Zielsetzungen der Modellerprobung und waren den Fallmanagern vorab nicht bekannt. Die Befragung der Fallmanager erfolgte ebenfalls als ‚Einzelinterview‘, das jeweils etwa 50 Minuten dauerte.

Die unten aufgeführten Themenbereiche sind nicht disjunkt, sondern weisen vielmehr miteinander einhergehende Überschneidungen auf. Die Darstellung der Ergebnisse basiert auf einer strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse entlang der vorab bestimmten Kategorien.

4.2.1 Was ist das Besondere am Projekt ‚Gemeindeflexibles, betreutes Wohnen‘?

In Bezug auf die Frage, was ihrer Ansicht nach das Besondere am Projekt ist, wird von den drei Fallmanagern die individuelle Leistungsbemessung beziehungsweise die „starke Ausdifferenzierung der Hilfen“ (E15) thematisiert. So äußert ein Fallmanager: „Für mich als Fallmanager war es ein sehr großes Lernfeld, ja man musste sich viel tiefergehend mit einzelnen Lebensbereichen auseinandersetzen und den Problemstellungen und ihrer Bewältigung. Sowohl für eine Betreuungsperson als auch für den betroffenen Menschen (...). Sprich, man musste sich für jeden sehr kleinteilig überlegen, ist keine oder nur sehr wenig Unterstützung erforderlich, ist es eher so im Sinne von Motivation, sind es begleitende Hilfen, die erforderlich sind in diesem Bereich, also, dass man direkt mitgehen muss mit dieser Motivation. Ist es sogar eine Förderung im Sinne von Begleitung und gleichzeitig Übung eine gewisse Regelmäßigkeit hinzukriegen oder eine inhaltliche Auseinandersetzung zu führen, etwas zu erlernen. (...) Es war ein teils mühseliger Weg, aufwendiger Weg auch, insgesamt war es aber auch ein sehr interessanter Lernprozess“ (E16).

Von dem anderen Fallmanager wird bezüglich der individuellen Leistungsbemessung darauf aufmerksam gemacht, dass aus zwei Gründen Bedarf und Leistungserbringung nicht gleichzusetzen

sind: „Das HMBW-Verfahren beschäftigt sich (...) mit dem abstrakten Bedarf. Und hier geht man ein Stück weiter und spricht nicht nur von dem Bedarf, sondern von den Hilfen, die aufgrund des Bedarfs erbracht werden, weil das nicht immer gleich ist. Manchmal gibt es vorrangige Leistungen (...), mit denen ein Teil des Bedarfs abgedeckt wird. Zum Beispiel bei psychischen Hilfen könnte es sein, dass die Person Anspruch auf eine Soziotherapie hat. (...) Natürlich gibt es keine saubere Trennung, weil die weichen Aufgaben, die greifen ja ineinander über, da kann man nicht sagen, Sie haben Soziotherapie, da hört sie auf und dort fängt die Eingliederungshilfe an. Aber wenn man es insgesamt bewertet, kann man sagen, dass ein Teil schon abgedeckt ist (...) Ein anderes Beispiel wäre, dass eine Person zum Beispiel im Bereich der alltagspraktischen Lebensführung und im Bereich soziale Kontakte und im Bereich Freizeitgestaltung ein Bedarf an zielgerichteter Förderung hat. Aber bei der Umsetzung von den Hilfen kann man sagen, das würde die Person überfordern, wenn sie in drei Lebensbereichen auf einmal zielgerichtet gefördert wird“ (E14). Daher würde zunächst beispielsweise eine Förderung in zwei Bereichen stattfinden und „wenn hier der Bedarf schon ein bisschen abgedeckt ist, fangen wir erst mit der dritten Baustelle an. So dass die [Person] zwar einen Bedarf in dem Bereich Freizeitgestaltung in Form von zielgerichteter Förderung hat, aber in der Bewertung wird sie nicht den höchsten Leistungsumfang bekommen, weil in der Umsetzung andere Prioritäten gesetzt werden. Das ist das Besondere“ (F1).

Es wird jedoch im Interview auch eingeräumt: „Zwischenformen zwischen ambulant und stationär sind für mich mit dem Modellprojekt nicht neu, weil wir früher schon immer individuelle Lösungen ge-

sucht haben. Da haben wir irgendwelche Zuschläge im Einzelfall vereinbart oder noch Zuschläge zu den Zuschlägen oder wir haben geschaut, was man da zur Verfügung stellen kann nach den Regelungen, die wir sowieso haben. Also wir waren schon auch davor flexibel, wenn man im Einzelfall eine flexible Lösung gebraucht hat“ (E14).

4.2.2 Umsetzung des ‚Gemeindenahen flexibel, betreuten Wohnens‘

In Bezug auf die Umsetzung des Projektes wird von den Fallmanagern geschildert, dass die flexible Umsetzung von Seiten des Leistungsträgers durch die individuelle passgenaue Leistungsbemessung in den Hilfeplangesprächen erfolgt. Die Hilfeplangespräche im Rahmen der Modellerprobung werden von einem Fallmanager im Vergleich zu den ‚klassischen‘ Hilfeplangesprächen nicht mehr als „Diskussion bis zu einer gewissen Schwelle“ (E16) erlebt, durch die festgelegt ist, ob ein Anspruch besteht, sondern als Auseinandersetzung darüber, ob es sich beispielsweise um eine Motivation oder Förderung handelt. Ein anderer befragter Fallmanager betont in Bezug auf die Hilfeplangespräche, dass die individuelle Leistungsbemessung nicht in Anwesenheit des Klienten vorgenommen wurde, da man einige Klienten damit überfordert hätte.

Hinsichtlich der Umsetzung durch die Leistungserbringer wurde zum einen gefragt, wie sie sich eine gelungene Umsetzung der Modellerprobung vorstellen und zum anderen wie die Umsetzung in der Praxis erfolgt.

Eine gelungene Umsetzung des Projektes wird von einem Fallmanager folgendermaßen beschrieben: „Ich denke, wenn mit den Mitteln, die die Eingliederungshilfe



zur Verfügung gestellt hat, eine Stabilisierung bei dieser Person eintritt. Vielleicht weniger Klinikaufenthalte notwendig wären. Jemand auch im ambulanten Setting weiterhin wohnen kann und längerfristig vielleicht dann auch mit weniger Hilfen zurecht kommen kann. (...) [Es] wäre auch ein Erfolg, wenn jemand sogar irgendwann mal hilfefrei wird“ (E15).

Wie die Umsetzung in der Praxis stattfindet, kann von den Fallmanagern nur vermutet werden. Einer geht von einer intensiveren Betreuung und gezielteren Schwerpunktsetzungen aus: „Dass man da vielleicht mehr Wochenzeit dafür verwendet, sich genauer den Haushalt anzugucken und jemanden dahingehend gezielter zu fördern. Das man punktuell auch Schwerpunkte setzt, für ein paar Wochen, für ein paar Monate. Das man sagt, jetzt schauen wir uns das Thema Freizeiten mal genauer an – je nach dem was wir besprochen haben – wenn es so eine zielgerichtete Förderung ist“ (E15). Von einem anderen Befragten wird vermutet, dass die Leistungserbringer die Möglichkeit eines ‚Hilfemixes‘ nicht ausreichend im Blick haben: „Also, das ist zum Beispiel mein Eindruck, dass da manches nicht richtig verortet wird, dass man da immer den Zeitaufwand sieht und nicht so sehr auch eine Differenzierung, wie kann ich zum Beispiel auch mal eine Begleitung – da kann ich auch mal eine Nicht-Fachkraft einsetzen, über solche Dinge macht man sich vielleicht – vielleicht – das weiß ich ja nicht – zu wenig Gedanken. Dann habe ich auch manchmal den Eindruck gehabt, dass die Flexibilität nicht so gegeben war, wie man sich das vielleicht erwartet hat, dass eine relativ enge Überprüfung mit Schwerpunkten in verschiedenen Lebensbereichen mit verschiedenen starken (...) Intensität an Betreuung [umgesetzt wurde]“ (E16).

Die Umsetzung wird von einem Fallmanager folgendermaßen erlebt: Dann hatte ich einen Fall (...), dass man mich angerufen hat und gesagt hat, wir brauchen nicht mehr so viel, weil man hat in den ersten drei oder vier Monaten erfolgreich gearbeitet (...). Dass nach den neun Monaten, also nach der vereinbarten Zeit, dass sich der Betrag verringert, ist für mich eigentlich selbstverständlich, weil Hilfebedarf minus Hilfe ergibt weniger Hilfebedarf, wenn nichts dazwischen gekommen ist. Es kann sein, dass was dazwischen gekommen ist und der Bedarf jetzt noch höher ist, das ist ja kein Problem, wenn es plausibel ist, dann ist es möglich, aber wenn alles so verlaufen ist, wie man es am Anfang geplant hat, dann müsste der Bedarf dann logischerweise geringer sein und damit auch die Finanzen. Und so bemühe ich mich eigentlich in dem zweiten Gespräch – aber es gibt so eine kleine Tendenz doch um das Geld zu kämpfen auf den Seiten der Einrichtungen, aber eine Logik sehe ich da keine dahinter, die wollen eben einfach mehr Geld haben. (...) Ich glaube jetzt nicht dran, dass es so möglich ist, als ein Standardfall, dass die Einrichtungen sich melden und sagen, wir brauchen das Geld nicht. Sondern das ist eben unsere Aufgabe die passgenaue Hilfe zu ermitteln und zu verhandeln mit den Einrichtungen“ (E14).

4.2.3 Grenzen des ‚Gemeindenahen flexibel, betreuten Wohnens‘

Die Grenzen des ‚Gemeindenahen flexibel betreuten Wohnens‘ sind im Rahmen des Projektes nach Ansicht der Fallmanager erreicht, wenn trotz ausreichend medizinischer Behandlung eine gravierende „Antriebsminderung“ (E14) besteht, der Klient wenig absprachefähig ist sowie „Selbstverletzungstendenzen“ (E14) oder eine „geringe Medikamentencompliance“

(E15) vorliegen. Zudem sollte der Klient die Fähigkeit haben, in Krisensituationen auf die Mitarbeiter zuzugehen, ohne dass ein Impuls von außen erforderlich ist, „denn selbst wenn jemand enger im Ambulant Betreuten Wohnen betreut wird, hat er doch immer auch Zeiten, wo kein Mitarbeiter jetzt da ist und wenn dann Probleme auftauchen, denke ich, ist es schon auch sinnvoll, wenn jemand dann von sich aus auch den Hörer in die Hand nehmen kann und dort anrufen kann und sagen kann, ‚ich bräuchte jetzt mal Unterstützung, es wär schön, wenn einer noch heute vorbei kommt‘“ (E15). Der dritte Fallmanager thematisiert ein Großteil dieser und darüber hinaus gehende Kriterien: „Wenn eine psychische Erkrankung vielleicht zu einer Realitätsverschiebung führt, so dass eine erhöhte Ankopplung (...) an eine Bezugsperson notwendig ist, ja dass diese täglichen Besuche oder Kontakte nicht ausreichend sind oder wo man sich dennoch Gedanken oder Sorgen machen muss, dass jemand, weil er die Realität verkennt, zu irgendwelchen Handlungen übergeht, die man nicht mehr im Griff hat (...). Oder wenn eine Tagesstruktur(...), die eine gewisse Betreuung bieten kann, nicht verfügbar [ist] (...) und gleichzeitig so eine erhöhte psychische Problematik [besteht]. Wenn vielleicht die Eigenversorgung – dass sich jemand darum kümmert überhaupt aufzusteigen, eine gewisse Eigenmächtigkeit muss noch da sein, also ein Antrieb muss gegeben sein, dass nicht jemand ständig auf den Impuls von außen angewiesen ist“ (E16). Darüber hinaus wird von einem Fallmanager betont, dass die Grenzen nicht an der psychischen Erkrankung fest zu machen sind und es immer Personen gibt, die den stationären Rahmen, mit ständig anwesenden Betreuungspersonen und einer Nachtbereitschaft, benötigen.

4.2.4 Erfahrungen mit der Ausdifferenzierung von Hilfebedarfen

Neben den positiven Erfahrungen, dass durch das Modellprojekt Menschen aus dem stationären Bereich ambulant betreut werden können, wird als Vorteil des Projektes gesehen, dass im Gegensatz zum ‚Ambulant Betreuten Wohnen‘ durch die individuelle Bedarfsbemessung auch Bereichen nachgegangen werden kann, die nicht oberste Priorität haben. „Wenn ich eine Pauschale hab, muss ich schon ein bisschen sortieren (...) als Träger. Da muss ich vielleicht auch mal sagen, das Thema Küche, das hat er schon seit 20 Jahren (...) Also, da muss man vielleicht mit der ein oder anderen Schwierigkeit auch einfach leben lernen und sich dementsprechend auf ein paar andere wichtigere Sachen konzentrieren. Und bei dem flexiblen Wohnen hätte ich dann schon mehr Möglichkeiten, da auch das eine oder andere anzugehen“ (E15). Des Weiteren wird als positive Erfahrung geschildert: „Im Rahmen vom Fallmanagement war das zunächst mal eine gute Tendenz, die Betreuungsleistung an die jeweilige Person anzupassen, weil es davor für mich jetzt wenig effektiv war, immer die Diskussion oder den Streit zu führen, ist es nun stationär oder ist es ambulant. Da hat man sehr viel Kraft verschwendet für diese Diskussion, also diesen Kampf, stationär oder ambulant. Und so konnten wir die Mittel genau an den Bedarf anpassen. Theoretisch gedacht zunächst“ (E14).

