

Gliederung

1. „Ambulantisierung“ oder „Selbstbestimmtes Wohnen“ ?
2. Lebensentwürfe
3. Fachliche Anforderungen für ambulante Hilfen – Grundsätze und Strukturen
4. Fachliche Anforderungen für ambulante Hilfen – Inhalte

Vorbemerkungen

- Dank für die Einladung! Im Rahmen der Disability Studies vorzutragen, ist für mich etwas ganz Besonderes.
- Ich rede nicht über Hamburger Verhältnisse, sondern über bundesweite Entwicklungstrends. Dabei kann es sein, dass meine Analyse auch auf Hamburger Verhältnisse zutrifft – sie muss es nicht. Darüber können wir im Anschluss dann gerne diskutieren

1. „Ambulantisierung“ oder „selbstbestimmtes Wohnen“?!

Mein Beitrag erfolgt aus der Sicht ambulanter Dienste und der langen Erfahrung mit der Entwicklung umfassender Hilfekonzepte für Menschen mit körperlicher, geistiger und/oder mehrfacher Behinderung¹. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei immer auf dem Ansatz, Menschen auch mit hohem Hilfebedarf selbständige und selbstbestimmte Wohnformen zu erschließen und Heimunterbringung überflüssig zu machen.

Denn offensichtlich ist die „Ambulantisierung“ der Behindertenhilfe mit Problemen durchsetzt, angesichts derer es neue Anregungen, Ideen und intensiver Diskussion darüber bedarf.

Probleme mit dem Begriff „Ambulantisierung“ und der dazu gehörenden Praxis

Der **Begriff** der Ambulantisierung ist befremdlich, denn er hat eigentlich keinen wesentlichen sachlichen Kern. Es ist ein Begriff der Lenkungssprache, wieder ein Begriff, der die Abhängigkeit behinderter Menschen festschreibt, gegenüber Prozessen, die von außen kommen,

¹ Siehe die Publikationen des Verein zur Förderung der Integration Behinderter e.V. in Marburg; www.fib-ev-marburg.de ; dabei insbesondere fib e.V., Leben auf eigene Gefahr, AGSPAK München 1995 sowie: fib e.V., Unterstütztes Wohnen für Menschen mit (geistiger) Behinderung – Wege zur Selbstbestimmung. 20 Jahre Projektentwicklung beim fib e.V. Marburg, Selbstverlag 2002

nicht von ihnen selbst. Er repräsentiert Fürsorge statt Selbstbestimmung, Planung durch Dritte statt für Eigenentwicklung und eigene Entscheidung. Er taugt daher nicht, um Ziele der Weiterentwicklung in der Behindertenhilfe angemessen zu beschreiben.

Wofür steht die „Ambulantisierung“ in der derzeitigen Diskussion? Damit soll das Bemühen zum Ausdruck gebracht werden, klassische Heimstrukturen zu überwinden, Anreizsysteme zu schaffen, die Träger zur Neuorientierung ermutigen und damit Selbstbestimmungsrechte lebbarer zu machen als bisher. Der Begriff beschreibt einen Entwicklungsprozess, den Leistungsträger und auch viele Großeinrichtungen zum Zweck der Dezentralisierung, Verkleinerung letztlich sogar Auflösung vorgegeben haben. So betrachtet könnte sich der kritische Blick mildern - hier passiert doch Veränderung und Fortschritt!

Dennoch: diesem Begriff fehlt jede pädagogische, jede fachliche Prägung. Mit ihm steht die aktuelle Entwicklung unter den Verdacht der Beliebigkeit bzw. Abhängigkeit von bestimmten Interessen. Was, wenn morgen jemand die Parole ausgibt, dass behinderte Menschen unter Ihresgleichen am besten leben, weil sie so den Überforderungen, die diese Gesellschaft bereit hält, am besten standhalten und dass unter finanziellen Gesichtspunkten die Versorgung in konzentrierten kleinen Einrichtungen grundsätzlich besser sei und zur Kostenersparnis beitrage?

Dieses Denken könnte schnell einsetzen, wenn wir uns den **Prozess der Ambulantisierung** in seinen negativen Bestandteilen (die positiven, deren Wert in einer für viele behinderte Menschen erreichbar gewordenen Selbständigkeit besteht, will ich nicht bestreiten) näher anschauen.

Die Überlegungen zur Ambulantisierung folgen einer fiskalischen Logik: durch die Verbilligung der Versorgung sollen die steigenden Fallzahlen von Menschen, die dauerhaft auf Hilfen angewiesen sind, ohne weiteren Kostenanstieg bewältigt werden. Diese Verbiegung gelingt nur durch systematische Verdrängung fachlicher Grundsätze, die auf diesem Wege irreparabel beschädigt werden:

- Menschen werden nach Bedarfen eingeteilt: Die Schwerbehinderten in die zentrale versorgende Einrichtung, die „Fitten“ und zur Selbstversorgung Fähigen in die eigene Wohnung
- den auf solche Weise mit einer Minimalversorgung „verselbständigten“ Menschen droht die Unterversorgung und damit bewusst in Kauf genommene soziale Verelen-

dung (W. Wolfensberger), denn gerade der Übergang in die selbständige Wohnform und anschließend das soziale Überleben fordern intensivierete Unterstützungsformen. So musste ein Mensch mit spastischer Behinderung nach der „Ambulantisierung“ seiner WG stundenlange Wartezeiten für den Toilettengang, den er nicht alleine schafft, erdulden