Im Hinblick auf Erfahrungen mit der ‚Verpreislichung‘ von ausdifferenzierten Hilfebedarfen, haben alle drei Fallmanager den Eindruck, dass es im Vergleich zum ‚Ambulant Betreuten Wohnen‘ teurer geworden ist. Jedoch hätten vereinzelt auch Ausgaben eingespart werden können, da



für einzelne Klienten durch das Projekt eine stationäre Betreuung nicht (mehr) erforderlich war.

Für alle drei Fallmanager ist die Ausdifferenzierung von Hilfebedarfen auch mit Nachteilen verbunden: „Weil meiner Ansicht nach, haben wir da sehr viele Stellschrauben, so eine Hilfe auch anzupassen, aber das birgt natürlich auch viele Möglichkeiten anderer Meinung zu sein, sag ich jetzt mal, mit den Leistungserbringern. Und dadurch, dass es so ausdifferenziert ist, hat man natürlich auch viele Möglichkeiten auch da zu diskutieren, ob es denn jetzt unbedingt zielgerichtete Förderung ist oder vielleicht eher nur eine Begleitung, und dass immer so punktgenau festzulegen ist ein Stückweit auch eine Schwierigkeit bei dieser ganzen Geschichte.“ (E15). Ähnlich äußert sich ein anderer befragter Fallmanager, der das Modell als guten Anstoß für Lernerfahrungen betrachtet, jedoch eine Umsetzung über die Modellerprobung hinaus nicht befürwortet: „Weil ich glaube, dass diese sehr starke Differenzierung wieder zu viel Konfliktstoff bietet und eben Aufwand dadurch, der gar nicht unbedingt zu anderen Ergebnissen führt, als wenn man sich ein anderes Vergütungsmodell vorstellen würde – von mir aus Hilfebedarfsgruppe 3 oder wie auch immer. (...) So ähnlich wie man früher gesagt hat, okay, das ist ein Bedarf, also 1:10, könnte man ja auch sagen, okay, ein Bedarf 1:5, 1:8, 1:10 oder 11 oder sowas. Das wäre wieder so ein Mittelding zwischen dieser ganzen Differenzierung und dieser vorherigen [Finanzierung]“ (E16).

Als Grund für Konflikte wird gesehen, dass „kein Konsens besteht – man startet wahrscheinlich von verschiedenen Blickwinkeln, man hat den selben Begriff auf den Lippen und meint aber Verschiedenes (...) man bleibt oftmals im Dissens mit den

Erbringern und kommt nicht weiter und von daher muss man irgendwann mal sagen, dann machen wir es halt so“ (E16).

4.2.5 Auflösung der Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung

Die Fallmanager sind der Ansicht, dass das Modellprojekt die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung etwas aufgelöst beziehungsweise sich dadurch etwas im Bewusstsein verändert hat. So wird in einem Interview geschildert: „Manchmal ist ein Ambulant Betreutes Wohnen zu wenig für jemanden. Und so hat man dadurch die Möglichkeit doch eine ambulante Form zu wählen oder manchmal ist der Bedarf auch zu wenig für Ambulant Betreutes Wohnen und dann müsste man ablehnen“ (E14). Es wird eingeräumt: „aber es hat jetzt nicht die gesamte Vorgehensweise im Rahmen der Hilfeplanung verändert, weil die Diskussion, ob stationär oder ambulant, gibt es nach wie vor, aber es hat es etwas abgeschwächt“ (E14). In Bezug auf die ‚Auflösung‘ der Grenzen schildert ein Fallmanager, dass die beteiligten Träger zum Teil „härtere Fälle“ (E15) bekommen haben. Ein anderer thematisiert diesbezüglich, dass es durch das Modellprojekt für vier Klienten erst möglich wurde, von der stationären zur ambulanten Betreuung zu wechseln.

4.2.6 Gemeindenahe Vernetzung

In Bezug auf das Ziel, eine gemeindenahe Vernetzung durch die Modellerprobung zu erreichen, räumen die Fallmanager ein, dass diesbezüglich die Leistungserbringer die geeigneteren Ansprechpartner sind, alle drei vermuten jedoch, dass durch das Projekt keine Veränderung oder höchstens Veränderungen im Bewusstsein entstanden sind. Grund für die Annahme ist zum einen die Überlegung,

dass sich Strukturen nur langsam verändern können, da das „ganze Netzwerk (...) ein zäher Prozess [ist]“ (E16). Zum anderen weisen zwei Fallmanager darauf hin, dass eine gemeindenahere Vernetzung bereits vor dem Projekt vorhanden war.

4.2.7 Verbesserungsmöglichkeiten bei der Umsetzung des Projektes

Im Hinblick auf die individuelle Leistungsbemessung in den Hilfeplangesprächen wird es von zwei Fallmanager aufgrund der Erfahrung, dass unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der Begriffe ‚zielgerichtete Förderung‘ und so weiter bestehen, befürwortet, die Begriffe der ‚Intensität der Leistungsbemessung‘ zu definieren. Des Weiteren wird von einem Befragten im Hinblick auf das Ziel ‚Flexibilisierung‘ die Vereinbarung eines Überprüfungszeitraums von neun Monaten als eine Schwäche des Projektes bezeichnet. In Bezug auf die individuelle Leistungsbemessung wird geäußert: „Wenn man die sieben Lebensbereiche hat und die vier verschiedenen Betreuungsintensitäten, dann lande ich immer bei einem Wert und dieser Wert ist jetzt nicht so nachvollziehbar, dass es bestimmte Lebenssituationen abbildet. Das ist relativ abstrakt. (...) Ich weiß nicht, ob das so notwendig ist, so eine genaue Punktzahl. Man kann es vielleicht auf der einen Seite etwas allgemeiner, aber auf der anderen Seite inhaltlich fundierter beschreiben“ (E14).

Das Projekt ist für mich ein Erfolg, wenn ...

„sich dadurch die Bereitschaft auf der Seite der Leistungserbringer verbessert, passgenaue und ergebnisorientierte Hilfe zu leisten“ (E14); „möglichst viele Menschen, die in diesem Projekt sind, weiter-

hin ambulant wohnen können“ (E15); „es planmäßig ausläuft“ (E16).

5 Gesamtbewertung

Im Rahmen dieser abschließenden Gesamtbewertung soll zunächst noch einmal die Zielsetzung des Modellprojekts ‚Gemeindenaheres flexibles, betreutes Wohnen mit ausdifferenzierter Hilfestellung‘ vor Augen geführt werden. In Baustein 2.4 der ersten Runde der ‚Erprobungsprojekte zur Eingliederungshilfe des KVJS‘ waren Ansatzpunkte für die Erprobung Erfahrungen mit

- der Ausdifferenzierung von Hilfebedarfen,
- der Verpreislichung von Hilfebedarfen,
- der Umsetzung passgenauer Hilfen für Menschen mit wesentlich seelischer Behinderung nach § 53 SGB XII mit einem Unterstützungsbedarf im Bereich Wohnen,
- der Anpassung der Verfahren auf ICF-Basis,
- der Gestaltung eines Hilfemixes und Möglichkeiten einer gemeindenaheren Vernetzung.

Die Ergebnisse der begleitenden Projektevaluation werden nachfolgend thesenartig in Bezug auf den Personenkreis und dessen Hilfebedarf, das Verfahren der Bedarfsermittlung sowie hinsichtlich der ökonomischen Betrachtung zusammengestellt⁸.

5.1 Der Personenkreis und dessen Hilfebedarf

Deutlich wurde, dass der im Modellprojekt versorgte Personenkreis einen zum Teil erheblichen Hilfe- und Unterstüt-

⁸ Seitens des Leistungsträgers war die wichtigste Frage, wie sich das Modell auswirkt, bzw. präziser: „Wie wirkt sich sozusagen durch diese Flexibilisierung, durch diese genaue Hilfebedarfsbestimmung und durch das Modulverfahren, wie wirkt sich die Möglichkeit der Teilhabe aus?“ (E1).



zungsbedarf im Bereich Wohnen aufweist. Dies leitet sich ab aus der Eingruppierung im Hilfeplanverfahren ebenso wie aus einer Betrachtung der Schnittstellen (Wohnform bzw. Aufenthalt vor Aufnahme in das Projekt) und einer Analyse der Tätigkeiten der Leistungserbringer mit und für die versorgten Klienten. Somit haben durch das Projekt Klienten profitiert, die ohne diese Form des ‚Gemeindenahen flexiblen, betreuten Wohnens mit ausdifferenzierter Hilfestellung‘ mit hoher Wahrscheinlichkeit von vorne herein in einer stationären Einrichtung hätten versorgt werden müssen.

Bezogen auf den Einzelfall führte die sehr individuell angelegte Ermittlung des Hilfebedarfs, die Modularisierung der Hilfen, das aufwändige Hilfebedarfsverfahren und die erhöhte Betreuungszeit pro Klient im Rahmen der Modellerprobung zu einer höheren Versorgungsqualität. Schließlich konnten zwei Drittel der Projektklienten im ‚Gemeindenahen flexiblen, betreuten Wohnen‘ stabilisiert werden. Für diesen Personenkreis ist inzwischen mehr Teilhabe an der Gemeinschaft möglich, wengleich die Klienten und deren Bezugspersonen betonen, wie wichtig das Wissen um ein ‚Auffangnetz‘ im Hintergrund und die persönliche Beziehung zwischen Klient und Bezugsperson ist. Krankheitsverläufe und dementsprechend auch Hilfestellungen sind nur bis zu einem gewissen Grad planbar, Krisen oder akut auftretende Problemstellungen erfordern von den Mitarbeitern der Leistungserbringer in der Praxis ein hohes Maß an Flexibilität und teilweise kreatives Krisenmanagement.

Das Modellprojekt zeigte außerdem, dass auf stationäre Versorgungsangebote nicht verzichtet werden kann. Die meisten Dropouts kamen zustande, weil die Klienten mit einer ambulanten Wohnform letztlich nicht zurechtkamen und ins stationäre

Wohnen umziehen mussten. Trotz ausgefeilter Bedarfsermittlung und hoch flexibler Leistungserbringung wird es Menschen mit einer psychischen Erkrankung geben, für die ein stationäres Setting der richtige Rahmen ist.

Die Praktiker betonen die große Bedeutung eines tragfähigen Vertrauensverhältnisses für ein gelingendes ambulantes Wohnen auf Dauer. Auch heben einige von ihnen die dringende Notwendigkeit hervor, in den Einrichtungen ein „Notbett“ (E5) bereit zu stellen, um dadurch stationäre Einweisungen zu vermeiden und den Klienten Sicherheit zu geben, falls sie das selbstständige Wohnen vorübergehend überfordert. Allerdings entstehen durch eine solche, sicherlich sehr zu befürwortende Maßnahme in den Einrichtungen Vorhaltekosten, die finanziert werden müssen.

Aus den Gesprächen mit den Klienten ging hervor, dass nur wenige über die Spezifika des Projekts Bescheid wussten, der Großteil zeigte kaum Interesse beziehungsweise konnte die Erfahrungen mit der flexiblen, ambulanten Betreuung nicht explizit zuordnen. Im Vordergrund standen vielmehr die Beziehung zum Bezugsbetreuer, das Wissen um Rückhalt in Krisen und das Leben mit der psychischen Erkrankung generell. Bei den meisten Projektteilnehmern scheint die psychiatrische Erkrankung bereits chronifiziert – mit erheblichen gesundheitlichen, sozialen und teilweise auch finanziellen Folgen. Insbesondere Wohnen, Arbeit und Alltagsgestaltung sind problembehaftet. Durch das ‚Gemeindenahen flexible, betreute Wohnen‘ stellen viele Projektteilnehmer jedoch für sich Fortschritte fest und bewerten die Hilfe tendenziell positiv, wengleich sie diese nicht zwingend mit dem Projekt in Verbindung bringen. Aus Sicht der Evaluation ist es an diesem

Punkt schwierig, entsprechende ‚Wirkungsmessungen‘ vorzunehmen, weil die kausalen Zusammenhänge nicht eindeutig sind. Hingegen ist es als eindeutiger Erfolg des Projekts zu bewerten, dass vier Personen aus einer stationären Einrichtung ausziehen konnten. Des Weiteren war es in Einzelfällen möglich, Personen trotz stationärer Empfehlung im ambulanten Bereich zu halten und auf schwankenden Bedarf flexibel zu reagieren (vgl. E1).

Insgesamt machte die Modellerprobung deutlich, dass mit dieser Versorgungsform ein weiterer Baustein in der Wohnversorgung psychisch kranker Menschen hinzukam, der für einen stark betroffenen Personenkreis mit Blick auf eine Verselbständigung und eine Verbesserung der Lebensqualität eine wichtige Brückenfunktion zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich darstellt. Deshalb ist die Gesamtbewertung nicht alternativ, sondern additiv zu betrachten. Mit anderen Worten: Der Erfolg des Bausteins 2.4 ‚Gemeindenahes flexibles, betreutes Wohnen mit ausdifferenzierter Hilfestellung‘ spricht dafür, dass hier ein neuer, zusätzlicher Baustein erprobt wurde, der keinesfalls bestehende Angebote des Ambulant Betreuten Wohnens (1:10) oder des stationären Wohnens ersetzt, sondern vielmehr ergänzt!

5.2 Das Verfahren der Bedarfsermittlung

Das Verfahren der Bedarfsermittlung weist einige kritische Punkte auf. Zum einen stellt jedes Verfahren eine Momentbetrachtung zu einem bestimmten Zeitpunkt dar; das ist auch hier der Fall. Von den beteiligten Personen wird unter gegebenen strukturellen Bedingungen ein Balanceakt verlangt zwischen dem individuellen Bedarf und den zur Verfügung stehenden Mitteln – ohne den Klienten näher zu kennen.

Es gibt Einschätzungen, die mit den Erfahrungen im Projekt eine größere Zielorientierung verbinden. Insbesondere der höhere Entgeltsatz zu Anfang hat mehr Freiräume in der Betreuung und Begleitung geschaffen, die Leistungserbringung wurde an diesem Punkt tatsächlich flexibilisiert. Andere wiederum sehen die Grenzen der Bedarfsermittlung und kritisieren die Defizitorientierung, die dem Klienten seine Unzulänglichkeiten vor Augen führt.

Auch wird angemahnt, das Verfahren der Bedarfsermittlung insbesondere mit Blick auf die Beteiligung der Klienten zu überprüfen. Unter anderem an diesem Punkt sollten Leistungsträger und Leistungserbringer dringend in den Dialog eintreten. Hierzu kamen aus der Praxis gute Hinweise, beispielsweise zu überlegen, wie die ‚Prüfungssituation‘ für die Klienten entschärft werden könnte oder ob es während der Verhandlung über die Höhe der Kostensätze wirklich notwendig ist, dass der Klient anwesend ist.

Mit Blick auf eine Übertragbarkeit des Projekts muss berücksichtigt werden, dass das Verfahren der Bedarfsermittlung insgesamt – so wie es im Rahmen des Projekts praktiziert wurde – in großem Umfang zeitliche und personelle Ressourcen bindet, und zwar sowohl auf Seiten des Leistungsträgers als auch auf Seiten des Leistungserbringers. Ebenso stellte die konsequente Beteiligung einer Mitarbeiterin des medizinisch-pädagogischen Dienstes einerseits ein Qualitätsmerkmal, andererseits einen erheblichen Mehraufwand dar. Gleiches gilt für die Moderation der Hilfeplangespräche durch den Geschäftsführer des Bereichs Hilfeplanung bei allen Klienten des Projekts. Das Intervall der Hilfeplanung im Neun-Monats-Rhythmus, welches der Projektarithmetik geschuldet war, sollte auf die bekannten und eingeführten zwölf Monate ausgeweitet werden.



5.3 Ökonomische Betrachtung

Schon bei der Betrachtung des reinen Zahlenmaterials fällt ein eindeutiger Trend auf: In der überwiegenden Zahl der Fälle wurde der Hilfebedarf nach neun Monaten offensichtlich geringer eingeschätzt. Demzufolge reduzierten sich die Leistungsentgelte – teilweise – erheblich. Aus dem qualitativen Datenmaterial hingegen ergeben sich Hinweise darauf, dass die festgestellten Veränderungen im Hilfebedarf nicht immer nachvollziehbar sind.

Die Idee des Projekts, zu Beginn mit einem höheren Entgelt einzusteigen und demzufolge eine größere Leistungsdichte zu ermöglichen, wurde seitens des Leistungsträgers offensiv gefördert. „Wobei wir schon auch sehen, dass man in der Regel eher höher einsteigen muss, weil zu Beginn der Leistung der Bedarf höher ist, aber dass es sich nach einigen Wochen oder Monaten eher reduziert. Das ist auch die Hoffnung, dass man dann auch Erfolge sieht“⁹ (E1). Die Leistungserbringer haben diese Möglichkeit ergriffen, was sich unter anderem in einem hohen Anteil an direkten Leistungen für die Klienten ausdrückt, die beinahe die Hälfte der Tätigkeiten der Projektmitarbeiter ausmachten. Verschiedene Experten berichteten von einer möglichen Ausdifferenzierung der individuellen Hilfen im Rahmen des Projekts, wodurch noch gezielter als im

„Ambulant Betreuten Wohnen“ auf die Klienten eingegangen werden konnte. Hier wurde eine Flexibilisierung erreicht. „Das Modell macht zumindest möglich, das wirklich ein Stück runter zu brechen auf einzelne Elemente, auf einzelne Bereiche runter zu brechen, wo man im Rahmen der Leistungsbeurteilung sagen kann, im Moment geht es um Bereich (a), vielleicht in zwei Monaten geht es um ein anderes Thema und wir können das dann auch immer wieder anpassen. Das (...) ist eine gewisse Flexibilisierung und macht es ein Stück genauer“ (E1)¹⁰.

An diesem Punkt sei insbesondere im Sinne der Klienten vor der Erwartung gewarnt, dass bei analoger Konzeptionierung der Betreuung und Kosten von vorneherein bei der Fortschreibung ein geringerer Hilfebedarf besteht. Letztlich lassen die Daten in der Gesamtbewertung keine fundierte Einschätzung dahingehend zu, inwiefern der häufig geringere Kostensatz, der nach dem Folgegespräch verhandelt wurde, einen tatsächlich geringeren Hilfebedarf abbildet. Hier gehen die Meinungen auseinander.

Widersprüchliche Einschätzungen gibt es, weil sich (a) neue Hilfebedarfe im Zeitverlauf ergeben können, (b) ‚bewältigte‘ Probleme tatsächlich neuen Unterstützungsbedarf hervorbringen können (vgl. Falldarstellungen), (c) auch die Fortschrei-

9 Wobei man im Gespräch mit Experten schnell an den Punkt kommt, dass die Gruppe der Klienten sehr heterogen ist und ein Rest Unvorhersehbarkeit bleibt: „Es hängt vom Klienten, vom Krankheitsbild, von vielen Umständen ab. Es kann natürlich im Einzelfall auch mal in die andere Richtung gehen. Aber, wenn man etwas intensiver jetzt zu Beginn einsteigt und gezielt auch Dinge erarbeitet, ist zumindest der Erfolg auch nicht so weit weg“ (E1).

10 „Überwiegend ist es bei Klienten im Modell der Korridor zwischen ambulanter Versorgung (1:10) und stationärer Versorgung, dass man in dem Bereich sich eher befindet. In wenigen Fällen haben wir auch mal einen niedrigeren Schlüssel als (1:10), aber in der Tendenz ist es sicher höher. Wobei wir schon auch sehen, dass man in der Regel eher höher einsteigen muss, weil zu Beginn der Leistung der Bedarf höher ist, aber dass es sich nach einigen Wochen oder Monaten eher reduziert. Das ist auch die Hoffnung, dass man dann auch Erfolge sieht. Die Frage ist auch, wie wirkt die Leistung, wie wirkt das Geld, das ausgegeben wird für eine Leistung. Wenn wir jetzt mal etwas höher einsteigen, dass man in der Tendenz zumindest eher auch Erfolge sieht, dann hätte es ja eine positive Wirkung, dann wär es sozusagen nicht umsonst, sondern es hätte einen entsprechend positiven Effekt“ (E1).

bung des Hilfeplans streng genommen eine Momentaufnahme darstellt (siehe Punkt 1.) und entsprechende systematische Fehler enthält und (d) insbesondere chronische Krankheiten nicht linear verlaufen und demzufolge Outcomeeffekte nur zum Teil im direkten Zusammenhang mit der Betreuungs- und Versorgungsqualität stehen. Mit anderen Worten können psychische Krisen trotz einer sehr guten, individuellen und flexiblen Betreuung auftreten.

Auch wäre zu überlegen, ab welchem Zeitpunkt eine ambulante Versorgung abgebrochen werden muss. Aus der Praxis kommen hierzu wichtige Hinweise, etwa ein täglich notwendiger Hausbesuch, lange Betreuungszeiten, krisenhafte Situationen und so weiter. Wenn ‚Assistenz‘ in ‚stellvertretende Ausführung‘ kippt, scheint eine ambulante Versorgung, und sei sie noch so flexibel, nicht mehr tragfähig zu sein.

Abschließend soll noch die Kategorie ‚Gemeindenähe‘ betrachtet werden. „Die gemeindenahе Vernetzung ist im Einzelfall immer ein Thema, weil wir auch versuchen, im Hilfeplan zu überlegen, welche Hilfen sind zum Beispiel im medizinisch-therapeutischen System dazu zu nehmen, wo dann auch Vernetzung ist zu zum Beispiel Anbietern im Bereich der Psychotherapie oder Angeboten der Tagesstätten oder des Arbeitsbereichs. Solche Elemente kommen ja mit dazu. Hier der Versuch, es im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes zu sehen, nicht nur die Hilfe konkret in der Wohnung, sondern auch ein Stück drüber hinaus, Dinge zu erschließen. Das

ist sicher einzelfallmäßig gelungen“ (E1). Die Praktiker bestätigen diese Ansätze, berichten aber auch von Schwierigkeiten und Barrieren, die einer Vernetzung entgegenstehen. Das hat unter anderem mit wirkenden Exklusionsprozessen aufgrund der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen zu tun. Des Weiteren kann es teilweise problematisch werden, wenn verschiedene Leistungserbringer in die Versorgung eingebunden sind. Auch Angehörige oder freiwillig Engagierte sind in höchst unterschiedlichem Maße bereit, dauerhafter in eine Versorgung einzusteigen.

In der Gesamtbewertung wurde mit Baustein 2.4: ‚Gemeindenahе flexibles, betreutes Wohnen mit ausdifferenzierter Hilfestellung‘ ein innovatives und komplexes Projekt erprobt, das ein großes Entwicklungspotenzial birgt. Tatsächlich wurde ein neuer Baustein in der gemeindenahen Wohnversorgung psychisch kranker Menschen konzipiert, der eine Brückenfunktion zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich darstellt. Die Erfahrungen aus der Erprobung sollten genutzt werden, diesen neuen Baustein der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen zu konturieren.

IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften
Steinbeis-Transferzentrum an der Dualen Hochschule
Baden-Württemberg Stuttgart
Herdweg 29/31
70174 Stuttgart
info@ifas-stuttgart.de
www.ifas-stuttgart.de



Projekt aus dem Themenbereich *Netzwerkbildung im Sozialraum*

Baustein	Durchführender Kreis	Kooperationspartner	Zielgruppe	Ziele	Wissenschaftliche Begleitung
2.2 Unterstützung der Netzwerkbildung für einen kleinräumigen Wohnverbund	Stadt Stuttgart	Behindertenzentrum Feuerbach Lebenshilfe Stuttgart-Feuerbach Caritas Stuttgart-Münster Körperbehindertenverein Stuttgart e.V.	Menschen mit einer geistigen Behinderung die ambulant betreut oder selbständig wohnen	Gemeindeintegration, zielgenaue persönliche Hilfe, Erhöhung der Selbständigkeit, Aktivierung der Ressourcen im Sozialraum, Kostenersparnis	Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) Prof. Paul-Stefan Roß, Prof. Thomas Meyer

Baustein 2.2 – Erfahrungsbericht der Stadt Stuttgart

Ina Friedmann

Projektbeschreibung

Das Ziel dieses Stuttgarter Projektes bestand darin, in den Sozialräumen Stuttgart-Feuerbach, Stuttgart-Ost (Berg) und Stuttgart-Münster Alltagsnetzwerke für Menschen mit Behinderung zu schaffen, um ihnen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Daraus sollen zielgenaue persönliche Hilfen, eine Erhöhung der Selbständigkeit und die Nutzung von Synergieeffekten entstehen. Die Zielgruppe des Projekts waren Menschen mit einer geistigen und/oder mehrfachen Behinderung, die ambulant betreut in Wohngruppen oder in einer eigenen Wohnung in den drei am Projekt beteiligten Stadtbezirken wohnen. Am Projekt waren vier Träger der Behindertenhilfe in Stuttgart beteiligt.