- oder aber die Verselbständigung wird nur zu einem formellen Akt, die Hilfe bleibt zu verschlechterten Bedingungen in oder bei der alten Einrichtung. Sicher wird es dabei zu mehr Selbstversorgung kommen, aber alle Optionen zur sozialen Integration werden unter dem verlängerten Dach der Einrichtung unterminiert. Im krampfhaften Bemühen um Kostenersparnis bzw. dem modernen Anstrich der Angebotsstrukturen findet sich im Bereich „Betreutes Wohnen“ Erstaunliches: ein ehemaliges Wohnheim mit 12 Bewohnern geht im Anerkennungsverfahren bedenkenlos als „Betreutes Wohnen“ durch². Die einzige Konsequenz für die Bewohner einer ähnlich ambulantiserten Einrichtung in Hamburg, von der sie auch freimütig in einem Film der Behindertenhilfe Hamburg berichten: „wir müssen jetzt vieles alleine machen“... „die Betreuer sind weniger da“³. Ist das der beschworene Paradigmenwechsel?
- unter dem Anspruch der „Ambulantisierung“ werden vielerorts neue Heime gebaut – ist das das adäquate Verständnis von Normalisierung?
- Abhängigkeiten werden zementiert: vielfach bleiben die Wohnungen in Trägerhand, müssen die Nutzer, falls sie auf die Hilfen verzichten wollen, auch die Wohnung aufgeben. Ist das die gemeinte Selbstbestimmung?
- die Chancen auf normale Wohnformen für Menschen mit hohem Hilfebedarf schwinden, wenn sie je außerhalb der Gruppe für Körperbehinderte je auch nur im Ansatz vorhanden waren. Der persönliche Wille, das Wunsch- und Wahlrecht, verkommt zum deklamatorischen Akt für Weihnachtsreden. Eine Bedarfsdeckung muss auch für die selbständige Wohnform gelten. Das heißt auch Menschen mit hohen und höchsten Hilfebedarfen müssen den Weg dahin einschlagen können, solange wir uns noch trauen wollen, von Normalisierung und Selbstbestimmung zu reden.
- den Heimen droht bei solchen Rahmenbedingungen eine entsprechende Verheimungswelle mit homogenen Gruppen von schwer- und schwerstbehinderten Menschen ohne damit einhergehende Verbesserung der personellen Ressourcen, wenn dafür nicht neue integrative Konzepte entstehen.
- Unter dem dominanten Ansatz des Betreuten Wohnens wird verdrängt und ausgeblendet, dass Hilfebedarfe behinderter Menschen oft weit stärker durch Pflege, Assistenz und lebenspraktische Hilfen gekennzeichnet sind als durch den Bereich der psy-

² ein solcher Fall wird aus Südhessen berichtet

³ in einem Filmbeitrag der Behindertenhilfe Hamburg e.V. von 2006

chosozialen Unterstützung. Passende Hilfearrangements bauen entscheidend auf der Zusammenführung dieser sozialrechtlich getrennten Hilfearten auf – nur so können aufsuchende Dienste sinnvoll und erfolgreich arbeiten. Menschen, die „zuviel“ oder andere Hilfe brauchen als im Betreuten Wohnen vorgesehen, wird gerne mal ein Bescheid erteilt mit dem Inhalt: „ist für das betreute Wohnen nicht geeignet“ - ist das die umfassende Umsteuerung und Ambulantisierung?

Schlussfolgerung

Der Focus der Aufmerksamkeit gerät über die „Ambulantisierung“ an die falschen Stellen: alle Energien (und Gelder). Man denke nur an die fragwürdigen Kopfprämien für die Ausgliederung aus Einrichtungen) werden in einen teilweise fragwürdigen Umbau der Versorgungssysteme konzentriert anstelle alles daran zu setzen, im gleichen Zuge die **vorgelagerten ambulanten Sorgesysteme** so auszustatten, dass sie den Herausforderungen gewachsen sind. Zum einen sollen sie Menschen, die aus Einrichtungen kommen, angemessen unterstützen. Zum anderen sollen sie unmittelbar an den gewachsenen Lebensverhältnissen behinderter Menschen in ihren Familien ansetzen und zum Gelingen individuell und unter normalen Bedingungen ablaufenden Biographien ohne Heimversorgung beitragen. Solange aber die Hauptsteuerung der „Ambulantisierung“ im Finanzinteresse organisiert wird, steht dieser Prozess in der Gefahr, das eigentliche Ziel der Selbstbestimmung behinderter Menschen eher zu gefährden als zu fördern!

Anders formuliert: Wer sparen will, muss auch bereit sein zu investieren! Mit der Einrichtung des „Persönlichen Budgets“ und der damit verknüpften Unterstellung: der Markt der Nachfragenden würde die ambulanten Strukturen schon richten, ist es alleine nicht getan.

Mehr dazu in den Kapiteln 3 und 4.

Ich will hier die im Titel des Vortrags eingefügte Frage „**Wer braucht denn ein Heim?**“⁴ vorläufig so beantworten:

Niemand – denn es gibt keine tatsächliche oder vorstellbare Hilfeabhängigkeit, die nicht unter häuslichen Bedingungen aufgefangen werden könnte. Unsere Aufgabe ist es, soziale Lebensbedingungen im häuslichen Bereich so zu etablieren, dass die eigene Wohnung ein „Heim“ oder besser ein „zu Hause“ zu sein kann.

⁴ in Anlehnung an Klaus Dörner und die Bielefelder Arbeitsgruppe mit der Forderung, eine Enquete-Kommission zur „Überwindung der Heime“ ein zu richten, benutze ich diesen Begriff, um damit die in der Tradition der klassischen Versorgungssysteme stehenden Einrichtungen zu bezeichnen

Unter den gegenwärtigen Bedingungen aber sind all diejenigen auf ein Heim angewiesen, die eine ambulante Hilfe nicht zugestanden bekommen und auch all diejenigen, für die die benötigten ambulanten Sorgesysteme nicht vorhanden sind bzw. nicht ausreichen.