Wissenschaftliche Begleitung

Das Projekt wurde durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Begleitung befragte zu Beginn des Projektes die von den beteiligten Trägern der Eingliederungshilfe betreuten Menschen mit Behinderung nach ihrer Lebenssituation und ihren Interessen und führte eine Sozialraumanalyse durch. Die Interessen der Menschen mit Behinderungen in den einzelnen Stadtteilen waren die Grundlage für die Arbeit der Netzwerkkoordination. Daraus ergab sich, welche Regelangebote zu erschließen sind. Die Sozialraumanalyse zeigte die spezifische Situation im Stadtteil auf, wie zum Beispiel die Barrierefreiheit im Stadtteil oder das Angebot an Vereinen. Die

Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung waren für die Arbeit der Netzwerkkoordination sehr hilfreich.

Ein Vergleich der wissenschaftlichen Begleitung zwischen der Netzwerkkoordination des Projektes und einer bei einem Träger der Behindertenhilfe angestellten Netzwerkkoordination fand nicht statt. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Projektverantwortlichen und der Begleitforschung wäre wünschenswert gewesen.

Der Ablauf des Projektes und die Arbeit der Netzwerkkoordinatorin

Grundsätzlich waren die angesprochenen Schlüsselpersonen im Stadtteil der Integration von Menschen mit Behinderungen sehr offen eingestellt. Während der Projektlaufzeit konnte für jeden der drei beteiligten Stadtbezirke ein Netzwerk für die Integration von Menschen mit Behinderungen in Regeleinrichtungen aus interessierten Schlüsselpersonen erstellt werden, das sich regelmäßig trifft. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Arbeit der Netzwerkkoordinatorin war die Sensibilisierung der Bevölkerung im Stadtbezirk für die Belange von Menschen mit Behinderungen.

Die Erfahrungen der Projektphase zeigten, dass es gerade zu Beginn der Nutzung eines Angebots im Gemeinwesen, der Begleitung einer Fachkraft der Eingliederungshilfe bedarf. Sie dient sowohl der Unterstützung des Menschen mit Behinderung, als auch der Unterstützung anderer Teilnehmer des Angebots und ggf.



auch der Kursleitung. Die Netzwerkkoordination ist deshalb auf die Unterstützung der Leistungserbringer der Behindertenhilfe angewiesen. Die Gewinnung von Ehrenamtlichen als Begleitung vor allem für schwerbehinderte Menschen ist ebenfalls wichtig, um die Nutzung von Angeboten im Gemeinwesen dauerhaft zu ermöglichen. Die Netzwerkkoordination griff dabei auf bestehende Strukturen im Stadtteil zurück, sodass keine Doppelstrukturen aufgebaut werden.

Die Laufzeit des Projekts hat sich mit sieben Monaten, vom 1. September 2009 bis zum 31. März 2010, als zu kurz erwiesen. Das Projekt wurde deshalb um fünf Monate verlängert. Die Projektmittel wurden zur Finanzierung einer Fachkraft als Netzwerkkoordination in Teilzeit (50 %) verwendet.

Fazit

Eine eigenständige hauptamtliche oder ehrenamtliche Netzwerkkoordination unterstützt Menschen mit Behinderungen, Kontakt zu Regeleinrichtungen herzustellen, Möglichkeiten der Teilnahme zu finden und begleitet sie in der Anfangszeit. Die Netzwerkkoordination stellt die Verbindung zwischen den Menschen mit Behinderungen und den hauptamtlichen Mitarbeitern der Träger der Eingliederungshilfe in den Sozialraum her. Des Weiteren sensibilisiert sie die Bewohner des Stadtteils für die Anliegen ihrer Nachbarn mit Behinderungen.

Menschen mit Behinderungen des Beirats Inklusion Miteinander – Füreinander in Stuttgart stellten fest, dass es in der Nachbarschaft hilfreich ist, Menschen oder Familien zu kennen und über diese andere Personen kennenzulernen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wohnen selten in der Nähe der Wohngemeinschaften oder

Wohnungen der Menschen mit Behinderungen, so dass die alltägliche Kontaktaufnahme zum Gemeinwesen über andere Personen nötig ist.

Die Angehörigen von Menschen mit Behinderungen berichten, dass sie selbst, über ihre Person und ihre Erzählungen den Kontakt im Gemeinwesen und der erweiterten Nachbarschaft herstellen konnten. Damit konnten Unsicherheiten in Bezug auf die Kinder mit Behinderungen reduziert werden. Diese Unterstützung entfällt, wenn Kinder mit Behinderungen erwachsen werden. Die Selbstständigkeit von Menschen mit Behinderungen sollte vor allem in einer Übergangsphase unterstützt werden.

Eine professionelle Netzwerkkoordination ist in der Aufbauphase, aber langfristig nicht zwingend erforderlich. Jedoch ist es auf jeden Fall erforderlich, die Netzwerkkoordination an die Verwaltung und lose an die Leistungserbringer der Behindertenhilfe im Stadtbezirk anzubinden, um eine stetige professionelle Begleitung und Kontinuität zu gewährleisten.

Von der Sozialplanung wurde im Gemeinderat die Fortführung des Projektes in drei weiteren Stadtbezirken mit einer Projektlaufzeit von neun Monaten für den Doppelhaushalt 2012/2013 vorgeschlagen. Die Personalkosten werden nach Entgeltgruppe 9 TVöD voraussichtlich 38 250 Euro betragen.

Ina Friedmann
Landeshauptstadt Stuttgart
Stabsstelle Sozialplanung/Sozialberichterstattung/Förderung der freien Wohlfahrtspflege
Telefon 0711 216-3423
ina.friedmann@stuttgart.de

Abschlussbericht des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) zu Baustein 2.2

Prof. Dr. Paul-Stefan Roß, Andrea Müller, Prof. Dr. Thomas Meyer
 Unter Mitwirkung von: Katrin Kissling, Christin Reich, Constanze Störk-Biber, Cathrin Keller

1 Ausgangssituation

Die Forderung, dass es Menschen mit Behinderung selbstverständlich möglich sein soll, in und mit der Gemeinde zu leben, ist in den vergangenen Jahren immer deutlicher erhoben worden.

Im Hintergrund stehen zum einen die in der Behindertenhilfe seit vielen Jahren geführten Diskussionen um die Themen „selbstbestimmte Lebensführung“, „Teilhabe“ und „Inklusion“. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur immer wieder von „Paradigmenwechseln“ gesprochen. Abgehoben wird damit auf die geschichtliche Abfolge verschiedener Leitvorstellungen der Behindertenhilfe (vgl. Häcker 2009, 6; Schablon 2009b, 34):

- „Exklusion“ beziehungsweise „Separation“: Menschen mit Behinderung leben in Sonderwelten außerhalb der „normalen“ Gesellschaft (fachliche Leitvorstellung: „Verwahrung“)
- „Integration“: Menschen mit Behinderung werden möglichst weitgehend an die „normale“ Gesellschaft angepasst (fachliche Leitvorstellung: „Förderung“)
- „Inklusion“ beziehungsweise „Teilhabe“: alle Menschen leben mit ihrer jeweiligen Individualität gleichberechtigt in einer Gesellschaft zusammen (fachliche Leitvorstellung: „Begleitung“).

Zum anderen geht die Forderung mit der im Jahre 2006 von der Vollversammlung der Vereinten Nationen verabschiedeten UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung einher, die seit März 2009 auch für Deutschland verbindlich ist.¹ So fordert Artikel 19 („Living independently and being included in the community“) der UN-Konvention ausdrücklich das Recht von Menschen mit Behinderung auf ein Leben in der Gemeinde. Damit wird sowohl eine Deinstitutionalisierung in der Behindertenhilfe als auch die Möglichkeit alle Dienstleistungen nutzen zu können, die nichtbehinderten Menschen offen stehen, für Menschen mit Behinderung eingefordert.² Die UN-Konvention spricht somit nicht nur Akteure im Bereich der Behindertenhilfe sondern alle gesellschaftlichen Akteure an.

Niederschlag finden diese Entwicklungen beispielsweise in dem am Gemeinwesen orientierten Konzept von „Community Living“ und „Community Care“ (Lindmeier 2003, Schablon 2009a; kritisch: Clausen 2008). Ziel dieser Konzepte ist es, Menschen mit Behinderung nicht mehr in Sondereinrichtungen zu versorgen, sondern die „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und die Einbindung in das Gemeinwesen“³ zu erreichen. Elemente des Konzepts von Community Living sind beispielsweise „die Orientierung auf

1 Vgl. www2.institut-fuer-menschenrechte.de/webcom/show_page.php/_c-556/_nr-9/i.html.

2 Vgl. www.un.org/disabilities/default.asp?id=279.

3 http://psychiatrie.de/data/pdf/24/04/00/sp_115_8.pdf.



und die Einbindung in das Gemeinwesen und damit der sozialräumliche Bezug“, „die Orientierung auf die in den jeweiligen Gemeinden angesiedelten ambulanten und individuell ausgerichteten Unterstützungsstrukturen“, „die Aktivierung primärer und sekundärer sozialer Netzwerke“ und „die gemeinsame Nutzung aller lokalen Ressourcen durch Bürger mit und ohne Behinderung“⁴.

Dadurch wird deutlich, dass es nicht genügt, Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung in der Gemeinde zu schaffen. Um uneingeschränkte Teilhabe an der Gesellschaft und am Leben im Gemeinwesen unabhängig von Behinderung zu ermöglichen, ist es erforderlich, gemeindenaher Unterstützungsstrukturen aufzubauen, den Zugang zu allen Angeboten des Gemeinwesens zu ermöglichen und die Bürger für die Belange von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren. Daher ist der Erhalt und Aufbau sozialer Netzwerke mitunter von zentraler Bedeutung für die Teilhabe am Leben im Gemeinwesen.

In diesen Kontext ist das Erprobungsprojekt „Unterstützung der Netzbildung für einen kleinräumigen Wohnverbund-Stuttgart“ einzuordnen (Baustein 2.2 des Modells „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“). Durchgeführt wird das Projekt als ambulant betreutes Wohnen in den Stuttgarter Stadtbezirken Feuerbach (Leistungserbringer: Behindertenzentrum Feuerbach und Lebenshilfe; 20 beteiligte Menschen mit Behinderung) und Münster (Leistungserbringer: Caritasverband für Stuttgart e. V.; sechs beteiligte Menschen mit Behinderung) und im Stuttgarter Stadtteil Berg (Leistungserbringer: Körperbehindertenverein Stuttgart e. V.; fünf beteiligte Menschen mit Behinderung). Der Projektzeitraum beträgt zehn

Monate (01. September 2009 bis 30. Juni 2010); die wissenschaftliche Begleitung lief vom 01. April 2009 bis 31. März 2010. Als übergeordnetes Leitziel des Projektes wurde definiert: „Die Sozialräume S-Feuerbach, S-Münster und S-Berg sind Stadtteile, die eine Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen“. Das konkretisierende Rahmenziel lautet: „In den Sozialräumen S-Feuerbach, S-Münster und S-Berg existieren Alltagsnetzwerke für Menschen mit Behinderungen, die ihnen eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen“. Zur Umsetzung dieser Ziele ist bei der Stadt Stuttgart eine Fachkraft angesiedelt, deren Aufgabe es ist, in den Sozialräumen den Aufbau von Teilhabe ermöglichenden Netzwerken voran zu treiben.

2 Fragestellungen, Forschungsdesign und Zielsetzungen

2.1 Fragestellungen

Ausgehend von der in Kapitel 1 geschilderten Ausgangssituation und der Konzeption des Erprobungsprojektes „Unterstützung der Netzbildung für einen kleinräumigen Wohnverbund-Stuttgart“ ergibt sich für die wissenschaftliche Begleitevaluation als übergeordnete Fragestellung:

Inwiefern gelingt es im Rahmen des Projektes, in den drei Sozialräumen Feuerbach, Münster und Berg, den am Projekt beteiligten Menschen mit Behinderung uneingeschränkte Teilhabe an der Gesellschaft und am Leben im Gemeinwesen zu ermöglichen?

Diese übergeordnete Fragestellung wird in folgende drei zentrale forschungsleitende Fragestellungen operationalisiert:

4 http://psychiatrie.de/data/pdf/24/04/00/sp_115_8.pdf.

1. Inwiefern und auf welche Weise können in den Sozialräumen Feuerbach, Münster und Berg aus den vorhandenen Ressourcen Netzwerke für Menschen mit Behinderung geknüpft werden, die Teilhabe am Leben im Gemeinwesen möglich machen?

Im Fokus steht der jeweilige Sozialraum. Es geht darum, wie resonanzfähig die Stadtbezirke beziehungsweise Stadtteile für das Inklusions-Anliegen sind, welche Ressourcen hier (fallunspezifisch) vorhanden sind, an die in der fallspezifischen Netzwerkarbeit angeknüpft werden kann (mit Blick auf das Ziel einer selbstverständlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben im Gemeinwesen).

2. Inwiefern verfügen die am Projekt beteiligten Menschen mit Behinderung über soziale Netzwerke, die ihnen Teilhabe am Leben im Gemeinwesen ermöglichen?

Im Fokus stehen die individuellen Menschen mit Behinderung. Es geht darum, inwiefern innerhalb der persönlichen sozialen Netzwerke der beteiligten Menschen mit Behinderung sozialräumliche Ressourcen eine Teilhabe ermöglichende Rolle spielen.

3. Welche professionellen personellen Kapazitäten sind für diese sozialräumlichen beziehungsweise personenbezogenen Netzwerkbildungsprozesse notwendig?

Im Fokus steht der Matchingprozess zwischen den im Gemeinwesen vorhandenen beziehungsweise zu weckenden Ressourcen und Netzwerken einerseits und den individuellen sozialen Netzwerken der Menschen mit Behinderung andererseits. Es geht um die Rolle beruflich täti-

ger Fachkräfte in diesen Prozessen und insbesondere um die Frage, aus welcher institutionellen Verankerung heraus sich professionelle Netzwerkarbeit am besten leisten lässt (Verankerung im ambulant betreuten Wohnen oder intermediäre Verankerung im Sozialraum im Sinne einer zentralen, einrichtungsübergreifenden Netzwerkarbeit).

2.2 Forschungsdesign und Zielsetzungen

Um den drei forschungsleitenden Fragestellungen nachzugehen, wurde ein multiperspektivisches Forschungsdesign unter Verwendung sowohl qualitativer als auch quantitativer Forschungsmethoden gewählt. Die wissenschaftliche Begleit-evaluation berücksichtigte die Perspektive von VertreterInnen zentraler Institutionen der Sozialräume (sogenannten „Schlüsselpersonen“), von am Projekt beteiligten Menschen mit Behinderung und von Personen aus dem sozialen Netzwerk der am Projekt beteiligten Menschen mit Behinderung. Sozialraumanalysen, personenbezogene Netzwerkanalysen, quantitative Befragungen und qualitative Interviews bildeten die Forschungsmethoden.

Experteninterviews mit Schlüsselpersonen

Mit insgesamt 35 Schlüsselpersonen (15 aus Feuerbach und jeweils 10 aus Berg und Münster) wurden vor Ort Experteninterviews (vgl. Meuser/Nagel 2005, S.71ff) durchgeführt. Die potentiell möglichen Schlüsselpersonen wurden anhand der vorab durchgeführten Sozialraumanalysen ermittelt. Es konnte jeweils der/die Bezirksvorsteher/Bezirksvorsteherin des Sozialraums als Schlüsselperson für ein Interview gewonnen werden. Darüber hinaus konnten insbesondere Personen aus ortsansässigen Vereinen, öffentlichen und kirchlichen Einrichtungen sowie kommu-



nenal Interessensvertretungen als Schlüsselpersonen interviewt werden. Ziel war es zu ermitteln, inwiefern und auf welche Weise aus den vorhandenen Ressourcen im Sozialraum Teilhabe ermöglichende Netzwerke geknüpft werden können (s. Frage 1) und zu erfassen, welche professionellen personellen Kapazitäten aus Sicht der Schlüsselpersonen für die Netzwerkbildungsprozesse notwendig sind (s. Frage 3).

Qualitative Befragung von Menschen mit Behinderung und von Personen aus deren sozialem Netzwerk

Vor Ort wurden sieben Menschen mit Behinderung interviewt (vier Personen aus Feuerbach, zwei aus Berg und eine aus Münster). Um einen multiperspektivischen Blick auf diese Netzwerke zu erhalten, wurden darüber hinaus mit jeweils zwei bis drei Personen aus den sieben ermittelten sozialen Netzwerken telefonische Interviews geführt. Es konnte immer ein/e Mitarbeiter/Mitarbeiterin und ein Elternteil und/oder eine Person aus einem Verein oder einer Gemeinde dafür gewonnen werden. Ziel dieser personenbezogenen Netzwerkanalysen war es zu erfassen, inwiefern die am Projekt beteiligten Menschen mit Behinderung über soziale Netzwerke verfügen, die ihnen Teilhabe am Leben im Gemeinwesen ermöglichen (s. Frage 2).

Quantitative Befragung von Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Wohnverbände

Die quantitative Befragung von Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu den am Projekt beteiligten Menschen mit Behinderung (N = 31) wurde anhand eines standardisierten Fragebogens (Personenbogen) durchgeführt, mit dem soziodemografische Daten, die Wohnsituation, die Form und der Grad der Behinderung, der Unterstützungsbedarf, Freizeitinter-

sen und -aktivitäten sowie eine Einschätzung der sozialen Netzwerke der Menschen mit Behinderung erfasst wurden.

3 Ergebnisse

Im dritten Kapitel werden die wesentlichen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitevaluation entlang der drei zentralen erkenntnisleitenden Fragen zusammenfassend dargestellt.

3.1 Teilhabemöglichkeiten im Sozialraum

Wie charakterisieren die interviewten Schlüsselpersonen die drei Sozialräume und wie beurteilen sie die gegenwärtig dort gegebenen Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderung?

Beschreibung des Stadtbezirks Münster aus der Perspektive der Schlüsselpersonen

Münster am Neckar ist ein im Nordosten liegender äußerer Stadtbezirk von Stuttgart. Mit circa 6 500 Einwohnern ist Münster der kleinste Stuttgarter Stadtbezirk. Die meisten Schlüsselpersonen beschreiben Münster als einen „am Hang liegenden“ Ort mit „dörflicher Struktur“, in dem „jeder jeden kennt“. Münster sei durch eine „Überalterungsstruktur“ gekennzeichnet, die sich sowohl in fehlenden Neubauten (das im Jahre 2006 gebaute Kultur- und Sportzentrum ausgenommen) als auch im hohen Durchschnittsalter der Einwohner zeige. Da kaum weitere Bauflächen und wenige große Wohnungen vorhanden seien, zögen Familien mit mehreren Kindern vorerst weg. Dies habe wiederum zur Folge, dass in Münster Jugendliche unter- und Alleinstehende überrepräsentiert seien. Die Infrastruktur Münsters ist gemäß den Aussagen der Interviewten durch die gute Verkehrsanbindung zu Stuttgart, das relativ im Zentrum

liegende Kultur- und Sportzentrum (das den Bürgersaal, die Bücherei, den Kinder- und Jugendtreff und eine Sporthalle beinhaltet), das große Pflegezentrum, einen Supermarkt und den Rückzug des Gewerbes geprägt.

Die Vorzüge des Stadtbezirks Münster sehen sie vor allem in der Nähe zur Natur, der „dörflichen Struktur“, der kaum vorhandenen Industrie und der guten Verkehrsanbindung. Als Nachteil wird überwiegend die Tatsache gesehen, dass es momentan in Münster nur einen Supermarkt gibt. Des Weiteren werden die enge Bebauung, die „Stagnation des Ortes“, das begrenzte Angebot für Jugendliche und die enge Vernetzung in Münster, die es auch erschweren kann Anschluss zu finden, als nachteilig angesehen.

Teilhabemöglichkeiten in Münster aus der Perspektive der Schlüsselpersonen

Die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung sieht die Mehrzahl der Schlüsselpersonen vor allem für körperbehinderte Menschen durch topographische Merkmale wie die Hanglage, viele Treppen, Kopfsteinpflaster und fehlende barrierefreie Übergänge (abgesenkte Gehwege, Rampen zu öffentlichen Gebäuden etc.) in Münster als erschwert an. Daher sind ihrer Ansicht nach Teilhabemöglichkeiten vor allem durch Vereine, das Kultur- und Sportzentrum (barrierefrei) und das Rathaus (bis auf die fehlende behindertengerechte Toilette barrierefrei) gegeben. Insgesamt beziehen sich die interviewten Schlüsselpersonen bei ihren Überlegungen zu Teilhabemöglichkeiten vor allem auf die räumliche Barrierefreiheit, weniger auf die notwendige Öffnung des Gemeinwesens: Nur jeweils eine interviewte Schlüsselperson äußert, dass Teilhabe auch von der Bereitschaft der Person, Menschen mit Behinderung einzubeziehen, abhängig ist beziehungs-

weise Teilhabe davon abhängt, wie vernetzt die Person ist und inwiefern ihr Informationen über Angebote zugänglich sind. In Bezug auf Grenzen der Teilhabe im Stadtbezirk besteht eine recht heterogene Sicht: So werden Grenzen aufgrund der fehlenden finanziellen Ressourcen, der eingeschränkten räumlichen Barrierefreiheit, der mangelnden Offenheit des Gemeinwesens und der Leistungsorientierung bei Angeboten gesehen. Die befragten Schlüsselpersonen haben wenig konkrete Ideen, wie mögliche Angebote für Menschen mit Behinderung aussehen könnten, zeigen aber eine grundsätzliche Offenheit, Menschen mit Behinderung in die jeweiligen Angebote der Einrichtungen aufzunehmen.

Beschreibung des Stadtteils Berg aus der Perspektive der Schlüsselpersonen

Berg gehört mit circa 3 300 Einwohnern zu den älteren Stadtteilen des Stadtbezirks Stuttgart-Ost. Die Schlüsselpersonen bezeichnen Berg durchweg als kleinen Stadtteil mit dörflichem Charakter, der sich in den letzten zwei Jahren durch den Bau vieler neuer exklusiver Wohnungen „am Hang“ verändert hat. Wie Münster wird auch Berg als durch eine „Überalterungsstruktur“ geprägt beschrieben, die sich sowohl in den vorhandenen Altbauten als auch in dem hohen Durchschnittsalter der Einwohner zeige. In diesem Kontext wird öfter von einer bestehenden Differenz zwischen Alt- und Neubauten und damit zwischen „Alteingesessenen“ und neuen Bewohnern beziehungsweise zwischen „armen“ und „reichen“ Bürgern, berichtet. Geprägt sei Berg vor allem durch die Mineralbäder Berg und Leuze, den Südwestrundfunk, die Landesfrauenklinik, den Rosensteinpark und den Schlossgarten sowie die Seniorenwohnanlage „Parkheim Berg“. Bezüglich der Infrastruktur wurde auf eingeschränkte Einkaufsmöglichkeiten hingewiesen.



Die Vorzüge von Berg sehen die Schlüsselpersonen insbesondere in der Nähe zur Innenstadt, zu den Bädern und Parks, die Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten bieten, sowie in der guten Verkehrsanbindung und in der „ruhigen Lage“. Ebenso erleben sie es als Vorteil, dass „man sich in Berg kennt“. Als Nachteil sehen sie die eingeschränkten Einkaufsmöglichkeiten, das hohe Durchschnittsalter der Einwohner, das hohe Verkehrsaufkommen und die ihres Erachtens bestehende Differenz zwischen den Bewohner und Bewohnerinnen der alten Wohngebiete und denen der am Hang errichteten Neubauten.

Teilhabemöglichkeiten in Berg aus der Perspektive der Schlüsselpersonen

Die Teilhabemöglichkeiten werden von vielen Schlüsselpersonen in Berg als eher gut eingeschätzt. Einzelne Personen sind jedoch der Ansicht, dass es in Berg sehr wenig gebe, woran Menschen mit Behinderung teilhaben könnten. Teilhabe am Gemeinwesen ist für die Schlüsselpersonen insbesondere durch Gemeindefestmische, den Gesangsverein, den Bürgerverein, durch Veranstaltungen im Parkheim Berg und auf dem Berger Festplatz möglich. Ebenso wird darauf hingewiesen, dass ältere Menschen und Menschen mit Behinderung ins Parkheim Berg oder in das Vereinshaus des Männergesangsvereins zum Mittagessen gehen können. Einige der Interviewten äußern, Teilhabe für körperbehinderte Menschen werde durch die Hanglage von Berg erschwert. Außerdem fehle ein „Bürgerhaus“ oder Ähnliches, und es würden nur wenig kulturelle Veranstaltungen stattfinden. Einzelne Schlüsselpersonen haben als konkrete Idee, wie mögliche Angebote für Menschen mit Behinderung in Berg aussehen und Begegnungsmöglichkeiten geschaffen werden könnten vorgeschlagen: Menschen mit Behinderung könnten zum Beispiel bei der Bewirtung im Vereinsheim

helfen und im Parkheim Berg unterstützend mitwirken. Durch die letzten beiden Vorschläge wird deutlich, dass – zumindest von Einzelnen – auch die Ressourcen von Menschen mit Behinderung gesehen werden. In den Interviews wurde sichtbar, dass sich die Kirchengemeinde aktiv dafür einsetzt, dass Menschen mit Behinderung am Gemeindeleben teilhaben können: Sie bietet einen Fahrdienst zum Gottesdienst an, hat einen barrierefreien Zugang zur Kirche geschaffen, die hinterste Stuhlreihe im Kirchenraum entfernt, damit auch Rollstuhlfahrer und so weiter vorbei können, und es Kindern mit Behinderung ermöglicht, am Krippenspiel teilzunehmen. Ebenso wird berichtet, Menschen mit Behinderung seien im Tischtennisverein aktiv. Die Bereitschaft der befragten Personen, selbst spezifische Angebote für Menschen mit Behinderung anzubieten, ist insgesamt eher gering. Grundsätzlich besteht aber Offenheit, sie in die Angebote der jeweiligen Einrichtungen aufzunehmen. Im Hinblick auf Grenzen der Teilhabe herrscht unter den Befragten eine eher heterogene Sicht vor. Grenzen werden gesehen in der Hanglage Bergs, der mangelnden räumlichen Barrierefreiheit, der Leistungsorientierung bei Freizeitangeboten und der Tatsache, dass viele öffentliche Gebäude außerhalb von Berg liegen. Eine Schlüsselperson sieht keine Grenzen, sondern hält Teilhabe eher für eine Frage des „Wollens“.