Der Schwerpunkt meines Vortrag ist daher die Frage: Wie lassen sich selbständige Wohn- und Lebensformen so absichern, dass sie tatsächlich Heime überflüssig machen können. Dies verbindet sich mit dem inhaltlichen Anspruch, Spuren des Stationären und der Fremdbestimmung zu überwinden und die Würde und soziale Integrität von Menschen mit Behinderung (wieder) her zu stellen. Außerdem gilt es zu klären, wie ambulante Hilfsstrukturen angemessen weiter zu entwickeln und auszugestalten sind.

Wenn wir damit aufhören, Menschen aus der Einrichtungs- und Versorgungsperspektive zu betrachten und diese Brille tauschen mit der Sicht, aus dem Lebensinteresse der Betroffenen und ihrer Vertreter die jeweils individuell mögliche Entwicklung abzuleiten, gewinnen wir auch die so dringend erforderliche, fachlich orientierte Gegenaussage zur kritisierten „Ambulantisierung“:

Dann geht es in der Zielperspektive um die Entwicklung angemessener **Hilfen zur Selbstbestimmung im eigenen Wohnraum – ein Leben zu führen, das sich nicht aufgrund der Behinderung vom Leben aller anderen Bürger unterscheidet und** – dank aufsuchender Hilfen - **nicht in Abhängigkeit von einer Einrichtung steht**. Dies ist ein Grundsatz, der für alle Menschen mit Behinderung gilt, unabhängig von Art und Umfang des persönlichen Bedarfs.

(Folie)

2. Lebensentwürfe⁵

2.1. Frau B. – Wiederherstellung einer würdigen Lebenssituation

Frau B. war Malerin und Therapeutin, eine stolze selbstbewusste Frau, 49 Jahre alt, verheiratet, mit 2 Kindern im Alter von acht und 10 Jahren. Ein Motorradunfall vor vier Jahren endete mit schweren Hirnverletzungen, die alles veränderten: mit der Persönlichkeitsveränderung war die Familiensituation zerstört, dadurch und verknüpft mit der starken Einschränkung der Sprache verlor sie den Beruf, eine Halbseitenlähmung nahm ihr den Pinsel aus der Hand. Nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahmen erfolgte zunächst notgedrungen die Unterbringung in einem 40 km entfernten Pflegeheim. Die notwendige Pflege und die Treppen zu Hause verhinderten die Rückkehr dorthin. Aber der Ehemann ließ nicht locker: er wollte die Nähe zur Familie, wollte seine Frau aus dem Verlust ihres gesamten bisherigen Lebens herausholen zurück in ein soziales Leben. Als wir sie erstmals besuchten, saß sie untätig (so wie nach den Berichten des Ehemanns fast immer war) im Rollstuhl in ihrem Zimmer. Es roch streng nach Urin...

Nach einer intensiven Vorbereitungsphase von fast einem Jahr zog sie zurück in den Heimatort. Zuvor fand die barrierefreie Erschließung einer schönen 3-Zimmer -Altbauwohnung im Hochparterre 500m von der Familie entfernt durch den unseren Dienst (Einbau eines Aufzugs und behindertengerechten Toilette mit Projektmitteln) statt, ihrem alten Lebensstil entsprechend durch die Familie eingerichtet. Eine intensive Einzelbetreuung rund um die Uhr sichert pflegerische und alltägliche Hilfen sowie die erforderliche Nachtbereitschaft. Die neue Lebenssituation hat vielfältige Anknüpfungen an das vorherige Leben ermöglicht und neue rehabilitative Wege erschlossen, deren Ende nicht absehbar ist. Ein Unfallversicherungsträger finanziert die Hilfen solange, bis die Versicherungssumme ausgeschöpft ist.

Mit in die Wohnung eingezogen ist ein ähnlich betroffener Mann mit einer progressiver Multiplen Sklerose, die in seinem Fall mit einem Verlust geistiger Kräfte verbunden ist und damit auch viele Ängste auslöst. Auch hier musste die Familiensituation aufgegeben werden. Psychosoziale Hilfen (1/2 bis 1 Std. pro Tag) durch Fachkräfte und 5 Std. Assistenz pro Tag durch flexible Einsatzkräfte unseres Dienstes kennzeichnen die Unterstützungssituation. Die Übergabe des Mietverhältnisses vom Dienst an die Bewohner bzw. ihre gesetzlichen Vertreter findet nach der Konsolidierung der Wohnsituation statt.

⁵ Die Darstellung erfolgt mit Zustimmung der Kundinnen und Kunden bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter, sie ist an manchen Stellen absichtsvoll verfremdet, um Anonymität zu sichern

2.2. Gemeinschaftliche Wohnformen behinderter und nicht-behinderter Personen

Im Zuge der Rüstungskonversion in Marburg hat der fib e.V. 1994 den Kauf eines ehemaligen Kasernengebäudes mit jetzt großen 4 Wohnungen auf insgesamt 700 Quadratmetern durch eine privat organisierte GbR initiiert. Die GbR „Gemeinsam Leben“ hat als Gesellschaftszweck die Unterstützung gemeinschaftlicher Wohnformen behinderter und nicht behinderter Personen festgeschrieben. Entsprechend dieses Auftrags haben in den dort angesiedelten WGs immer auch behinderte Mitbewohner gelebt. Derzeit ist dies in zwei der vier Wohngemeinschaften jeweils eine Person mit hohem Hilfebedarf. Mehr behinderte Mitbewohner sind es absichtsvoll nicht, um die Tragfähigkeit dieses sozialen Umfeldes nicht zu überfordern. Bewohner aus allen vier Wohngemeinschaften sind in das Hilfekonzept involviert, entweder als fest angestellte Mitarbeiter (2 Personen) oder als zeitweilige Unterstützer auf Stundenlohnbasis oder eben als einfache Mitbewohner. Eine ausführlichere Darstellung fällt dem hier gegebenen Zeitrahmen zum Opfer. In der Schriftversion ist sie enthalten.