Beschreibung des Stadtbezirks Feuerbach aus der Perspektive der Schlüsselpersonen

Feuerbach mit circa 28 000 Einwohnern ist ein äußerer Stadtbezirk von Stuttgart und (im Unterschied zu Münster und Berg) durch ansässige Weltfirmen stark industriell erschlossen. Eine Auswirkung: Im Bezirk gibt es mehr Arbeitsplätze (ca. 34 000) als Einwohner. Feuerbach wird überwiegend als reicher Stadtbezirk mit

vielen Schulen und Kindergärten, einer guten Verkehrsanbindungen, vielen Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten sowie viel Natur in unmittelbarer Nähe beschrieben. Viele befragte Personen betonen, Feuerbach verfüge über eine gute Infrastruktur. Darüber hinaus äußern Einige, dass die Bürger gerne in Feuerbach wohnen, es aber durchaus unterschiedliche Wohngebiete gibt: in den Neubaugebieten würden im Grunde nur Personen aus „höheren sozialen Schichten“ wohnen. Die Vorzüge von Feuerbach sehen die Interviewten insbesondere in der guten Verkehrsanbindung und den vielen Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten beziehungsweise in der guten Infrastruktur; ebenso in der Nähe zur Natur, in der Wohnqualität und in den umfangreich vorhandenen Arbeitsplätzen. Die Nachteile des Stadtbezirks werden – bis auf das hohe Verkehrsaufkommen – recht unterschiedlich eingeschätzt. Öfter genannt werden schlechte Luft, Spannungen durch verschiedene Kulturen, eine verbesserungsbedürftige Gestaltung des Stadtkerns und mangelnde Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung.

Teilhabemöglichkeiten in Feuerbach aus der Perspektive der Schlüsselpersonen

Die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung werden in Feuerbach sehr heterogen eingeschätzt. Insbesondere für Menschen mit einer körperlichen Behinderung werden die Teilhabemöglichkeiten auf Grund mangelnder räumlicher Barrierefreiheit und fehlender Angebote als schwierig bewertet. Eingeschränkt sei, so einige der Befragten, die Teilhabe am Gemeinwesen auch dadurch, dass viele Angebote aufgrund von Leistungsorientierung nicht für Menschen mit Behinderung offen seien. Andere Schlüsselpersonen beurteilen die Teilhabemöglichkeiten dagegen als gut und verwei-

sen auf ortsansässige Einrichtungen der Behindertenhilfe, das breite Angebot für geistig behinderte Menschen und vorhandene Arbeitsplätze für diese Gruppe. In diesem Kontext ist von einer Offenheit der Feuerbacher die Rede, und es wird auf die Aktivitäten des Jugendrats hingewiesen. Deutlich wird, dass Menschen mit Behinderung in Feuerbach „zum Stadtbild gehören“ (so schildert beispielsweise ein Pfarrer, dass sich die Menschen mit Behinderung, die im Föhrichhof leben, durch ein Fest – zumindest in der Nachbarschaft – bekannt gemacht haben). Der Großteil der befragten Schlüsselpersonen zeigt sich offen und äußert, dass Menschen mit Behinderung an den Angeboten der jeweiligen Einrichtungen teilnehmen könnten. Hierbei wird aber teilweise eingeräumt, dass die Einrichtungen für körperbehinderte Menschen nicht barrierefrei seien. Trotz dieser Offenheit bestehen insgesamt nur wenige Vorstellungen darüber, wie mögliche Angebote für Menschen mit Behinderung tatsächlich aussehen könnten. Als konkrete Idee werden genannt: Informationsveranstaltungen über Behinderung für Menschen ohne Behinderung anbieten, Gottesdienste mit und für Menschen mit Behinderung feiern, Teilnahme an Ferienangeboten ermöglichen und Begegnungsmöglichkeiten zwischen Menschen mit und ohne Behinderung schaffen. Eine Schlüsselperson ist der Ansicht, es seien keine weiteren Angebote erforderlich, sondern die bestehenden sollten auf den „Prüfstand“ gesetzt werden. Grenzen von Teilhabe werden mit der mangelnden räumlichen Barrierefreiheit, der Gestaltung der Angebote und der inneren Abgrenzung von Menschen mit und ohne Behinderung in Verbindung gebracht. Ebenso wird öfter darauf verwiesen, die Grenzen seien auch von Form und Grad der Behinderung abhängig.



Zusammenfassung

In allen drei Sozialräumen sind Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderung – insbesondere für Menschen mit einer körperlichen Behinderung – durch mangelnde **räumliche Barrierefreiheit** (Hanglage, fehlende abgesenkte Gehwege etc.) eingeschränkt. Das Beispiel der Schaffung eines barrierefreien Zugangs zur Kirche in Berg zeigt dabei anschaulich, dass die Ermöglichung einer Teilhabe am Gemeinwesen auch mit der Möglichkeit und Bereitschaft zu tun hat, finanzielle Ressourcen einzusetzen. Auf der anderen Seite wird in allen drei Sozialräumen Teilhabe dadurch erleichtert, dass gute Verkehrsverbindungen bestehen.

Ein anderer Aspekt sind **mentale Barrieren**. In den Interviews zu allen drei Sozialräumen tritt eine grundsätzliche Offenheit zu Tage, Menschen mit Behinderung in das Gemeinwesen aufzunehmen – eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für Teilhabe. Im Alltag der Quartiere wird Teilhabe erschwert durch eine nicht ausreichende Sensibilisierung der Bevölkerung, durch einseitige Leistungsorientierung bei (Freizeit) Angeboten, durch wenig konkrete Ideen für Angebote für Menschen mit Behinderung und durch ein kaum vorhandenes Bewusstsein für die Ressourcen der Menschen mit Behinderung.

Allerdings zeigen sich auch **Unterschiede** zwischen den Sozialräumen. Feuerbach unterscheidet sich von Berg und Münster insofern, als hier aufgrund der Infrastruktur und der Größe zum einen mehr Menschen mit Behinderung leben und zum anderen mehr Angebote (der Behindertenhilfe) in den Teilhabebereichen Freizeit, Bildung, Kultur, Wohnen und Arbeiten zur Verfügung stehen. Daher haben Menschen mit Behinderung in Feuerbach vergleichsweise mehr Teilhabemöglich-

keiten und sind im Sozialraum präsenter. Reduziert werden die Teilhabemöglichkeiten in Münster und Berg auch dadurch, dass es wenige Treffpunkte wie Cafés oder Bars und somit Begegnungsmöglichkeiten gibt. Zudem sind junge Menschen unterrepräsentiert, was sich auch auf die Art der bestehenden Angebote auswirkt. Auf der anderen Seite könnte die durch die „dörfliche Struktur“ bedingte gute Vernetzung in Münster und Berg Teilhabe erleichtern – vorausgesetzt diese Netzwerke sind tatsächlich offen für Menschen mit Behinderung.

3.2 Soziale Netzwerke von Menschen mit Behinderung

Die sozialen Netzwerke der beteiligten Menschen mit Behinderung sind der zweite zentrale Fokus der wissenschaftlichen Begleitung. Um hier zu Einschätzungen zu gelangen, wurden – über die Durchführung der quantitativen Befragung hinaus – sieben exemplarische Fallstudien durchgeführt: Sieben Menschen mit Behinderung (vier Personen aus Feuerbach, zwei aus Berg und eine aus Münster, davon drei weiblich und vier männlich) wurden persönlich zu ihren sozialen Netzwerken befragt. Zusätzlich wurden mit jeweils zwei bis drei Personen aus den sozialen Netzwerken Interviews durchgeführt. Folgende Vorbemerkungen sind wichtig: 1. Für die sieben Fallstudien wurden bewusst Menschen mit Behinderung ausgewählt, die nach Einschätzung der Betreuungspersonen über ein eher entfaltetes soziales Netz verfügen. 2. Sodann ist eine (im Grunde selbstverständliche) Tatsache in Erinnerung zu rufen: Die konkreten sozialen Netzwerke der Menschen mit Behinderungen sind – nicht anders als bei Menschen ohne Behinderung – abhängig von der Größe ihrer Familien, der Wohnform und Wohndauer sowie insbesondere von der Person selbst; also von ihrem

Alter, ihrem Familienstand, ihrer Berufssituation, ihren individuellen Kompetenzen und (Freizeit) Interessen, ihren Charaktereigenschaften und auch von der Form und dem Grad der Behinderung.

3. Vergleiche zwischen den einzelnen Personen, aber auch den untersuchten Wohnverbänden sind auf Grund der Heterogenität nur bedingt möglich. So leben die interviewten Personen mit einer vorrangig geistigen Behinderung seit etwa eineinhalb Jahren in Feuerbach und seit fast drei Jahren in Münster in Wohngemeinschaften – wohingegen die zwei interviewten Personen aus Berg erst seit drei beziehungsweise sieben Monaten dort leben, alleine wohnen und vorrangig eine schwere körperliche Behinderung haben (und daher in hohem Maß auch auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind). Unabhängig von den Wohnverbänden unterscheiden sich die Interviewten deutlich in Bezug auf ihr Alter (zwischen 20 und 51 Jahren). Diese geschilderten Faktoren wirken sich natürlich (neben weiteren personenbezogenen und sozialraumbezogenen Faktoren) auf die Bildung sozialer Netzwerke aus.

Derzeit sind die **Eltern** und die **Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen** der Wohnverbände in der Regel die engsten und wichtigsten Netzwerkmitglieder für Menschen mit Behinderung. Dies weisen sowohl die quantitativen Mitarbeiterbefragungen als auch die qualitativen Interviews aus. In Bezug auf die informellen sozialen Netzwerke zeigte sich, dass vor allem Eltern (insbesondere die Mütter) – seltener Geschwister, Großeltern oder weitere Verwandte – eine wesentliche Rolle spielen und zum Teil (noch immer) maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidungen der Menschen mit Behinderung haben. In den formellen Netzwerken sind die MitarbeiterInnen aus den Wohnverbänden von erheblicher Bedeutung. Sie stehen den

Menschen mit Behinderung häufig mindestens genauso nah wie die Eltern, wenn nicht sogar näher. Sie sind für Menschen mit Behinderung durchweg Vertrauens- und Bezugspersonen, mit denen wichtige Angelegenheiten besprochen werden und an die man sich wendet, wenn es einem nicht gut geht oder Probleme bestehen. Ebenso sind die professionellen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen häufig diejenigen Akteure im Netzwerk der Menschen mit Behinderung, die am meisten zur Teilhabe am Gemeinwesen in den Bereichen Freizeit und Wohnen beitragen.

Betrachtet man das informelle Netzwerk unabhängig von Familie und Verwandten, zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der befragten Menschen mit Behinderung (z. T. langjährige) **Freundschaften** pflegt, teilweise auch zu Menschen ohne Behinderung. Knapp die Hälfte hat eine/n **Lebenspartnerin/Lebenspartner**, zu dessen/deren Eltern auch Kontakte bestehen. Die Kontakte zu den **Mitbewohner und Mitbewohnerinnen** sind in den Wohngemeinschaften insbesondere hinsichtlich Intensität und Dauer, auch abhängig von den aktuellen Freizeitinteressen, sehr heterogen. Dennoch bilden die Mitbewohner und Mitbewohnerinnen auch ein wesentliches informelles Unterstützungsnetzwerk für die Teilhabebereiche Wohnen und Freizeit.

In Feuerbach und Münster ist es gelungen, auch in der **Nachbarschaft** informelle Unterstützungsnetzwerke aufzubauen. So haben die in Feuerbach im Wohnverbund lebenden Menschen mit Behinderung vor allem zu einer Familie in der unmittelbaren Nachbarschaft guten Kontakt: öfter finden kurze Gespräche statt und mit der kleinen Tochter der Familie wird hin und wieder Fußball und so weiter gespielt. Von einem anderen Nachbarn werden sie bei der Gartenarbeit unterstützt.