2. 3. Ambulante Intensivhilfe im sozialen Kontext – Übergänge aus der Familie

Hier geht es um einen Mann Mitte 40, der bis Anfang 2004 noch in der Ursprungsfamilie lebte. Die Eltern, beide über 70 Jahre alt, waren mit der Versorgung, trotz der Hilfe durch den Familienunterstützenden Dienst des fib e.V. über 10 Jahren überfordert – eine veränderte Zukunftsperspektive wurde erforderlich. Der Sohn hat eine ausgeprägte Tetraspastik – nur in ganz geringem Umfang ist die Nutzung der Arme und Hände möglich, er ist auf den Rollstuhl angewiesen. Er ist geistig behindert und verfügt, teilweise auch wegen der Spastik nur über sehr eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten (»Mama« in vielfältigen Variationen und Modulationen, Kratzen und Beißen). Alle Heimeinrichtungen, die sich die Eltern angesehen haben, entsprachen nicht ihren Vorstellungen. Ihr Haupteinwand: nirgendwo kann die komplexe, individuelle Pflege so fortgesetzt werden wie zu Hause. Nach 2 Jahren der Vorbereitung, vielfältigen Gesprächen, Initiativen und der intensiven Auseinandersetzung mit dem Leistungsträger konnte folgendes Unterstützungsmodell erreicht werden: Der Betroffene ist zusammen mit seinem - leicht eingeschränkten und auf psychosoziale Unterstützung angewiesenen - Bruder in einer Kleinstadt des Landkreises in eine zentral gelegene Wohnanlage (sozialer Wohnungsbau) gezogen. Der tägliche Hilfeumfang beträgt 11 Stunden im Durchschnitt (einschließlich der anteilig gerechneten Nachtbereitschaft). Der Kunde besucht die Tagesförderstätte in der WfbM, allerdings häufig durch Krankheitstage unterbrochen.

Die Absicherung der Hilfen erfolgt über ein Team, bestehend aus 6-8 MitarbeiterInnen. In der Aufbauphase wurde das Team der Assistenten aus dem Familienunterstützenden Dienst übernommen und ergänzt, u.a. durch eine Heilerziehungspflegerin in Ausbildung. Eine feste 20 Stunden-Stelle ist eingerichtet. Die Begleitung des Teams erfolgt durch eine professionelle Fachkraft, die ihrerseits unterstützt wird von der Pflegedienstleitung. In der Wohnung ist ein Bereitschaftszimmer, das den MitarbeiterInnen insbesondere für die Nachtbereitschaft zur Verfügung steht. Die Nachtbereitschaft bezog sich anfangs auch auf Kunden in einer Nachbar-WG. Dort sind zwei Personen eingezogen, die zuvor in einem Heim für Körperbehinderte untergebracht waren und ebenfalls auf zum Teil intensive Hilfe angewiesen sind.

Hilfe bei der sozialen Verortung war ein entscheidender Baustein für das Gelingen dieses Ansatzes, schwedische Vorbilder waren hilfreich. Es ergeben sich in der Praxis vielfältige soziale Anknüpfungspunkte. Die Nachbarn reagieren interessiert, neugierig, mit Akzeptanz. Die Eltern bleiben involviert, mit einer zwar teils schwierigen Rolle, dennoch wesentlich weitgehender in der - so auch von Ihnen gewünschten - Verantwortung, als es im stationären Bereich je möglich gewesen wäre. Eine vergleichbar intensive und individuelle pflegerische Versorgung mit vielen Möglichkeiten zu einer aktiven Lebensgestaltung wäre unter stationären Bedingungen nur schwer umzusetzen.

Der längst überfällige Abnabelungsprozess vom Elternhaus – besonders von der Mutter – ist für alle Beteiligten sehr positiv verlaufen. Die Mutter, für die die Betreuung und Versorgung ihres Sohnes über vier Jahrzehnte zum Lebensinhalt geworden war, konnte die eigene Verantwortung nach und nach reduzieren und so gemäß ihrem eigenen Tempo langsam loslassen. Umgekehrt konnte Herr P. nach und nach akzeptieren, dass seine Mutter nun nicht mehr rund um die Uhr und mittlerweile auch nicht mehr täglich für ihn verfügbar ist. Ein solch „sanfter Übergang“ ist beim Wechsel ins stationäre Wohnen kaum umzusetzen.

Parallel dazu entstand zwischen ihm und seinem älteren Bruder wieder die Nähe, die sie früher vor dessen Auszug aus dem Elternhaus bereits verbunden hatte. Jetzt genießen sie es sehr, zusammen in einer Wohngemeinschaft zu leben und gemeinsam zum Beispiel die Mahlzeiten einzunehmen, Spaziergänge zu machen, Einzukaufen usw.

Das ambulante Modell ermöglicht Herrn P. vor allem im Bezug auf den Tagesablauf und die Freizeitgestaltung ein hohes Maß an Freiheit und Spontaneität. Solange er zu Hause bei den Eltern lebte, war sein Tagesablauf wegen der komplexen Pflege sehr stark durchstrukturiert und erlaubte kaum Abweichungen. Letztlich liefen alle Tage gleich ab. Heute haben die As-

sistentInnen viel größeren Freiraum, situationsbezogen zu reagieren (geht es Herrn P. gut / schlecht; ist er müde / hellwach, scheint die Sonne / regnet es, usw.).

Darüber hinaus kann jeder Assistent / jede Assistentin die eigene Persönlichkeit viel stärker mit einbringen als zuvor. Jede/r hat ganz eigenen Ideen und Fähigkeiten, die insgesamt das Leben von Herrn P. deutlich abwechslungsreicher und bunter gemacht haben. Fortbildungen in basaler Stimulation u.ä.m. fördern die Reflektion und das Alltagshandeln. So gibt es heute z. B. regelmäßige Besuche im Schwimmbad (während dieser Zeit arbeiten zwei AssistentInnen parallel) sowie Ausflüge. Herr P. hört heute nicht mehr nur Kindermusik-Kassetten, sondern Radio und (mit riesiger Begeisterung) Rockmusik. Über die Arbeit sind sehr intensive Bindungen entstanden zwischen Herrn P. und seinen Assistentinnen – jede/r Einzelne ist zu einer wichtigen Bezugsperson für ihn geworden. Der Freiraum, den die AssistentInnen in ihrer Arbeit heute haben, hat zur Folge, dass Herr P. lernen musste, dass nicht jeder auf bestimmte Situationen oder von ihm gezeigte Verhaltensweisen gleich reagiert. Im Elternhaus gab es in der Regel Vorgaben der Mutter, wie in gewissen Situationen vorzugehen sei, heute gibt es Situationen, die immer wieder kehren, also in gewisser Weise typisch sind für Herrn P., und in denen es ausdrücklich keine klare Anweisung an die AssistentInnen gibt. Jede/r reagiert entsprechend seiner eigenen Haltung und seiner eigenen Grenzen. Was Herr P. durch das ambulante Wohnmodell also vor allem gewonnen hat ist in weiten Bereichen eine natürlichere Vielfalt mit entsprechenden Anregungen.

Der zuständige Sozialhilfeträger akzeptiert analog der juristischen Kommentierungen zum „Vorrang offener Hilfen“ im SGB XII ein Übersteigen der Kosten, die für eine stationäre Unterbringung angefallen wären, setzt dafür aber eine Obergrenze von fünfzig Prozent. Eingesetzt werden folgende Leistungen:

- Die Sachleistungen der Pflegekasse, Stufe 3
- Die „Besondere Betreuungsleistung“ der Pflegekasse
- Das „Betreute Wohnen“ mit dem höchsten in Hessen möglichen Stundenumfang (343 Fachleistungsstunden pro Jahr)
- Ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe des örtlichen Sozialhilfeträgers.

3. Fachliche Anforderungen für ambulante Hilfen – Grundsätze und Strukturen

Die genannten Beispiele sind der Hintergrund für die Analyse in diesem Abschnitt. Wie sieht das System der Hilfen/ambulante Organisationsstrukturen aus, das wir brauchen:

3.1. Beratung / „Peer counseling“

Individuelle Begleitung in allen Lebensfragen, möglichst unter Aspekten der Parteilichkeit. Unterstützung der Entwicklung passender Lebensperspektiven, Suche nach entsprechenden Angeboten. Nach wie vor gibt es in diesem Bereich – bis auf wenige Ausnahmen⁶, – keine durchgängigen Standards oder verbindliche Strukturen.

3.2. Familienunterstützung

Begleitung behinderter Kinder und Jugendlicher in ihrer Entwicklung, Entlastung von Eltern, integrative Angebote, Unterstützung von Ablöseprozessen, Entwicklung von Lebensperspektiven, Langzeithilfen. Die besondere Berücksichtigung von Migrationshintergrund ist für die Entwicklung angemessener Angebote erforderlich. Die grundsätzliche Heranziehung von Eltern mit ihrem Einkommen verhindert vielfach eine sachlich unstrittig erforderliche Hilfe im Rahmen gesellschaftlicher Regelungen⁷. Die Veränderung in der Pflegeversicherung verhilft zu einer Teilentlastung.

3.3. Persönliche Assistenz

Absicherung aller Grundbedürfnisse im Alltag wie Mobilität, laufende Abrufbereitschaft für Handreichungen, nächtliche Absicherung, Hilfen bei der Kommunikation etc.

3.4. Pflegedienste

Absicherung aller Grundbedürfnisse im Bereich der körperlichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung etc.

⁶ Zum Aufbau von Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangeboten in Nordrhein-Westfalen durch den Landschaftsverband Rheinland siehe: www.lvr.de/Soziales/wohnen_freizeit_behinderung/kokobe/

⁷ analog zur Grundsicherung könnte hier die Heranziehung auf Einkommen über 100.000.-€ beschränkt werden; die Vermögensfreigrenzen müssten deutlich angehoben werden.

3.5. Unterstütztes Wohnen/psychosoziale Begleitung

Absicherung in allen Lebensbereichen, in denen eigene Kompetenzen nicht vorhanden oder erst in der Entwicklung sind. Strukturierende Hilfen im Lebensalltag, Gesundheitsvorsorge, Unterstützung in sozialen Kontakten und Beziehungen, Hilfen beim Umgang mit Ämtern und Behörden, Schriftverkehr, Anträge.

Ambulante Dienste müssen in der Lage sein, durch **individuelle Hilfearrangements** den jeweiligen Bedarf zu decken und **alle** der genannten Kompetenzen zu aktivieren. Betreutes Wohnen, Assistenz und Pflege stehen, insbesondere wenn es um hohe persönliche Bedarfe geht, in einem Ergänzungsverhältnis. Fachpädagogen, Pflegekräfte und Laienhelfer müssen fallbezogen in ein ganzheitliches Hilfekonzept integriert werden. Wenn „betreutes Wohnen nicht ausreicht“, ist dies nicht das Ende der Möglichkeiten zum selbständigen Leben, sondern der Einstieg in die Frage, welche anderen hilfreichen Systeme herangezogen werden könnten.