In Münster wendet sich eine junge Frau beispielsweise an ihren Nachbarn, wenn sie sich ausgesperrt hat. In der quantitativen Befragung zu allen am Projekt beteiligten 31 Menschen mit Behinderung werden die sozialen Netzwerke zu Freunden und Nachbarn allerdings nur zu circa 20 Prozent als gut eingeschätzt. Andererseits ist es, so die Aussage einer Schlüsselperson aus dem Sozialraum, in Münster noch nicht gelungen, die im Wohnverbund in Münster lebenden Menschen mit Behinderung in das **Gemeinwesen** und die **Vereine** einzubeziehen. Sowohl die personenbezogenen Netzwerkanalysen als auch die Interviews mit den Schlüsselpersonen machen deutlich, dass insbesondere Feste des Wohnverbundes für die Akzeptanz in der beziehungsweise die Teilhabe an der Nachbarschaft, den Aufbau sozialer Unterstützungsnetzwerke in der unmittelbaren Wohnumgebung sowie für den Brückenschlag ins Gemeinwesen insgesamt von erheblicher Bedeutung sind. In Feuerbach ist es gelungen, Menschen mit Behinderung in ein Sportangebot (Jiu Jitsu) einzubinden. Hier kristallisiert sich sowohl durch die personenbezogenen Netzwerkanalysen als auch die Interviews mit den Schlüsselpersonen heraus, dass Teilhabe an Sportangeboten dann möglich ist, wenn a) die Trainer, Trainerinnen und Teilnehmer, Teilnehmerinnen bereit sind, Menschen mit Behinderung in das Angebot aufzunehmen, b) die Trainer und Trainerinnen das Angebot gegebenenfalls individuell an die Fähigkeiten der Menschen mit Behinderung anpassen können und es c) nicht um Leistungssport für Gruppen geht (also die individuelle Leistungsorientierung des Menschen mit Behinderung den Maßstab bildet). Um Teilhabe zu ermöglichen, reicht es also häufig nicht aus, eine gewisse „unbedarfte“ Offenheit mitzubringen: Die Leiter und Leiterinnen des jeweiligen Angebots müssen vielmehr bereit sein,

sich mit der Behinderung auseinanderzusetzen, gegebenenfalls zusätzliche zeitliche Ressourcen zu investieren sowie – falls nötig – das Angebot zu modifizieren oder „kreative Ideen“ zu entwickeln, wie Teilhabe im Sinne des Menschen mit Behinderung ermöglicht werden könnte.

Schließlich ist knapp die Hälfte der Befragten in eine **Kirchengemeinde** eingebunden, allerdings nicht in jedem Fall innerhalb des Sozialraums des Wohnverbunds. Insbesondere im kirchengemeindlichen Zusammenhang können Menschen mit Behinderung auch auf Unterstützung von Seiten **Ehrenamtlicher** zurückgreifen. Darüber hinaus spielen Ehrenamtliche in den Netzwerken bislang keine explizite Rolle.

3.3 Professionelle Netzwerkarbeit

Die interviewten Schlüsselpersonen haben unabhängig vom Sozialraum insgesamt recht heterogene Vorstellungen darüber, welche **Institutionen** sich mit der Thematik „Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ beschäftigen müssten und wer im Sozialraum grundsätzlich geeignete **Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen** für das Thema wären. Am häufigsten werden als Institutionen kommunale Stellen, soziale Einrichtungen, Kirchengemeinden und Vereine genannt. Für geeignete Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen halten sie insbesondere die BezirksvorsteherInnen sowie (verantwortliche) Personen aus den Kirchen und Vereinen.

Die Mehrheit der interviewten Schlüsselpersonen betrachtet eine/n **Netzwerkkoordinatorin/Netzwerkkoordinator** als „Anlauf-, Informations- und Vermittlungsstelle“, die über die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung und die bestehenden Angebote im und über den

lokalen Sozialraum hinaus informiert ist, durch Öffentlichkeitsarbeit auf bestehende Angebote aufmerksam macht, Kontakte zu Institutionen, Vereinen und so weiter knüpft, zwischen den Anbietern und Interessenten Kontakte vermittelt und sich als eine Art „Anwalt“ für Menschen mit Behinderung einsetzt, indem er ihre Forderungen vertritt, Ressourcen einfordert und durch Öffentlichkeitsarbeit auf ihre Bedürfnisse aufmerksam macht. Darüber hinaus werden vereinzelt unter anderem noch folgende Aufgaben genannt: Erfahrungsaustausch in Form einer Plattform organisieren beziehungsweise eine Kommunikationsplattform erstellen, eine Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung einrichten, das „Thema ins Bewusstsein rufen“ und Ehrenamtliche akquirieren. Die meisten sind sich darin einig, dass ein/e Netzwerkkoordinator/Netzwerkkoordinatorin von einem öffentlichen kommunalen Träger aus agieren sollte. Einige sind auch der Ansicht, dass nicht die Trägerschaft von zentraler Bedeutung ist, sondern dass „kurze und direkte Wege“ gewährleistet sind beziehungsweise das Engagement von Seiten des/der Koordinator/Koordinatorin für die Aufgaben vorhanden ist.

In Bezug auf die bereits bestehenden **Netzwerke im Sozialraum, die Teilhabe ermöglichen**, ergibt sich anhand der Beschreibung der Schlüsselpersonen für Münster und Berg das Bild einer intensiven und zum Teil sehr bereichernden Kooperation zwischen den – im Vergleich zu Feuerbach – verhältnismäßig wenigen Netzwerkakteuren. In Feuerbach bestehen laut Angaben der Befragten verschiedene, unterschiedlich intensive Kooperationen zwischen einer Vielzahl von Netzwerkakteuren.

Für fast alle Befragten ist **freiwilliges soziales Engagement** im Hinblick auf Teilhabe von Menschen mit Behinderung

vorstellbar, wenn nicht sogar erforderlich, zumal viele von ihnen bereits mit Ehrenamtlichen zusammen arbeiten. Einige äußern jedoch Bedenken, da Ehrenamtlichen häufig die notwendige pädagogische Ausbildung fehle und man für sie – zumindest zu Beginn ihrer Tätigkeit – auch Zeit erübrigen müsse.

4 Weitere Perspektiven. Oder: „... es sind oft Kleinigkeiten mit großer Wirkung ...“

Das Erprobungsprojekt „Unterstützung der Netzbildung für einen kleinräumigen Wohnverbund-Stuttgart“ verfolgt eine ambitionierte Zielsetzung. Insofern bedarf es kaum einer expliziten Erwähnung, dass demgegenüber eine wissenschaftlich begleitete Projektlaufzeit von sieben Monaten ein ausgesprochen kurzer Zeitraum ist. Auf dieser Grundlage lassen sich – neben der Bestätigung von Perspektiven, die in der Diskussion um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung bereits hinlänglich formuliert sind – nur einige erste vorsichtige Perspektiven skizzieren. Das Motto dafür gibt eine Aussage einer interviewten Schlüsselpersonen ab: „...es sind oft Kleinigkeiten mit großer Wirkung...“

4.1 Fokus „Sozialraum“

Bürger und Bürgerinnen für die Belange von Menschen mit Behinderung sensibilisieren. Dies ist ohne Frage die Grundlage. Neben der „klassischen“ Palette von Informationsveranstaltungen und allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit (Pressemeldungen, Tage der Offenen Tür von Einrichtungen der Behindertenhilfe etc.) lassen sich ausgehend von den Erfahrungen im Projekt Feste für und mit der Nachbarschaft, die von den Wohnverbänden ausgehen, als Erfolg versprechender Weg empfehlen, nicht nur allgemein Berüh-



rungsängste abzubauen, sondern auch ganz konkrete personenbezogene Kontakte anzubahnen.

„Barrierefreiheit“ als Gewinn für viele verdeutlichen. Bei Teilhabe von Menschen mit Behinderung geht es nicht allein um die Interessen einer einzelnen Gruppe. Bestimmte räumliche Barrieren betreffen keineswegs nur behinderte Menschen. Umgekehrt profitieren von einem „barrierefreien Stadtteil“ ebenso ältere Menschen, Eltern mit Kleinkindern und die Kinder selbst.

Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen und Multiplikatoren auf verschiedenen Ebenen gewinnen. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass eine „Mehrebenen-Strategie“ notwendig ist. Damit es im Stadtteil Organisationen gibt, die für das Anliegen der Teilhabe von Menschen mit Behinderung im lokalen Gemeinwesen grundsätzlich „resonanzfähig“ und für die individuellen Netzwerke behinderter Menschen konkret „anschlussfähig“ sind, braucht es a) Schlüsselpersonen im Sozialraum (Bezirksvorsteher und Bezirksvorsteherinnen, Vereinsvorsitzende, Pfarrer und Pfarrerrinnen, Kirchengemeinderäte und Kirchengemeinderätinnen usw.), die mit ihrem Namen und ihrer Autorität für das Anliegen eintreten und Wege öffnen; b) Engagierte auf der „mittleren Ebene“ (Sporttrainer und Sporttrainerinnen, Gruppenleiter und Gruppenleiterinnen usw.), die sich (ggf. auf den entsprechenden Impuls „von oben“ hin oder aus eigener Initiative) das Anliegen zu eigen machen und (möglicherweise unterstützt von Profis) kreativ nach Möglichkeiten suchen, im Alltagsgeschäft konkrete Teilhabebelegenheiten zu ermöglichen; c) Teilnehmer, Teilnehmerinnen und Mitglieder an der „Basis“ der Organisationen (Mitglieder der Jugendgruppe, Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Jiu-Jitsu-Gruppe usw.), die Menschen mit

Behinderung offen begegnen, sie akzeptieren, tatsächlich in die Aktivitäten einbeziehen und schrittweise eine Beziehung zu ihnen aufbauen.

Leistungsorientierung bei (Freizeit) Angeboten bedenken und überdenken. Auch die Ergebnisse des Bausteins 1.2 zeigen: Menschen mit Behinderungen geraten bei Freizeitaktivitäten immer dann leicht an den Rand, wenn individuelle Leistung im Vordergrund steht (Wer ist am schnellsten? Wer hat am meisten richtig? Usw.). Andererseits macht eine solche Leistungsorientierung für viele den Reiz des jeweiligen Angebots aus (was insbesondere für weite Bereiche des Sports gilt). Insofern können die Interessen der einen Gruppe nicht gegen die der anderen gestellt werden. Wichtig ist aber, Freizeitangebote nicht gedankenlos zu gestalten, sondern immer wieder zu prüfen, welche Aktivitäten möglich sind, bei denen nicht die absolute Leistung, sondern die individuelle Leistungssteigerung im Zentrum steht.

Bestehende Vernetzungen im Sozialraum nutzen. „Netzwerk“ bedeutet, dass ein einzelner Kontakt immer auch eine potentielle Brücke zu weiteren Kontakten ist. Für das Teilhabe-Anliegen können sowohl Vernetzungen der örtlichen Organisationen als auch Netze innerhalb der Bevölkerung (v. a. bei „dörflicher Struktur“) genutzt werden.

Auch kleine Schritte zur Beseitigung räumlicher Barrieren gehen. Räumliche Barrierefreiheit kann teilweise auch mit geringen finanziellen Ressourcen verbessert werden (z. B. durch Rampen zu öffentlichen Gebäuden). Auch kleine Aktivitäten lösen gegebenenfalls Diskussionen rund um Teilhabe aus, die für eine Sensibilisierung des öffentlichen Bewusstseins wichtig sind.

Freiwillig Engagierte gewinnen und begleiten. Über die Organisationen im Stadtteil, über Freiwilligenagenturen, aber auch durch allgemeine Öffentlichkeitsarbeit können Freiwillige gewonnen werden, die Menschen mit Behinderung bei (Freizeit)Aktivitäten (Fahrrad fahren, Einkaufen gehen etc.) begleiten und unterstützten beziehungsweise sie sensibel dazu ermutigen. Freiwillig Engagierte bauen Brücken heraus aus den Einrichtungen des Hilfesystems und hinein in alltagsweltliche Bezüge. Aber die allgemeinen Grundsätze eines guten Freiwilligenmanagements gelten im Bereich der Teilhabe von Menschen mit Behinderung umso mehr: klar beschriebene Aufgaben, Freiraum für eigene Ideen, fachliche Begleitung und Unterstützung, Anerkennung und Würdigung.