Dies bedingt auch, sich endgültig von vorgefertigten Angebotsformen zu verabschieden. Behinderte Menschen können in normalen Wohnstrukturen erst dann ankommen, wenn mit ihnen bzw. den sie vertretenden Personen gemeinsam die jeweils passende Wohnform reflektiert und realisiert wird. Die Erfahrungen bestätigen: behinderte Menschen haben keine anderen Wohn- und Lebensbedürfnisse als die übrige Bevölkerung. Die Wohnformen, die sich herauskristallisieren, entsprechen dem Durchschnitt. Insbesondere größere Wohngemeinschaften haben selten Bestand. Extreme Individualität ist selten zu vereinbaren mit anderen Mitbewohnern. Viele behinderte Menschen suchen oder brauchen aber auch das Zusammenleben oder die Nähe zu nicht-behinderten Personen. Die Initiative für gemeinschaftliche Wohnformen mit Nicht-Behinderten sichert und stützt insbesondere das selbstbestimmte Wohnen von Menschen mit hohem Bedarf. Integratives Wohnen kann eigentlich nur innerhalb der normalen Wohnbebauung gelingen. Sonderwohnbauten und -welten sollten der Vergangenheit angehören.

3.7. Netzwerke in der Kommune

Für ein erfolgreiches System ambulanter Hilfen muss der Blick über den individuellen Kontext einer fallbezogenen Begleitung hinaus gehen.

Strafe für die jahrzehntelange Abschottung der Behindertenhilfe ist die weit verbreitete **Unfähigkeit der Gemeinwesenorientierung**. Nirgendwo wird dies deutlicher als im Betreuten

Wohnen: Dieses trägt in seinen Strukturen viele Züge einer klassischen Entsorgungshaltung: der Anbieter wird ausschließlich für individuelle Hilfen an der Person bezahlt. Die Umfeldbedingungen, in denen diese Hilfe statt findet, bleiben dabei weitestgehend ausgeblendet und können auf diesem Wege auch nur schwer bearbeitet werden (dass die Kunden keine Wohnung finden oder in unzulänglichen Wohnumfeldern zurecht kommen müssen, dass sie oft alleine sind, dass Barrieren im konkreten wie übertragenen Sinne von Vorurteilen und Abgrenzungen im Umfeld vorhanden sind, usw.). Die Folgen sind teilweise fatal. Mühselig konstruieren die Leistungsanbieter Auswege durch eigene Freizeitangebote, zusätzliche Initiativen für Nachbarschaftshilfe, Freiwilligenarbeit.

Wenn also die Diskussionen über community care etwas gebracht haben, dann die Erkenntnis, dass die Behindertenhilfe den Entwicklungen anderer gesellschaftlicher Bereiche (insbesondere der Jugendhilfe z.B. in Projekten wie „soziale Stadt“) weit hinterher hinkt.

In der **Sozialraumdiskussion**⁸(Hinte u.a.) wird die Sicht auf das Individuum mit seinen Bedarfen wird ergänzt bzw. ersetzt durch Blick auf den sozialen Lebenszusammenhang von Wohnquartieren. Gezielte Analysen über vorhandene Milieus und deren Dynamik und ebenso gezielte Initiativen zur sozialen Begegnung sollen zu einer positiven, integrativen Kultur beitragen. Ich will den Ansatz mit einem Beispiel aus dem eigenen Dienst verdeutlichen, das für sich selbst spricht:

In einer Außenstelle des fib e.V. im ländlichen Bereich gab es für behinderte Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung außerhalb der Schule keinerlei Begegnungsmöglichkeiten sowohl untereinander als auch mit anderen Jugendlichen. Die klassische Reaktion auf solche Defizite besteht im Aufbau eines eigenen Freizeitangebots. Wir haben das Angebot (nicht in eigenen Räumen, nicht in den Schulen, sondern) in Zusammenarbeit mit der öffentlichen Jugendhilfe innerhalb des ortsansässigen Jugendzentrums platziert. Innerhalb von zwei Jahren hat sich dieser Ansatz so sehr verfestigt, dass einige behinderte Jugendliche in die regulären Angebote des Jugendzentrums gehen, der Ruf nach den „Betreuern“ langsam aufhört, weil z.B. die junge Frau mit ihren Verständigungsschwierigkeiten auch von anderen verstanden wird und gemeinsame Kurse wie z.B. ein Trommelworkshop von allen Seiten als Selbstverständlichkeit gehandelt werden.

Die bloße Beteiligung in der genannten Gemeinde im Projekt soziale Stadt hat ausgereicht, um eine hohe Sensibilität für das Thema Barrierefreiheit zu erreichen und eine stete Beteiligung unseres Dienstes bei allen Fragen, die im Zusammenhang damit stehen, zu verankern... Es gibt nichts zu beschönigen. Das sind nur highlights einer insgesamt unglaublich

⁸ z.B. W. Hinte, Fachliche Grundlagen und Chancen sozialräumlicher Ansätze in der kommunalen Jugendhilfe, in: Sozialraumorientierung. Ein ganzheitlicher Ansatz, S.24ff, Deutscher Verein, 2007

mühseligen Arbeit zur integrativen Wirkung. Ohne diese Arbeit jedoch wird die „Ambulantisierung“ scheitern.

Noch ein weiteres gutes Beispiel zur **Barrierefreiheit**:

Ein gemeinnütziger Wohnbauträger hat uns um Beratung für eine neue Wohnsiedlung mit über 60 Wohnungen im sozialen Wohnungsbau gebeten. Im Zuge der Diskussionen wurde die Planung umgestellt: war zunächst nur daran gedacht, die Erdgeschosswohnungen barrierefrei zu erschließen, wurde das Konzept durch Aufzüge ergänzt und auf alle Wohnungen ausgedehnt. In weiteren Verhandlungen mit der Stadt wurden dafür zusätzliche Mittel aus dem Städtebauförderprogramm aktiviert. Wir konnten die Details der Anforderungen an Barrierefreiheit einbringen. Wir konnten konstruktive Vorschläge für die kommunikative Ausgestaltung der Wohnsiedlung machen. Die Wohnungen werden jetzt an Personen mit Wohnberechtigungsschein vergeben – natürlich stoßen sie durch die bauliche Gestaltung auf riesiges Interesse bei alten und behinderten Menschen, aber auch bei Familien mit kleinem Einkommen. Wir haben eine Wohnung für eine kleine Wohngemeinschaft von vier Personen zugesichert bekommen. Natürlich verbinden wir dies mit der Perspektive, wieder einem Menschen mit hohem Hilfebedarf ein solches Wohnumfeld zu sichern...

Im Übrigen stellt das Land Hessen für den behindertengerechten Umbau von selbstgenutztem Wohnraum Fördermittel von 1 Million in 2008 zur Verfügung. Diese Gelder lassen sich für viele gemeindeintegrierten Wohnens aktivieren, vorausgesetzt die Menschen mit Behinderungen sind selbst die Mieter...⁹

Exkurs:

3.8. Was macht den Kostenvergleich ambulant - stationär so problematisch?

Ich vermute, einige von Ihnen beschäftigt über meinen Beitrag immer mehr die Frage: ist ambulante Hilfe bei hohem Hilfebedarf aufgrund der hohen Kosten, die damit verbunden sind, überhaupt legitim und durchsetzbar.

Tatsächlich wehren sich Leistungsträger fast durchweg gegen die entsprechenden Anträge. Die Vorgabe, durch ambulante Hilfe Kosten einzusparen zu wollen, wird hier anscheinend ins Gegenteil verkehrt.

Gerne ausgeblendet wird von Leistungsträgern im Entscheidungsprozess die Verstärkung des Rechtsgrundsatzes ambulanter Hilfen. Zumeist berufen sie sich auf den § 9 im SGB XII: Der Träger der Sozialhilfe soll in der Regel Wünschen nicht entsprechen, deren Erfüllung unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre.“ Übergangen wird gerne, dass die Über-

⁹ Pressemitteilung des Wirtschaftsministers des Landes Hessen, Herrn Alois Rhiel vom 14.4.2008

prüfung auf unverhältnismäßige Mehrkosten nach § 13 stark eingeschränkt ist: „Bei der Entscheidung ist zunächst die Zumutbarkeit zu prüfen. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen. Bei Unzumutbarkeit ist ein Kostenvergleich nicht vorzunehmen.“

Über die Grenzen der „Unzumutbarkeit“ lässt sich trefflich streiten. Wird sie bei Menschen mit körperlichen Behinderungen meist ohne weiteres akzeptiert, besteht umgekehrt bei Menschen mit geistiger Behinderung oft der unausgesprochene Konsens, dass sie in „Einrichtungen“ doch besser untergebracht seien. Hier ist ein radikales Umdenken angesagt.

Worauf ich damit hinaus will: Es kann nicht Sache der ambulanten Anbieter sein, Grenzen selbständigen Wohnens zu stecken. Wir haben nicht Einrichtungen zu vertreten, sondern Lebensinteressen von Individuen – uneingeschränkt und ohne falsche Kompromisse. Die Normalisierung der Lebensverhältnisse kann nicht nur auf einen Teil der Menschen angewandt werden.

Dennoch ist der intensive Dialog mit den Leistungsträgern genau über diese Fragen unverzichtbar. Denn in der Struktur der Kostenvergleiche zwischen ambulant und stationär stecken auch wesentliche Irrtümer: Das Starren auf den (teureren) Einzelfall verstellt den Blick auf das Ganze:

1. Der Vergleich von pauschalen Durchschnittskosten (Heim) mit (im Einzelfall hohen) individuellen Kosten führt zu falschen Zahlen. Hohe investive Kosten im stationären Bereich bleiben unberücksichtigt.
2. Ein hoher Einsatz individueller Stunden im ambulanten Bereich erhöht die Chancen persönlicher Entwicklung, Rehabilitation und damit der Verringerung von Hilfebedarfen. Was anfangs „teurer“ ist, ist langfristig oft „billiger“. Dabei vermeiden ambulante Hilfen oft den Umweg über die stationäre Einrichtung, indem die Hilfe im angestammten sozialen Umfeld verortet und von dort aus behutsam weiter entwickelt werden. Hilfen beim Wohnen können nahtlos an Familienunterstützung anschließen. Auf diese Weise lassen sich informelle Hilfen wesentlich einfacher mit professionellen Hilfen verknüpfen. Der überflüssige Umweg über ein Heim mit dem Verlust des persönlichen Netzwerkes kann vermieden werden.
3. Veränderungen in den Ressourcen und Netzwerken (z.B. durch Partnerschaft, Einbeziehung von Familie, etc.), die zur Verringerung professioneller Bedarfe beitragen, bilden sich ambulant unmittelbar im Bedarf ab, stationär nur vermittelt.

4. Ich behaupte: Die Zahl der vergleichsweise wenigen „teuren“ Einzelfallhilfen wird – in der Gesamtbetrachtung – kompensiert durch die auf der anderen Seite „billigeren“ Einzelfallhilfen in großer Zahl.