Den Erhalt bestehender informeller Unterstützungsnetzwerke fördern. Ganz offenbar kommt es im Alltag nicht selten zu einer beinahe „beiläufigen“ Unterstützung von Menschen mit Behinderungen (der Nachbar, der hilft, wenn die Wohnungstür zugefallen ist; der Jugendgruppenleiter, der einen Bewohner des Wohnverbundes im Auto zur Gruppe mitnimmt usw.). Diese informellen und gerade durch ihre Alltäglichkeit wertvollen „lebensweltlichen“ Netzwerkbeziehungen dürfen nicht durch „systematische Netzwerkarbeit“ kolonialisiert und unter Umständen sogar zerstört werden. Konkret: Nicht jede/r „informelle Helferin/Helfer“ muss offizielle/r Freiwillige/Freiwilliger oder benanntes Mitglied eines Teilhabe-kreises (s.u.) werden.

4.2 Fokus „persönliches Netzwerk“ von Menschen mit Behinderung

Die Erweiterung der persönlichen Netzwerke um sozialräumliche Kontakte bedeutsam anbieten. Für die Menschen in

den untersuchten Wohnverbänden sind derzeit vor allem Kontakte zu den Eltern und den professionellen Betreuungskräften bedeutsam. Die Kunst einer Teilhabe fördernden Arbeit besteht darin, diese Beziehungen einerseits nicht abzuwerten oder gar zu schwächen, andererseits aber nicht einfach absolut zu setzen. Konkret: Es gilt, den Menschen mit Behinderung neue Kontakte in die alltägliche Lebenswelt des Sozialraums als neue Möglichkeit zu erschließen, sie jedoch weder in diese Kontakte hinein zu drängen noch Versuche der Kontaktaufnahme vorschnell abubrechen. Ob ein neuer Kontakt im konkreten Fall ein Mehr an gesellschaftlicher Teilhabe ermöglicht oder nicht, kann niemand anderes entscheiden, als der Mensch mit Behinderung selbst. Ihr oder ihm bei diesem Prozess sensibel zu assistieren, erfordert hohe Professionalität.

Bei sozialräumlichen Konzepten nicht einem „geometrischen“ Verständnis von Sozialraum aufsitzen. Der für eine Person (ob mit oder ohne Behinderung) bedeutsame „soziale Raum“ ist nicht identisch mit einem kommunalen Statistikbezirk, sondern spannt sich höchst individuell um sie herum auf. Welche Bedeutung die Ressourcen eines konkreten Stadtteils für das persönliche Netzwerk haben, ist bei behinderten wie nicht-behinderten Menschen individuell höchst unterschiedlich. Konkret: Bei der Ermöglichung von Teilhabe darf sich der Blick nicht auf den Standort des Wohnverbundes verengen. Nicht alle Menschen mit Behinderungen wollen die Angebote im lokalen Gemeinwesen nutzen; aber wenn sie es wollen, sollten sie ihnen offen stehen.

Konzepte zur systematischen Erweiterung und Stabilisierung persönlicher sozialer Netzwerke einbeziehen. In den Wohnverbänden könnte (auch, aber keineswegs nur im Rahmen einer „Persönli-



chen Zukunftsplanung“) der Ansatz der „Lokalen Teilhabekreise“ beziehungsweise „Circles of Support“ (Boban 2005; Lindmeier 2006; Pinner 2010) erprobt werden, freilich ohne „sensible“ informelle Kontakte dadurch zu schwächen, dass sie in ein formalisiertes Konzept eingefügt werden.

Menschen mit Behinderung zu eigenem freiwilligen Engagement im Sozialraum ermutigen. Noch wird „freiwilliges Engagement“ viel zu einseitig als Engagement für Behinderte gedacht beziehungsweise wird viel zu wenig von den Ressourcen her gedacht, die Menschen mit Behinderung dem Gemeinwesen zu bieten haben. Dieser in jüngster Zeit verstärkt diskutierte Perspektivenwechsel sollte unbedingt vollzogen werden. Freilich sind auch hier die Möglichkeiten der Menschen mit Behinderung realistisch einzuschätzen. Ihnen „Assistenz im Engagement“ zu bieten und „Engagement-Tandems“ zu bilden, könnte umgekehrt ein neues interessantes Engagementfeld für Freiwillige ohne Behinderung sein.

4.3 Fokus „professionelle Ressourcen“

Etablierte Routinen verlassen. Alltagsweltliche Netzwerkbeziehungen in den (lokalen) Sozialraum anzubahnen, erfordert von den Fachkräften, die mit den Menschen mit Behinderung unmittelbar zusammenarbeiten, eine bewusste fachliche (und persönliche) Entscheidung. Das Projekt zeigt: Netzwerkbeziehungen innerhalb des Systems der Behindertenhilfe aufzubauen, ist der einfachere und eingespurte Weg; die Versuchung, sich auf ihn zu beschränken, ist im Alltag groß. Auf der anderen Seite wird etwa bei schwerer körperlicher Behinderung professionelle Unterstützung konstant notwendig sein, der Aufbau von informellen gemeindenahen Unterstützungsstrukturen wird dementsprechend einen anderen Stellenwert und

Umfang haben. So viele alltagsweltliche Netzwerkbeziehungen wie möglich, so viele systemimmanente Beziehungen wie nötig, wäre ein guter Grundsatz. Für die Fachkräfte bedeutet er freilich auch, sich selbst als relevantes Netzwerkmitglied gegebenenfalls zurück zu nehmen.

Ausgehend von den Wohnverbänden „fallspezifische“ Netzwerkpflege betreiben. Über die gerade angesprochene „fallspezifische“ Netzwerkarbeit müssen sich die professionellen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen um Brücken in den lokalen Sozialraum bemühen. Ansatzpunkte waren oben in 4.1 bereits angesprochen worden: Sie reichen von Nachbarschaftsfesten bis zu gezielten Kontaktaufnahmen zu Vereinen und anderen Organisationen. Grundanliegen muss sein, immer wieder Begegnungen zwischen Menschen mit und ohne Behinderung zu „inszenieren“ – nicht aufgesetzt oder wahllos, sondern gezielt, überlegt und (siehe nächster Punkt) gut begleitet.

Unterstützung leisten, damit aus einem Zusammentreffen von Menschen mit und ohne Behinderung Begegnungen und vielleicht Beziehungen werden. In den untersuchten Sozialräumen war eine große grundsätzliche Offenheit für eine verstärkte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am lokalen Gemeinwesen spürbar, aber auch eine deutliche Ratlosigkeit, wenn es um Konkretisierungen ging. Es ist oftmals nicht damit getan, dass Menschen mit Behinderung mit ihren Interessen und Vorstellungen in Vereinen, Kirchengemeinden oder anderen Gruppen „auftauchen“. Die Verantwortlichen, aber auch die Mitglieder dieser Organisationen brauchen Unterstützung, um die Wünsche der Menschen mit Behinderung angemessen zu verstehen und in kreativ-ermöglichender Weise mit den Möglichkeiten des Vereins, der Gruppe

und so weiter in Passung zu bringen. Hier liegt eine weitere Aufgabe von Fachkräften, seien sie in den Wohnverbänden verankert oder im Sozialraum.

Die Anwaltschaft für das Thema „Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ im Sozialraum verankern.

Die Empfehlung wurde von den befragten Schlüsselpersonen einhellig geäußert. Das Votum ging dabei eindeutig hin zu einer trägerunabhängigen Ansiedlung bei der Kommune (Stadt Stuttgart oder Bezirksrathaus). Aufgabe wäre nicht nur eine „fallunspezifische Netzwerkarbeit“ auf der Ebene lokaler Schlüsselpersonen, sondern auch eine politische Anwaltschaft für das Thema. Damit ist weder eine vorübergehende noch eine rein verwaltungstechnische Tätigkeit („Aufbau eines Adressenpools“) angesprochen, sondern eine kontinuierliche fachliche und politische Funktion. Die Nähe zu Grundkonzepten der Gemeinwesenarbeit beziehungsweise Stadtteilarbeit ist unübersehbar. Konsequenter Weise schien es daher den Beteiligten in der Projektauswertung nicht sehr sinnvoll, in Richtung einer spezialisierten „Stadtteilarbeit zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ zu denken. Kurzfristig sicher nicht umsetzbar, aber langfristig am sinnvollsten dürfte daher sein, die Thematik der gesellschaftlichen Beteiligung von Menschen mit Behinderung in eine insgesamt am Teilhabegedanken orientierte all-gemeine Quartiersarbeit als Kernbestandteil zu integrieren.

Literatur

Boban, Ines (2005): *Netzwerkbildung durch Unterstützernetze*. In: Geiling, Ute/Hinz, Andreas (Hg.): *Integrationspädagogik im Diskurs. Auf dem Weg zur inklusiven Pädagogik?* Bad Heilbrunn 2005, 160-163.

Clausen, Jens Jürgen (2008): *Community Care und Community Living. Kritische Anmerkungen zu einer Diskussion in der Behindertenhilfe*. In: *Blätter der Wohlfahrts-pflege* 6/2008, 230-232.

Häcker, Ulrike (2009): *Was meint was. Begriffe zum Thema Inklusion*. In: *Orientierung* 1/2009, 6f.

Lindmeier, Bettina (2003): *Von der Integration in die Gemeinde zur inklusiven Gemeinde – Begriffswechsel oder Neuformulierung der Zielsetzung*. In: *Sonderpädagogische Förderung* 48/2003, 348-364.

Lindmeier, Bettina (2006): *Soziale Netzwerke. Ihre Bedeutung für ein differenziertes Verständnis von Unterstützernetzen in der persönlichen Zukunftsplanung*. In: *Geistige Behinderung* 45/2006, 93-111.

Mayring, Philipp (2002): *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel 2002.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2005): *Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden 2005, S.71-93.

Pinner, Frank (2010): *„Am Leben in der Gemeinde teilhaben“*. In: *neue caritas* 1/2010, 13-15.

Schablon, Kai Uwe (2009a): *Community Care. Professionell unterstützte Gemeinweseneinbindung erwachsener geistig behinderter Menschen*. Marburg 2009.



Schablon, Kai Uwe (2009b): Veränderung fängt in den Köpfen an! Anforderungen an Aus- und Weiterbildung. In: Orientierung 1/2009, 34f.

Internetquellen

http://www2.institut-fuer-menschenrechte.de/webcom/show_page.php/_c-556/_nr-9/i.htm (letzter Zugriff: 18.05.2010).

<http://www.community-living.de/> (letzter Zugriff: 18.05.2010).

http://psychiatrie.de/data/pdf/24/04/00/sp_115_8.pdf (letzter Zugriff: 18.05.2010).

<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=279> (letzter Zugriff: 18.05.2010).

Zum Weiterlesen

KVJS-Publikationen

Wie gestalte ich meinen Ruhestand? Fortbildung für Menschen mit Behinderung, die aus einer Werkstatt in den Ruhestand gehen und deren Angehörige. Ein neuer Baustein in der Eingliederungshilfe. Stuttgart, März 2011.

Ergebnis des Modelprojektes 1.1 in Form eines Curriculums.

KVJS-Spezial: Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe. Ausgabe 8. Stuttgart, November 2010.

Alter und Behinderung, Stuttgart 2008
Informationen, Meinungen und Praxisbeispiele zu einem aktuellen Thema. Dokumentation von zwei KVJS-Fachtagungen und weiteren Materialien.

KVJS-Online-Wegweise: Auf gute Nachbarschaft. Umsetzung von Wohnprojekten für Menschen mit Behinderung in der Gemeinde. Stuttgart 2010.

Weitere Publikationen und links

Franz, D., Beck, I.: Schriften der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft: Nr. 13: Umfeld und Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe. Empfehlungen und Handlungsansätze für Hilfeplanung und Gemeindeintegration, Hamburg/Jülich 2007

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.): Förderung der Konversion stationärer Einrichtungen und von individuellen Wohnformen von Menschen mit Behinderung. Dokumentation des Workshops am 10. und 11. Juni 2010. Hamburg 2010.

Hummel, K.: Helfende Nachbarschaft. Von der Sozialraumarbeit und der Rolle der intergenerativen Angebote. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 2/2011.

Mair, H., Röter-Möller, S.: Den Ruhestand gestalten lernen – Menschen mit Behinderung in einer alternden Gesellschaft. In: Cloerkes, G., Kastl, J.M. (Hrsg): Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderung im Netz der Institutionen. Heidelberg 2007.

www.leben-im-ort.de: Projekt „Leben im Ort“ des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirche in Württemberg e. V. und der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg









Januar 2012

**Herausgeber:
Kommunalverband für Jugend
und Soziales Baden-Württemberg
Dezernat Soziales**

155

Projektleiter:
Michael Heck

Redaktion und Bearbeitung:
Dorothee Haug-von Schnakenburg

Gestaltung:
Waltraud Gross

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart

Kontakt:
Telefon 0711 6375-0
Telefax 0711 6375-132

info@kvjs.de
www.kvjs.de

Bestellung/Versand:
Silvia Kiraly
Telefon 0711 6375-237
silvia.kiraly@kvjs.de



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Postanschrift

Postfach 10 60 22
70049 Stuttgart

Hausadresse

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart (West)

Tel. 0711 63 75-0
www.kvjs.de