Der Einzelfall muss bei hohem Hilfebedarf zwangsläufig teurer sein. In der Gesamtbetrachtung und unter Berücksichtigung der genannten Argumente kann angenommen werden, dass im Durchschnitt eine Kostenentsprechung zwischen von ambulant und stationär vorliegt. Zeitintensive Hilfen sind unter solchen Voraussetzungen ein notwendiger und unverzichtbarer Anspruch an die Gesellschaft.

4. Fachliche Anforderungen für ambulante Hilfen – Inhalte

Ich habe im letzten Kapitel mit der Benennung von Strukturen viele inhaltliche Anforderungen an ambulante Hilfen vorweg genommen. Diese will im abschließenden Kapitel systematisieren und noch einige damit verknüpfte Grundsätze vorstellen.

Wesentliche Merkmale eines einrichtungsunabhängigen Hilfesystems sind:

1. Die Entwicklung eines Lebensrahmens, der sich nicht wegen der Behinderung von der aller anderen Bürger unterscheidet
2. Ein fließender (harmonischer) Übergang aus dem ursprünglichen Lebenszusammenhang ohne falsche Umwege
3. Ein fließender Übergang der Hilfen aus dem familienunterstützenden Dienst oder der Beratung
4. Individuelle Hilfearrangements ohne institutionelle Vorgaben
5. Pflege, Assistenz und psychosoziale Unterstützung werden nach Bedarf in ein einheitliches Konzept zusammengefügt
6. Respekt vor den gewachsenen Lebenszusammenhängen – z.B. kann ein auf längere Zeit angelegter Übergang aus dem Elternhaus in die Unabhängigkeit erfolgen; z.B. sind in vielen Migrationsgruppen Hilfen dauerhaft in Familienverbänden einzubringen und nicht auf „Ablösung“ zu orientieren.
7. Die eigene Wahl der Wohnsituation durch die Betroffenen, Angehörigen, gesetzlichen Vertreter
8. Unterstützung durch Übergangshilfen wie z.B. Probewohnen etc.
9. Die eigene Wahl der Mitbewohner
10. Die Unabhängigkeit vom Anbieter. Die Hilfe kann auch enden – ohne deshalb die Wohnung zu verlieren

11. Unterstützung und Entwicklung einer Vielfalt von Wohnformen vom Alleine-Leben über das Paar-Wohnen und die Zweck-WG bis hin zu gemeinschaftlichen Wohnform behinderter und nicht-behinderter Personen
12. Respekt vor extremen Lebensentwürfen
13. Nähe und Distanz zu MitarbeiterInnen nach Bedarf – mit Optionen z.B. für Abrufbereitschaft, initiierte Nachbarschaft bis zur gemeinsamen Wohnung mit Einbeziehung von Dienstzeiten für die Kunden
14. Aktive Werbung um Akzeptanz im Umfeld
15. Aktivierung und Begleitung von Nachbarschaftshilfe
16. Nutzung informeller Hilfpotentiale - insbesondere bei Angehörigen
17. Unterstützung des Entstehens von Netzwerken
18. Einsatz von Freiwilligenarbeit – z.B. um besondere Freizeitaktivitäten durchführbar zu machen, nicht jedoch für dauerhafte Hilfebedarfe!
19. Nutzung und Respektierung des „peer“-Aspektes: Menschen mit Behinderung in der Vorbildfunktion füreinander (z.B. über Mentorenschaften) sehen und aktivieren
20. Schulung zur Selbstbehauptung
21. Neue Bündnisse zwischen Menschen mit Behinderung – Aspekte der Selbsthilfe berücksichtigen und begleiten
22. Aktive Beteiligung in Netzwerken der Stadtteile und Projekten zur Sozialen Stadt
23. Absicherung geeigneten (barrierefreien) Wohnraums über die Dienste in Zusammenarbeit mit Wohnbauträgern und Kommunen
24. Initiative zur Barrierefreiheit in der Kommune

Es wird noch Jahrzehnte dauern, Rampen auch für andere Sichtweisen zu bauen und soziale Wohnquartiere lebensgerecht auszubauen – es ist eine ganz wichtige Aufgabe für die Dienste der offenen Hilfen, daran mitzuwirken. Dennoch sind sie in vielen der eben genannten Grundsätze und Merkmale nach den derzeitigen Bedingungen für ihre Arbeit überfordert, insbesondere dort, wo es um die strukturelle Arbeit im Umfeld und der Kommune geht.

In den letzten Jahren ist eine große Dynamik in die Entwicklung ambulanter Hilfen gekommen. Jetzt geht es darum, sie vom Finanz-Dogma zu befreien durch die

- a) systematische Förderung von kommunalen Hilfekzepten**
- b) die Weiterentwicklung von Quartier- und Stadtteileinbindung**
- c) die Förderung von Diensten mit umfassenden Hilfeangeboten bzw. deren optimaler Vernetzung.**

Verfasser:

Wolfgang Urban

Heinrich-Heine-Str.7a

35039 Marburg

urban-rath@t-online.de

Tel: 06421/22577

Geschäftsführer des Vereins zur Förderung der Integration Behinderter e.V. – fib

Am Erlengraben 12a, 35037 Marburg

Tel: 06421 /16969-20

www.fib-ev-marburg.de; e-mail: wolfgang-urban@fib-ev-marburg

Vorstand und Sprecher der LAG Freie Ambulante Dienste Hessen e.V.

Lehrbeauftragter der Universität Hamburg, Fachbereich Erziehungswissenschaften zum
Schwerpunkt Soziale Rechte behinderter Menschen